



# **UNIVERSIDAD DE MURCIA**

## **DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACIÓN**

**Estudio Descriptivo del Trastorno por Déficit de Atención  
con Hiperactividad (TDAH): Perfil Psicoeducativo y  
Comorbilidad en los Diferentes Subtipos**

**Dña. Josefa López Ortuño  
2015**



# UNIVERSIDAD DE MURCIA

## DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACIÓN

Estudio descriptivo del Trastorno por Déficit de Atención  
con Hiperactividad (TDAH): perfil psicoeducativo y  
comorbilidad en los diferentes subtipos

D.<sup>a</sup> Josefa López Ortuño

**2015**





## **TESIS DOCTORAL**

# **ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH): PERFIL PSICOEDUCATIVO Y COMORBILIDAD EN LOS DIFERENTES SUBTIPOS**

**Presentada por:** D.<sup>a</sup> Josefa López Ortuño

**Dirigida por:** Dra. D.<sup>a</sup> Eva Herrera Gutiérrez

**Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación**

**Universidad de Murcia**

*Octubre de 2015*





**D.<sup>a</sup> Eva Herrera Gutiérrez**, Profesora Titular de Universidad del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Murcia,

### **AUTORIZA**

La presentación de la Tesis Doctoral titulada “Estudio descriptivo del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): perfil psicoeducativo y comorbilidad en los diferentes subtipos”, realizada por **D.<sup>a</sup> Josefa López Ortuño**, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a quince de octubre de dos mil quince.



*Para MI PADRE Y MI MADRE, GABRIEL E ISABEL, las personas que por su sabiduría decidieron, en los años en que las mujeres no estudiaban, que yo sí lo hiciera. Así propiciaron una enculturación en el mundo de los libros que me permitió disfrutar acercándome al conocimiento y adquirir una constancia que me ha traído a este trabajo.*

*Gracias a vosotros por esa decisión, porque siempre que la recuerdo me llena de orgullo y complacencia.*

*Por todo lo que significó esa decisión para mi vida os quiero dedicar este trabajo.*



## AGRADECIMIENTOS

Dedico este trabajo a todas las personas que con su colaboración y apoyo han hecho posible esta investigación.

En primer lugar, deseo expresar mi profunda gratitud a la Dra. Eva Herrera Gutiérrez, directora de esta Tesis Doctoral, por su apoyo y grandeza. Desde el principio estuvo dándome ánimos para que pudiera terminar esta ardua pero interesante tarea. Nunca desistió, continuamente esperando y alentándome a que superara todos los obstáculos que se me presentaban en el camino. Siempre fue incansable, ideando todo tipo de apoyos para que este trabajo pudiera salir adelante, porque deseaba que este día llegara.

A todos los chavales y chavalas que han participado en la realización de este estudio, sin planteárselo han hecho una imponderable aportación para que finalmente sea posible.

A todo el personal de ADA±HI (Asociación de Ayuda al Déficit de Atención con más o menos Hiperactividad) que me ha ayudado y apoyado con su trabajo, siempre colaborando e implicándose para que se hiciera realidad este proyecto.

A todos los compañeros del Grupo de Investigación EVASALUD (Educación, Valores, Adicciones y Salud) en el que se incluye este trabajo, Departamento y Universidad, por demostrarme su respaldo, apoyo y confianza. En especial, a María Navarro y José Antonio Giménez.

A todas mis amigas y amigos que han mostrado interés y que siempre preguntaban cómo iba el estudio y me animaban a llevarlo a cabo porque creían en mi potencial y en mis posibilidades para hacer realidad este proyecto tan deseado.

A toda mi familia, marido, hijas, hijo y nieta. Todos han estado ahí esperando a que terminara; a pesar del tiempo que transcurría y que les restaba, nunca dudaron de mi empeño y capacidad para acometer el proyecto, siempre anhelando que saliera a la luz cuanto antes.

¡QUÉ SUERTE PARA TODAS Y TODOS!

POR FIN YA NO OIRÉIS MÁS: TENGO QUE PONERME CON LA TESIS O TENGO QUE ACABAR MI TESIS.



# ÍNDICE

	<u>Pág.</u>
INTRODUCCIÓN.....	5
<b>PARTE I: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO I: CONTEXTO LEGAL.....</b>	<b>19</b>
1.1. Legislación española.....	19
1.1.1. Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE).....	20
1.1.2. Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de calidad de la educación (LOCE).....	22
1.1.3. Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de educación (LOE).....	25
1.1.4. Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE).....	28
1.2. Normativa autonómica.....	29
1.2.1. Decreto n.º 359/2009, de 30 de octubre, por el que se establece y regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.....	30
1.2.2. Resolución de 17 de diciembre de 2012, de la Dirección General de Planificación y Ordenación Educativa por la que se dictan orientaciones para la atención educativa del alumnado que presenta dificultades de aprendizaje.....	34
1.2.3. Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias en la detección y diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) de la Región de Murcia, 2008. Revisión 2012.....	37
1.2.4. Decreto n.º 198/2014, de 5 de septiembre, por el que se establece el currículo de la Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de Murcia.....	40
1.2.5. Orden de 20 de noviembre de 2014, de la Consejería de Educación Cultura y Universidades por la que se regula la organización y la evaluación en la educación primaria en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.....	41
1.2.6. Decreto n.º 220/2015, de 2 de septiembre de 2015, por el que se establece el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.....	42

CAPÍTULO II: CONCEPTO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH).....	45
2.1. Evolución histórica del concepto.....	45
2.2. Clasificación y subtipos.....	51
2.3. Tendencias actuales.....	63
CAPÍTULO III: COMORBILIDADES DEL TDAH.....	71
3.1. Comorbilidad y diagnóstico diferencial.....	71
3.1.2. Clasificación de comorbilidades.....	82
3.1.2.1. Comorbilidad con alteraciones de la coordinación motora.....	83
3.1.2.2. Comorbilidad con trastorno del estado del ánimo.....	83
3.1.2.3. Comorbilidad con trastorno de ansiedad.....	84
3.1.2.4. Comorbilidad con síndrome de Tourette.....	85
3.1.2.5. Comorbilidad con los trastornos de aprendizaje.....	86
3.1.2.6. Comorbilidad con los trastornos del sueño.....	87
3.1.2.7. Comorbilidad con el trastorno obsesivo compulsivo.....	88
3.1.2.8. Comorbilidad con trastornos relacionados con sustancias.....	88
3.1.2.9. Comorbilidad con trastornos del comportamiento perturbador....	89
3.1.2.10. Comorbilidad con trastornos del espectro autista.....	90
3.2. Comorbilidad en los diferentes subtipos.....	92
CAPÍTULO IV: ASPECTOS PSICOEDUCATIVOS DEL TDAH.....	103
4.1. Perfil cognitivo y características de personalidad.....	103
4.2. Implicaciones para la intervención.....	107
4.3. Proceso de entrevista y recogida de información para elaboración del PAIF.....	112
4.3.1. Datos del menor/adulto.....	112
4.3.2. Datos de los hermanos.....	113
4.3.3. Datos de los padres o tutores de los menores. Recogida de información del contexto familiar.....	113

4.3.4. Datos de la recogida de información del contexto académico/profesores.....	114
4.3.5. Actuación del orientador/a del centro educativo.....	115
4.3.6. Actuaciones del Centro de Salud de Atención Primaria, Centro de Salud Mental, psicólogos y otros profesionales especializados.....	115
4.4. Proceso de evaluación para elaboración del PAIF.....	117
4.4.1. Test Breve de Inteligencia de Kauffman o K-BIT.....	118
4.4.2. Escala de Inteligencia Wechsler para niños WISC-IV.....	119
4.4.3. Escala de Inteligencia Wechsler para adultos WAIS-IV.....	121
4.4.4. Batería PROLEC-R.....	122
4.4.5. Batería PROESC-R.....	123
4.4.6. Escala de Magallanes de Lectura y Escritural TALE-2000.....	123
4.4.7. Test AULA NESPLORA.....	123
4.4.8. Test de Ejecución continua (Conner's Continuous Performance Test-II).....	125
4.4.9. Test de colores y palabras.....	125
4.4.10. Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin.....	126
4.4.11. Test de copia y reproducción de figuras geométricas de Rey.....	126
4.4.12. Test de aprendizaje auditivo verbal.....	127
4.4.13. Test de Raven.....	127
4.4.14. Pruebas de GO- NO GO.....	127
4.4.15. Cuestionario de personalidad para adolescentes 16-PF APQ.....	128
4.4.16. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. STAIC-STAI.....	129
4.4.17. Escalas para la evaluación del déficit de atención e hiperactividad (EDAH).....	129
4.4.18. Escala de síntomas del DSM-5.....	130
4.4.19. Behavior Rating Inventory of Executive Function BRIEF.....	130
4.4.20. Five to Fifteen.....	132
4.5. Tratamiento en el TDAH.....	133
4.5.1. Intervención psicoeducativa.....	135
4.5.2. Actividad física y deporte.....	137
4.5.3. Tratamiento farmacológico.....	139
4.5.4. Terapia Metacognitiva (TMC).....	141
4.5.5. Rehabilitación cognitivo-conductual grupal.....	143
4.5.6. Tratamiento combinado: Terapia cognitivo-conductual y medicación.....	144
4.5.7. Técnicas de relajación, yoga y mindfulness.....	145
4.5.8. Coaching.....	146

<b>PARTE II. ESTUDIO EMPÍRICO.....</b>	<b>149</b>
<b>CAPÍTULO V: ESTUDIO DESCRIPTIVO.....</b>	<b>151</b>
5.1. Introducción.....	151
5.2. Objetivo.....	154
5.3. Método.....	155
5.3.1. Participantes.....	155
5.3.2. Instrumentos.....	156
5.3.3. Procedimiento.....	168
5.3.4. Análisis de datos.....	169
5.4. Resultados.....	170
5.4.1. Estadísticos descriptivos.....	170
5.4.2. Comparación de medias entre los subtipos de TDAH y los Estilos de respuesta del APQ.....	176
5.5. Discusión y conclusiones.....	193
5.6. Limitaciones del estudio y consideraciones para futuras investigaciones.....	199
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>203</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>243</b>

---

# **INTRODUCCIÓN**

---



## INTRODUCCIÓN

En la última década, los estudios sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), entidad patológica poliétnica reconocida a nivel mundial, ha sido sin lugar a dudas uno de los temas más estudiados y debatidos y que ha generado mayor número de publicaciones, realizadas a raíz de numerosos estudios de investigación. Parte del aumento de las investigaciones son debidas a que el TDAH es una patología de prevalencia elevada dentro del espectro de alteraciones del desarrollo neurológico del niño. Así también, desde el punto de vista profesional, genera un alto número de consultas médicas. Pero además, es frecuente el desconocimiento social que existe alrededor de este trastorno. Sin olvidar la inquietud que el mismo genera en el entorno, con una enorme ansiedad familiar y preocupación escolar (Garrido-Fernández, 2012).

El impacto que causa el TDAH en los diferentes ambientes es suficiente para su estudio, pero evidentemente lo que más ha contribuido a ello es la frecuente asociación que tiene el trastorno con otras psicopatologías psiquiátricas en general y, en particular, con las dificultades de aprendizaje (Brown, 2000; Miranda, Soriano, & García, 2005).

En estos tiempos la afluencia de estudios e investigaciones son debidas a que, dentro de la Psicopatología Infanto-Juvenil, el TDAH es de los trastornos más ilustrados y posiblemente la alteración más frecuentemente diagnosticada en menores en edad escolar (Miranda, Jarque, & Rosel, 2006); de tal modo que, si hiciéramos una concurrencia sobre los temas más estudiados en la última década, quedaría entre los

primeros seleccionados. Asimismo, el interés por el TDAH se ve fortalecido por las mejoras de los síntomas en los individuos que presentan esta patología, y que se están obteniendo al aplicar tratamientos cada vez más acertados que contribuyen a la mejora de los síntomas (Brown, 2003).

Hemos constatado que, a pesar del volumen de investigación que el estudio del TDAH ha generado, hoy en día aún no se conoce bien el perfil psicoeducativo y la comorbilidad de los diferentes subtipos. Las personas con TDAH tienen perfiles diferentes, debido a que no siempre presentan los síntomas nucleares de manera semejante, unos ambientes familiares con estilos parentales idénticos y unas respuestas análogas a los tratamientos en su curso evolutivo.

La presente investigación tiene una estructura que consta de dos partes:

I. Marco Teórico

II. Estudio Empírico.

Dentro de la primera parte, en el capítulo uno, destacamos los aspectos más relevantes recogidos en la legislación educativa del TDAH.

Para ello, revisaremos las Leyes Orgánicas del Sistema Educativo, que los diferentes Gobiernos han elaborado, y han sido aprobadas en el Parlamento Español durante todo el periodo democrático, como son: Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), Ley Orgánica de Calidad de la Educación (LOCE), Ley Orgánica de Educación (LOE) y Ley Orgánica para la mejora de la calidad educativa (LOMCE).

Tras analizar las leyes orgánicas, para ver cómo se podrían abordar las necesidades educativas de los alumnos que presentan TDAH en las aulas, pasaremos al abordaje de la normativa autonómica desarrollada después de la puesta en marcha de

las leyes orgánicas. Tal es el caso del Decreto por el que se establece y regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado, la Resolución por la que se dictan orientaciones para la atención educativa del alumnado que presenta dificultades de aprendizaje, el Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias en la detección y diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDAH de la Región de Murcia, el Decreto por el que se establece el currículo de la Educación Primaria, la Orden por la que se regula la organización y la evaluación en la Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y, por último, el Decreto por el que se establece el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

En el segundo capítulo, estudiaremos la conceptualización del trastorno hiperactivo y su evolución histórica, centrándonos en la descripción de las cuatro últimas versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) realizadas por la American Psychiatric Association (APA), de referencia obligada: DSM-III-R (APA 1980), DSM-IV (APA 1994), DSM-IV-TR (APA 2000) y DSM-5 (APA 2013). Además, nos detendremos en la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992).

Describiremos el TDAH como un patrón de comportamiento en el que predominan los síntomas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad. Los menores y adultos pueden tener la dificultad más marcada en alguna de estas tres áreas nucleares. Y estas dificultades las pueden presentar de manera más pronunciada (con más frecuencia e intensidad) en un ambiente determinado.

Igualmente, pondremos de relieve que los síntomas primarios suelen ir acompañados de otras dificultades. Las características que presentan estas personas afectadas por su TDAH les generan diferentes dificultades en su vida, algo que puede derivar en ocasiones en diversas problemáticas, como pueden ser las de tipo social y familiar. Por ese motivo es tan importante la detección del problema lo antes posible y la intervención en los diferentes contextos (menor, familia y escuela), con el fin de anticiparse al deterioro clínico. Es justo decir que es en la familia donde el trastorno puede provocar mayores problemas en los menores (estrés, ansiedad, depresión, etc.), dado que es en este entorno donde van a estar durante mayor número de horas. Por lo que se debe trabajar de manera consensuada con las familias, así como con los tutores y demás profesionales que les acompañarán a lo largo de su desarrollo evolutivo.

También haremos referencia a que los criterios diagnósticos elegidos, la diversidad de instrumentos y puntos de corte utilizados, la procedencia sociocultural de la muestra, y las peculiaridades de los individuos escogidos en los estudios de investigación es lo que hace que haya porcentajes tan diversos en la epidemiología del TDAH.

Posiblemente si dispusiéramos de técnicas analíticas, de imágenes, de análisis, en definitiva de pruebas objetivas, tendríamos unos datos más exactos, pero al ser preciso un diagnóstico clínico durante mucho tiempo seguirán oscilando las cifras. El que cada vez haya mayor número de personas que reconozcan que sus hijos presentan TDAH o que ellos son adultos que lo presentan es lo que hace que la prevalencia se ajuste más a la realidad.

En este trabajo vamos a aglutinar numerosas ideas recogidas en las publicaciones realizadas y editadas sobre TDAH, siempre destacando que muchas veces las

alteraciones que se producen en los individuos que presentan este trastorno no vienen solas y pueden presentarse con otras perturbaciones llamadas comorbilidades.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, en el presente estudio también recogemos en el capítulo tres las comorbilidades que pueden presentar los individuos con esta problemática de TDAH, tales como el Trastorno Negativista, el Trastorno Depresivo, el Trastorno de Ansiedad, el Trastorno del Espectro Autista, etc.

Como sabemos, es imprescindible no obviar los posibles trastornos comórbidos que puedan mostrar las personas con TDAH, para poder establecer un diagnóstico diferencial. Tendremos en cuenta la sintomatología que ostentan, en función de los diferentes subtipos de TDAH, ya que ello hace que se puedan dar más unas comorbilidades que otras.

En el último capítulo del marco teórico expondremos diferentes ideas acerca de los aspectos psicoeducativos del TDAH.

Primero recordaremos las dificultades que presentan los menores con esta alteración. A pesar de que estos chavales con hiperactividad tienen un desarrollo intelectual normal, muy a menudo presentan problemas en su funcionamiento académico, así mismo rinden por debajo del comportamiento esperado y no hay un buen ajuste en el entorno familiar, escolar y social.

Muchos de estos problemas, de acuerdo con los planteamientos actuales, podrían estar relacionados con variables contextuales y de interacción social (Herrera, Bermejo, Fernández, & Soto, 2011; Herrera-Gutiérrez, Calvo, & Peyres, 2003; Sánchez-Mármol & Herrera-Gutiérrez, 2010).

Desde este punto de vista, el trastorno hiperactivo deja de ser una problemática meramente médica, para conceptualizarse como una alteración que está en función del

contexto y de las habilidades del individuo. De ahí la importancia de darle un enfoque multifactorial e integrador al proceso de evaluación e intervención (Herrera-Gutiérrez, 2015; Herrera-Gutiérrez et al., 2003; Lasa-Zulueta, 2007).

Recogemos que tendremos en cuenta la presencia de otros trastornos comórbidos y que también es muy importante la práctica psicoeducativa y clínica diaria en su conocimiento, lo que nos permitirá el diseño de tratamientos más ajustados y concretos, acordes con las necesidades de las personas que muestran TDAH.

En otro orden, veremos la relevancia de la información y coherencia de la familia por los problemas que suele provocar el TDAH, tanto por los factores de riesgo que hay en la familia como por las consecuencias de los síntomas del trastorno.

Es muy importante, entre otros aspectos, informar a las familias del alcance del cuadro clínico que pueden llegar a mostrar los menores, de las estrategias de disciplina a conseguir, de la necesidad de supervisar las personas con las que se relacionan, sobre todo en la adolescencia hasta la etapa adulta, y de los tratamientos de primera línea, como el tratamiento psicoeducativo. Todo ello sin olvidar las buenas relaciones e intercambios comunicativos que los padres deben mantener con los profesores en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Otra idea reseñable es que no se ha conseguido llegar a un consenso para abordar las problemáticas que presentan las personas con TDAH, pese al volumen de las investigaciones actuales, del interés que suscita y de las iniciativas que ha habido desde diferentes países para llegar a acuerdos en esta temática. Todavía no se han conseguido implantar los acuerdos de modo general.

Estos compromisos o acuerdos internacionales, si existieran, nos facilitarían la posibilidad de estudiar mejor la población con TDAH y, así mismo, mejorar nuestro

conocimiento del perfil psicoeducativo y la comorbilidad de los diferentes subtipos o presentaciones con diferentes pruebas diagnósticas. Se podría así conocer los perfiles de manera más real y precisa, y realizar los abordajes necesarios. En estos momentos muchos menores y adolescentes con TDAH se benefician o se perjudican según el protocolo que establecen los profesionales que abordan su problemática.

Tras la revisión de la literatura especializada, tendremos recogidos los aspectos necesarios y más relevantes para realizar un estudio de los menores con TDAH que posibilite obtener un perfil psicoeducativo de los diferentes momentos de su desarrollo, así como de las comorbilidades que puedan manifestar.

Del mismo modo, recabaremos información ineludible de los diferentes ámbitos (escolar y familiar) para tener todos los conocimientos necesarios para realizar un Plan de Actuación Individual y Familiar (PAIF) y posibilitar una intervención digna al menor. Esto último le ayudará a desarrollar su personalidad de modo extraordinario, al tiempo que tendremos una persona socialmente válida y, por tanto, integrada en la sociedad.

Para finalizar, en el capítulo cuatro hemos recogido las ideas que nos han parecido más idóneas, que se desprenden de los estudios de revisión que se han hecho acerca de los tratamientos y abordajes más destacados en población con TDAH, dirigidos tanto a menores como a adultos, ya que las diferentes técnicas se pueden adaptar para los niños y adolescentes, indiferentemente de la edad, de los subtipos de TDAH y de las comorbilidades que se puedan dar.

Con la II parte del trabajo, donde recogemos el Estudio Empírico, pretendemos hacer una contribución a los estudios actuales referentes al TDAH. Trabajaremos sobre una muestra de 121 adolescentes de la Región de Murcia, de edades comprendidas

entre los doce y dieciocho años, todos ellos escolarizados en centros públicos y concertados, con la finalidad de describir el perfil psicoeducativo y de comorbilidad, en función del subtipo de TDAH.

Los instrumentos en los que nos hemos apoyado son el Test breve de inteligencia de Kaufman o K-BIT y el Cuestionario de Personalidad para Adolescentes 16PF-APQ, además de recabar información sobre el TDAH y la comorbilidad mediante escalas que recogen los criterios diagnósticos del manual de la APA (DSM-5).

Los datos se han tratado, a través del paquete estadístico SPSS, realizando pruebas para obtener los estadísticos descriptivos (porcentajes, medias y demás medidas, que nos proporcionan información cualitativa y cuantitativa), así como los correspondientes análisis de varianza de las variables estudiadas.

Con la presente investigación hemos obtenido los perfiles psicoeducativos de los diferentes subtipos de TDAH y la comorbilidad más destacada (Trastorno Negativista). De este modo, este estudio pretende contribuir a ampliar nuestro conocimiento actual del TDAH, aportando nuevos datos y más exhaustivos del alumnado con hiperactividad y de sus necesidades, atendiendo a sus peculiaridades (Barkley, 1995). Un conocimiento que posibilitará ofrecer una mejor orientación individual, así como diseñar programas de intervención y respuestas educativas más eficaces, capaces de optimizar su curso evolutivo.

Tras la obtención de los resultados de este estudio se beneficiarán, en primer lugar y de manera inmediata, los adolescentes que han participado en la muestra, porque tendremos a nuestra disposición una información relevante para trabajar en las sesiones de intervención, pero también otros usuarios que reciban intervención en la

Asociación de Ayuda al Déficit de Atención con más o menos Hiperactividad (ADA±HI).

En definitiva, con los resultados de este trabajo se podrían mejorar las estrategias para trabajar con los adolescentes de forma más precisa y los hallazgos, por tanto, redundarán en la mejora de la atención psicoeducativa de este alumnado, en la mejora de sus posibilidades de desarrollo y en la calidad de vida de la familia en su conjunto.



---

# **PARTE I: MARCO TEÓRICO**

---



## **CAPÍTULO I**

### **CONTEXTO LEGAL**

#### **1.1. Legislación española**

En primer lugar, tenemos que decir que durante décadas no aparecía recogida en la legislación española de manera especificada y clara la atención a los alumnos con TDAH. Por este motivo, nos parece oportuno realizar un estudio de la misma, haciendo referencia a la evolución que ha tenido lugar con el paso del tiempo.

La Reforma Educativa propició en la década de los 90 la presencia en el currículum del Título del Maestro de asignaturas, como la de *“Bases Psicológicas de la Educación Especial”* y *“Bases Pedagógicas de la Educación Especial”*, en las que se contemplaba la diversidad y la individualidad del alumnado en su proceso educativo. Así, desde el punto de vista teórico, se consideraba que la Educación Especial no había de limitarse únicamente al estudio de las deficiencias más graves o evidentes, sino que tenía que abarcar una amplia gama de problemas escolares, todos ellos incluidos en el continuo de necesidades educativas especiales (NEE), tales como el TDAH.

En este escenario, el papel de la Psicología resultaba y sigue siendo clave a la hora de ofrecer la base de conocimientos psicológicos sobre la que poder fundamentar la intervención educativa más adecuada para el alumnado, principalmente para aquel con alguna peculiaridad o necesidad especial (Herrera Gutiérrez, 1996, 1999). Es decir, saber reconocer las características psicológicas de los alumnos excepcionales (con discapacidad intelectual, superdotación, hiperactividad...) para guiar la práctica educativa desde una Psicología de la Excepcionalidad (Prieto, 2011).

Sin embargo, muchas veces este tipo de necesidades no se observaban y no se atendían desde la escuela. En el caso de los alumnos con TDAH, a menudo los docentes obviaban las carencias que presentaban, siendo preciso dar un paso más para que no hubiera duda en ningún profesional de los que trabajaban en centros escolares, acerca de que tenían que darles una respuesta educativa apropiada. Este paso no podía ser otro que el desarrollo de normativas orgánicas más detalladas, donde se explicitaría y nombraría claramente a este colectivo de alumnos.

En efecto, es interesante conocer la evolución legislativa de la atención a los alumnos con TDAH que se ha dado en España, porque de esa manera podemos conocer e imaginar la repercusión que ha tenido en los centros educativos. La legislación, la normativa oficial, repercute en la práctica docente que se realiza en todas las aulas españolas de todas las comunidades autónomas y, por consiguiente, en el desarrollo de la atención a la diversidad en las últimas décadas. Las abordamos a continuación.

### **1.1.1. Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE)**

Se aprueba cuando está gobernando el Partido Socialista en España. Esta ley sustituye a la Ley General de Educación de 1970. Era necesaria porque ya se estaba viviendo en democracia y era real la necesidad del cambio. Además, ya se había conseguido la escolarización total de todos los jóvenes españoles con la educación general básica. Otro objetivo que se había conseguido era el incremento notable de la escolarización en todos los niveles no obligatorios.

El establecimiento de la aplicación de todos los mecanismos políticos y jurídicos que se daban en la transición permitió superar la norma, que se había aprobado en 1970.

Sobre todo, la Constitución había atribuido a todos los españoles el derecho a la educación y había pedido a los poderes públicos que el derecho a la educación se disfrutara en condiciones de igualdad y libertad. También establecía el carácter obligatorio y gratuito de la educación general básica.

La ley que analizamos establecía, en el artículo uno de su título preliminar, que el primer fin a conseguir era el pleno desarrollo de la personalidad del alumno. En el artículo tres establecía el tipo de enseñanzas que comprendería el sistema educativo, y en el punto cinco nos advertía que éstas se adecuarían a las características de los alumnos con necesidades especiales. Así mismo, en el apartado cuatro del artículo veinte nos expresaba que la metodología didáctica en la educación secundaria obligatoria se adaptaría a las características de cada alumno. Lo que se pretendía era favorecer la capacidad para aprender por sí mismos y poder trabajar en equipo.

Desde nuestro punto de vista ya se estaba abriendo el mundo legislativo, de manera más destacada, a atender las necesidades de cada individuo.

La LOGSE en su artículo 36 nos dejaba bien claro que el sistema educativo dispondría de los recursos necesarios para que los alumnos con necesidades educativas especiales, bien fueran transitorias o permanentes, pudieran alcanzar los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado.

Previamente, las necesidades estarían establecidas por equipos integrados por diferentes profesionales especializados. Esta atención siempre estaría regida por los principios de normalización e integración escolar. Del mismo modo, siempre se establecerían evaluaciones que ayudarían y permitirían marcar los planes de actuación para atender las necesidades educativas especiales.

El personal de los centros educativos serían los encargados de organizar, realizar las adaptaciones y diversificaciones curriculares necesarias para facilitar a los alumnos la consecución de los fines adecuados. Se atenderían y se iniciarían en cuanto se detectaran las necesidades del alumnado.

También resaltaremos que en el artículo 63, dentro del título quinto (Compensación de desigualdades en la educación), se destacaba la posibilidad de compensar desigualdades, ya que nos decía que las políticas de educación compensatoria reforzarían la acción para que las diferencias derivadas de factores sociales, económicos, culturales, geográficos, étnicos o de otra índole, no se dieran.

Como vemos, en la propia ley estaban recogidas las posibilidades de atender a todos los individuos que tuvieran dificultades para desarrollar sus potencialidades, por consiguiente desarrollar su personalidad. Perfectamente se podían atender las necesidades de los discentes que presentaran TDAH y que tuviesen dificultades en su día a día.

No obstante, al no estar recogidos de manera explícita, a los profesores no les era fácil ver las necesidades que estos alumnos tenían. Por ello, muchas veces era como si no existieran dentro del sistema y fuesen invisibles.

### **1.1.2. Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de calidad de la educación (LOCE)**

Esta ley sustituye a la LOGSE. Se aprueba y se pone en marcha en la segunda legislatura del mandato del gobierno del partido popular. Surge como crítica a la ley anterior (LOGSE).

Destacaremos que en el artículo uno del título preliminar dice que la equidad es un principio de calidad del sistema educativo. Ésta garantizará una igualdad de oportunidades de calidad, para el pleno desarrollo de la personalidad a través de la educación, siempre en el respeto a los principios democráticos y a los derechos y libertades fundamentales. Los alumnos tienen derecho, quedando recogido en los derechos básicos del alumnado, a recibir una formación integral que contribuya al pleno desarrollo de su personalidad.

Los métodos pedagógicos en la educación secundaria se adaptarían a las características de los alumnos, de ese modo favorecerían el aprender por sí mismos y trabajar en equipo, promoviendo la creatividad y el dinamismo.

Como podemos observar las ideas expuestas están en consonancia con las desarrolladas en la ley anterior (LOGSE).

Otro aspecto importante, que se recogía en la nueva legislación orgánica, era que se contemplarían las medidas de refuerzo y apoyo en los cursos primero y segundo de educación secundaria obligatoria, con el fin exclusivo de que todos los alumnos alcanzaran los objetivos de etapa. Sobre todo para poder conseguir el título de Graduado en Educación Secundaria Obligatoria.

La ley nos dice, referente a los alumnos con necesidades educativas especiales, en la sección 4ª, artículo 44, que cuando requieran en un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ella, en lo que se refiere a evaluación, apoyos y atenciones educativas, por presentar cualquier tipo de discapacidad, por trastornos graves de la personalidad o de conducta, tendrían una atención especializada; basándose en los principios de la no discriminación y normalización educativa, y con la finalidad de conseguir que se dé su

integración. Siempre se dotarían del apoyo preciso, desde el momento de su escolarización o de la detección de su necesidad.

De nuevo la ley prevé que el sistema educativo disponga de los recursos necesarios para que los alumnos con necesidades educativas especiales, temporales o permanentes, puedan alcanzar los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado que esté matriculado en centros educativos.

La valoración e identificación de las necesidades educativas especiales se realizaría por equipos integrados por profesionales de distintas cualificaciones. Establecerían planes de actuación en relación a las necesidades educativas de cada alumno. Una vez finalizado el curso escolar se valoraría si los objetivos establecidos al inicio del mismo, para los alumnos con necesidades, se habrían logrado, y así se establecerían las adaptaciones precisas.

Tras supervisar la ley, vemos que sigue sin aludir directamente a los alumnos con TDAH. No obstante la ley estaba abierta y aceptaba la atención a las necesidades que presentara cualquier alumno. Así, estaba contemplada la atención a cualquier tipo de necesidad como podían ser, entre otras, el esmero y cuidado en conseguir la mejora de los alumnos superdotados intelectualmente y de los que presentaban TDAH.

Como vemos, los docentes tenían una ley con un espíritu de acogida a las necesidades de cualquier alumno, a pesar de que en los centros no se apreciaban y atendieran, en muchas ocasiones, las necesidades de los educandos escolarizados.

Es importante destacar que esta ley no llegó a finalizar su puesta en marcha, por nuevo cambio de gobierno. Así pues no podemos valorar su valía o sus carencias.

### **1.1.3. Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de educación (LOE)**

En estos momentos hay un cambio de gobierno en España y se promulga una nueva ley, que sustituye a la anterior Ley Orgánica de Calidad de la Educación (LOCE).

Resaltaremos lo que esta ley en su título preliminar nos expresa. Transmite que se inspira en los principios de calidad de la educación para todo el alumnado, independientemente de sus condiciones y circunstancias. Otro principio a valorar por esta ley es el de equidad, para garantizar la igualdad de oportunidades, la inclusión educativa y la no discriminación. Así mismo, la educación actuará como elemento compensador de las desigualdades personales, culturales, económicas y sociales, con atención especial a las que deriven de una discapacidad.

Mencionaremos como muy importante que en el artículo cuatro, punto tres, cuando habla de la enseñanza básica expresa que ésta garantizará una educación común para los alumnos, pero que se adoptará la atención a la diversidad como principio fundamental. Adoptando medidas organizativas y curriculares según se requieran y sean pertinentes.

Más adelante, cuando alude a los principios pedagógicos en Educación Primaria, en el artículo diecinueve resalta que se pondrá especial énfasis en la atención a la diversidad del alumnado, en la atención individualizada, en la prevención de las dificultades de aprendizaje, en los mecanismos de refuerzo puestos en marcha en cuanto se detecten las dificultades.

De forma similar cuando establece los principios de la Educación Secundaria Obligatoria, en el artículo veintidós, continúa con la atención a la diversidad, aludiendo

a la posibilidad de poner en marcha programas de tratamiento personalizado para el alumnado con necesidad específica de apoyo educativo.

También es de notar que los centros tendrán autonomía para organizar de manera conveniente los grupos, materias y adoptar las medidas precisas para atender a la diversidad que presente el alumnado, en función de sus características personales. Siempre con el fin de conseguir los objetivos de la educación secundaria obligatoria y poder titular.

Siguiendo con la equidad en la educación, esta normativa (LOE) recoge en el artículo 71, cuando habla del alumnado con necesidad específica de apoyo educativo, que todos deben conseguir el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional; y también deben alcanzar los objetivos marcados con carácter general para todos los individuos que están dentro del sistema educativo.

La administración pública debe asegurar los recursos precisos para los alumnos que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria, porque presenten necesidades educativas especiales, dificultades específicas de aprendizaje, altas capacidades intelectuales, porque ha habido una incorporación tardía al sistema, por condiciones personales o de historia escolar. De forma que puedan verse abocados a superar el máximo desarrollo de sus capacidades y lograr la superación de los objetivos marcados para todos los alumnos con carácter general.

En esa idéntica línea sigue recogándose en el mismo artículo 71, citado anteriormente, que se establecerán los mecanismos y recursos precisos para que se identifiquen con celeridad las necesidades específicas de los alumnos y alumnas. Finaliza este artículo, en su punto cuatro, con una afirmación manifiesta. Corresponde a la Administración Educativa garantizar la escolarización regular y asegurar la

participación de los padres o tutores en todas las decisiones que afecten a la escolarización y a los procesos educativos del alumnado. Así los padres recibirán el adecuado asesoramiento individualizado y la información necesaria para que les ayude en la educación de sus hijos.

También tenemos recogida en la Ley, de forma clara, que el alumnado que presenta necesidades educativas especiales es aquel que requiere (en un período de su escolarización o a lo largo de toda ella) medidas, apoyos y atenciones educativas derivadas de discapacidad o trastornos graves de conducta.

Contempla la ley que la escolarización del alumnado que presenta necesidades educativas especiales se regirá por los principios de normalización e inclusión, del mismo modo asegurará que no haya discriminación, y la igualdad efectiva en el acceso y permanencia en el sistema educativo.

Por supuesto, la identificación y valoración de las necesidades educativas se hará lo más tempranamente posible por personal cualificado. De tal modo que al finalizar cada curso se evaluarán los resultados conseguidos y se determinará la modificación que se precise en base a las necesidades, siempre pretendiendo la máxima integración.

Por último, tenemos que manifestar que la ley sí contempla las necesidades que cualquier alumno con necesidades educativas especiales pudiera presentar, y por tanto habría que atenderlos a todos. Aunque no aparecieran nombrados los alumnos con TDAH, sí se podría estar a la mira de las dificultades que presentaran en su totalidad. Así mismo, en los centros educativos la ley permitiría desarrollar todos los mecanismos necesarios para ayudar a mejorar la respuesta educativa a los alumnos que presentaran TDAH.

#### **1.1.4. Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE)**

Como sabemos, después de realizar las elecciones en 2011 se hizo un cambio de gobierno. En esta ocasión se inicia la legislatura bajo el mandato del partido popular y de nuevo se modifica la ley orgánica de educación anterior. Recogido dicho cambio a partir del Artículo único: Modificación de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.

Esta ley contempla en su primer artículo que la equidad debe garantizar la igualdad de oportunidades para desarrollar la personalidad a través de la educación, la inclusión educativa, la defensa de la igualdad de los derechos y las oportunidades para que no se dé la discriminación y que haya una accesibilidad universal a la educación. También la educación debe actuar como elemento compensador de las desigualdades personales, culturales, económicas y sociales, atendiendo de manera prioritaria a las que se deriven de cualquier tipo de discapacidad.

En el artículo veinte, referente a la evaluación durante la etapa, dice que la evaluación siempre será global y continua durante los procesos de aprendizaje. De la misma manera se tendrán en cuenta las necesidades del alumnado con necesidades educativas especiales para que se den las condiciones adecuadas en la realización de las evaluaciones.

Otra idea es que se atenderá a la atención personalizada de los alumnos y alumnas, se realizarán diagnósticos tempranos y se establecerán mecanismos para reforzar y obtener el éxito escolar.

Como podemos ver en la lectura de la ley, queda claro que se pueden atender a los alumnos con necesidades, pero será en la modificación que se hace del artículo 71 donde quede recogido:

1. Las Administraciones educativas dispondrán los medios necesarios para que todo el alumnado alcance el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional, así como los objetivos establecidos con carácter general en la presente Ley. Las administraciones educativas podrán establecer planes de centros prioritarios para apoyar especialmente a los centros que escolaricen alumnado en situación de desventaja social.

2. Corresponde a las Administraciones educativas asegurar los recursos necesarios para que los alumnos y alumnas que requieren una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, TDAH, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo, o por condiciones personales o de historia, puedan alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y, en todo caso, los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado.

Desde nuestro punto de vista, es un salto cualitativo el que esté incluida en una Ley Orgánica la atención a los alumnos con TDAH. Ya es un hecho que, en la actual normativa legal, la atención a este alumnado con necesidades educativas especiales queda evidenciada de forma rotunda.

## **1.2. Normativa autonómica**

El Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia, aprobado por Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio, establece que corresponde a la Comunidad Autónoma la

competencia del desarrollo legislativo y la ejecución de la enseñanza en toda su extensión (niveles y grados, modalidades y especialidades) sin menoscabo de las facultades que le corresponde al Estado español, tal y como lo permite la Constitución.

Así mismo, le corresponden las tareas de legislar y ejecutar en el ámbito de la educación a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, porque a través del Real Decreto 938/1999, de 4 de junio, se hizo un traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma.

Habiendo sido abordado anteriormente el estudio de las leyes orgánicas de educación a nivel estatal, para acometer la investigación de cómo están recogidas las posibilidades de detección, evaluación e intervención de los alumnos con TDAH, en toda la trayectoria de la Enseñanza Obligatoria, ahora procederemos a realizar un análisis concreto de la normativa para su aplicación en la Región de Murcia.

### **1.2.1. Decreto n.º 359/2009, de 30 de Octubre, por el que se establece y regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia**

Estamos ante una normativa necesaria en la que se abordaba, con rango reglamentario de Decreto, cómo sería la intervención socioeducativa para la atención a la diversidad del alumnado, a la que se venía dando respuesta institucional.

Con motivo de la puesta en marcha de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, se volvía a supervisar y a rediseñar la normativa tomando las medidas precisas e instrumentos necesarios para lograr la consecución de los objetivos para la igualdad de oportunidades de todo el alumnado. La Educación es un bien común y había que

garantizarla a todos los individuos, así como adaptarla progresivamente a todos los cambios sociales.

Podemos apreciar que el Decreto dedicaba su artículo 12 a las Dificultades específicas de aprendizaje. Lo desarrollaba en 5 puntos; aquí destacamos los contenidos más significativos:

- Que tan pronto como se detectaran dificultades específicas de aprendizaje en los educandos se daría respuesta educativa. Siempre sería de modo que estas medidas de apoyo educativo no pudieran impedir la consecución de los objetivos y competencias básicas establecidas para la etapa educativa en la que estuvieran.
- Que quedarían los componentes del equipo docente encargados, con el asesoramiento de los responsables de orientación, de decidir qué medidas debían ponerse en marcha para este alumnado con dificultades específicas de aprendizaje.
- Que el refuerzo individual que necesitaran, cuando se debieran tomar medidas de apoyo educativo sería en grupos de apoyo ordinario, cuando las dificultades fuesen graves, y afectarían al desarrollo de contenidos instrumentales provocándoles un desfase significativo, se haría fuera del aula. Pero en cuanto el desfase se hubiera superado volverían de nuevo al grupo ordinario.
- Que la Consejería de educación desarrollaría las medidas específicas de refuerzo educativo o de acceso al currículo que el alumnado requiriese. Nombraba por primera vez, entre otras dificultades específicas de aprendizaje, al alumnado con déficit de atención e hiperactividad.

- Que, por primera vez, se tenía en cuenta la posibilidad de que los alumnos con TDAH pudieran cursar en la educación secundaria los programas de diversificación curricular, para que tuvieran la opción de alcanzar los objetivos de dicha etapa y pudieran conseguir la titulación. Antes siempre quedaban excluidos por sus características de apariencia de poco interés por titularse.

Desde nuestro punto de vista, el simple hecho de nombrar las dificultades específicas de aprendizaje, entre ellas el TDAH, en el punto cuatro del artículo doce del Decreto, fue suficiente para hacer a los alumnos con este trastorno visibles, anteriormente intangibles en la legislación española.

Contemplar la realidad de estos alumnos de nuevo ayudó a que el profesorado tomara conciencia de la atención que debían prestarle; algo que ya constaba en la ley pero que costaba ver y entender, aunque estaba de modo implícito en los documentos de la legislación existente en el Sistema Educativo español. Así, por ejemplo, en el Real Decreto por el que se establecían las enseñanzas mínimas de la Educación Primaria, dentro de la LOE, al comienzo de su desarrollo decía que la intervención educativa contemplaba como principio la atención a un alumnado diverso, que aprendía de forma diferente, condicionado por sus características personales que le influían en su proceso de aprendizaje.

Ante la diversidad de dificultades se habrían de tomar las medidas adecuadas, en cuanto se detectasen, y de esta forma ofrecer una educación de calidad a todos los alumnos. Por supuesto, superar una etapa y llegar a la otra en condiciones óptimas; dado que todas son etapas educativas obligatorias en las que el alumnado debe

conseguir el crecimiento de sus capacidades, y así lograr afianzar su desarrollo personal, su propio bienestar y avance social.

Las actuaciones que se iban dando, como consecuencia del cambio legislativo que se produjo después de la publicación del Decreto n.º 359/2009, de 30 de Octubre, en la Región de Murcia, propiciaron nuevos hechos que ayudaron a mejorar, y también posibilitaron el nacimiento del Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica Específico de Dificultades de Aprendizaje.

En las instrucciones sobre el funcionamiento de los Equipos Específicos se resalta que el mismo tiene un papel complementario con respecto a los otros equipos de orientación de zona, a los responsables de la orientación en centros de educación especial y de los departamentos de orientación de los centros de Enseñanza Secundaria. Ciertamente las actuaciones del equipo específico son de colaboración y coordinación, para evitar duplicar esfuerzos, superponer roles y necesidades; además de que no existan demandas sin respuesta. De cualquier modo, no deben existir contradicciones en el diagnóstico e intervención y será necesario consensuar para que se atienda al alumnado con dificultades de aprendizaje de modo imponderable. Siempre deberá realizar su trabajo estando presente el orientador del centro en todo el proceso, o bien habiendo llegado a un consenso previo y de forma coordinada e informada.

En definitiva, como consecuencia de la puesta en marcha de este Decreto, y del Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica Específico de Dificultades de Aprendizaje, también mejoran las estrategias de intervención para los problemas emocionales, conductuales y /o de convivencia que generaban estos chicos en las aulas de los centros educativos. Y así contribuían a evitar situaciones de abandono, fracaso o inadaptación escolar, personal o social de los alumnos con TDAH.

### **1.2.2. Resolución de 17 de diciembre de 2012, de la Dirección General de Planificación y Ordenación Educativa por la que dictan orientaciones para la atención educativa del alumnado que presenta dificultades de aprendizaje**

Anteriormente, en la Ley Orgánica 2/2006 de Educación (LOE), en su artículo 71.2, se recogía que alumno con necesidades específicas de apoyo específico era todo el que requería de unas actuaciones diferentes a las ordinarias por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, por tener capacidades intelectuales elevadas, por haberse incorporado tarde al sistema educativo o por problemáticas personales o escolares.

Posteriormente, tenemos el desarrollo del anterior Decreto n.º 359/2009, en el que quedaba establecido y se regulaba la respuesta que hay que darle a la diversidad del alumnado de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. En él quedaba claramente expuesto que el alumnado con dificultades específicas de aprendizaje era el que presentaba una necesidad específica de apoyo educativo.

Con la normativa anterior se dictaban orientaciones para la atención educativa del alumnado que mostraba dificultades de aprendizaje, como eran los que presentaban TDAH independientemente de las diferentes presentaciones clínicas que manifestaran (inatención, hiperactividad e impulsividad o combinada).

Antes de la Resolución de 2012, que estamos analizando, se había publicado la Orden de 4 de Junio de 2010, de la Consejería de Educación, Formación y Empleo, por la que se regulaba el Plan de Atención a la Diversidad de los Centros Públicos y Centros Privados Concertados de la Región de Murcia, donde se recogía en su artículo

cuarto el catálogo de actuaciones generales y medidas ordinarias y específicas de respuesta educativa a la diversidad del alumnado.

Así, esta resolución surgía para dictar orientaciones para la atención educativa del alumnado que presentaba dificultades de aprendizaje. Los individuos destinatarios de las orientaciones dictadas son los que presentan: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, Inteligencia límite, Dislexia, Dificultades específicas en el aprendizaje del lenguaje oral, Dificultades específicas en el aprendizaje de la escritura (disgrafía y disortografía), Dificultades específicas de las matemáticas (discalculia), Dificultades específicas en el aprendizaje pragmático o procesal (Trastorno de aprendizaje no verbal).

El alumnado destinatario de estas dificultades específicas del aprendizaje puede presentar dichas dificultades de manera aislada o combinada. Así también de manera transitoria o permanente. Por ese motivo van a necesitar de un adecuado proceso de prevención, identificación y detección, evaluación, diagnóstico, intervención y por ello respuesta educativa. Orientaciones que quedan contempladas (de qué manera se realizarán) en esta resolución.

Encontramos en el artículo tercero, punto uno de la resolución, cuando expone qué se hace para la identificación del alumnado con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, que siguiendo las normas establecidas en el Decreto 359, los centros de enseñanza llevarán a cabo, en coordinación con los servicios de orientación correspondientes, los programas de prevención y detección de las dificultades de aprendizaje.

También, en el punto dos del artículo, que se detecten tempranamente a los alumnos que presenten riesgo de desarrollar cualquiera de las dificultades de

aprendizaje enumeradas con anterioridad. Para lograr ese objetivo tendrán que desarrollar programas específicos de prevención y detección en segundo ciclo de la educación infantil y en el primer ciclo de la educación primaria.

En el punto tres y cuatro, advierte la normativa que se podrán seguir estableciendo planes de actuación para continuar con la detección de las dificultades de aprendizaje en cualquiera de los diferentes ciclos restantes. Así mismo, el tutor ante el rendimiento del alumno y sus necesidades también podrá solicitar a los servicios de orientación la intervención para su valoración.

Para la identificación del alumno con TDAH se tendrán en consideración todas las medidas establecidas en los puntos anteriores y, además, se tendrá en cuenta el Protocolo de actuaciones educativas y sanitarias para la detección y diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad suscrito por la Consejería de Sanidad y la Consejería de Educación, Formación y Empleo. De este modo, se eleva el Protocolo a rango de ley.

En cuanto los alumnos detectados se consideren alumnos con riesgo de presentar cualquiera de las dificultades de aprendizaje, el equipo docente, teniendo al tutor como coordinador de actuaciones, establecerá las medidas ordinarias necesarias, siempre asesorándose por los servicios de orientación adscritos al centro.

El documento desarrolla cómo debe ser la evaluación psicopedagógica, cómo se aplicarán las medidas ordinarias, la adecuación para acceder al currículo, las medidas específicas a realizar, las medidas que se deben adoptar para valoración del alumnado, con el fin de establecer los mecanismos necesarios para obtener una evaluación ajustada que permita valorar los conocimientos que tiene. De la misma manera, será el tutor el encargado de dar traslado al equipo docente sobre el proceso de

aprendizaje y socialización del alumno y por último mantendrá el tutor una información y colaboración con las familias.

Creemos que es un documento de base legal lleno de aspectos destacados para que pueda propiciarse el éxito a cualquier alumno escolarizado. Por lo tanto, si se consiguen desarrollar las actuaciones de modo óptimo, el alumnado que presenta TDAH también se beneficiará.

**1.2.3. Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias en la detección y diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) de la Región de Murcia, 2008. Revisión 2012**

El Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias en la detección y diagnóstico del TDAH se desarrolla con motivo de que en el parlamento de la CCAA de Murcia se aprobó, en febrero de 2006, una moción. En ella la Asamblea Regional de Murcia instaba al Consejo de Gobierno de la Región de Murcia a:

1. Considerar en la enseñanza obligatoria a los alumnos y alumnas afectados por el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) como un colectivo con necesidades educativas especiales.

2. Propiciar que padres, tutores y educadores tengan acceso a la información y orientación profesionales, en los ámbitos psicológico y pedagógico, sobre las pautas educativas de actuación más convenientes para tratarlos.

3. Impulsar el estudio del TDAH para comprender sus causas biológicas y psicológicas y contribuir así al desarrollo de tratamientos específicos encaminados a mejorar la calidad de vida de los niños y niñas afectados y de su entorno familiar.

4. Iniciar las medidas que propicien el diseño de una estrategia multidisciplinar, sanitaria, educativa, pedagógica, psicológica y social, que permita avanzar en su diagnóstico y tratamiento temprano.

Tras la moción aprobada y apoyada por todos los grupos parlamentarios, se puso en marcha un grupo de trabajo interdisciplinar y colaborativo de profesionales sanitarios y educativos, con la intención de facilitar una repuesta integral a aquellas personas que tenían TDAH.

Este equipo de trabajo estaba compuesto por representantes de la Consejería de Educación, Ciencia e Investigación y de la Consejería de Sanidad. Después de un periodo de trabajo de este equipo, pudo ponerse en marcha el Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias en la detección y diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDA-H).

El protocolo fue pionero en España; aunque es cierto que se retrasó un tiempo su publicación y puesta en marcha. Este documento tenía como máxima pretensión contribuir a la mejora de la calidad de vida de los afectados y sus familias.

A partir de la publicación del protocolo en 2008, se produjo un cambio significativo. Este hecho contribuyó al cambio en la sociedad educativa, tanto a nivel práctico como legal. Se debía tener en cuenta este Protocolo para la evaluación e intervención psicopedagógica del alumnado con TDAH; de ese modo, se conseguiría tener homogeneidad de acciones en los centros educativos. También la puesta en marcha del Protocolo propició que la sociedad educativa murciana viese una reducción del infradiagnóstico de TDAH existente hasta ese momento en los centros educativos, tanto en la Educación Primaria como en la Educación Secundaria Obligatoria.

Al ponerse en marcha en la Región de Murcia este protocolo de coordinación de las diferentes actuaciones educativas y sanitarias para la detección y el diagnóstico del trastorno de hiperactividad (TDAH), durante un tiempo siguió el grupo de trabajo interdisciplinar. Dicho grupo se había constituido para la elaboración del Protocolo de coordinación de las dos Consejerías (Educación y Sanidad), reuniéndose periódicamente para mejorar las actuaciones realizadas en los centros educativos y de salud mental en Murcia.

Los representantes de las diferentes entidades implicadas recogían las actuaciones y dificultades para tratar de mejorarlo. De este modo, en diciembre de 2012, se hizo una revisión del primer protocolo; tras la cual se llevó a cabo el ajuste de los flujogramas, modelos de informes de derivación y hojas de interconsulta para los diferentes profesionales que intervengan en la atención de los educandos escolarizados en los colegios públicos.

El protocolo original fue desarrollado en 2008 y, como hemos dicho anteriormente, revisado en 2012. Ambos se elaboraron de un modo multidisciplinar con la participación de profesionales pertenecientes al ámbito sanitario y educativo, junto con la Consejería de Educación, Formación y Empleo, y la Consejería de Sanidad y Política Social. El objetivo de este protocolo era facilitar la detección y el diagnóstico del alumnado con TDAH en los centros educativos de la comunidad autónoma y coordinar las actuaciones entre el servicio de salud y el contexto escolar.

El protocolo consta de tres fases: detección, detección-identificación y diagnóstico. En la primera fase el objetivo es descubrir rasgos que los educandos manifiesten en el contexto escolar y sean acordes a la sintomatología del TDAH, como conductas de inatención e hiperactividad.

En la siguiente fase se trata de reunir esos indicadores, que asientan las bases del diagnóstico diferencial, para confirmar la presencia de dicho trastorno o si estos rasgos se incluyen dentro de otras alteraciones o forman parte del curso evolutivo, en función de la edad cronológica.

Por último, se procede a la fase final de diagnóstico en la que se confirma de forma fehaciente el trastorno, su comorbilidad y otras características relevantes para el Diseño de un Plan Interdisciplinar de Actuación y Seguimiento.

#### **1.2.4. Decreto n.º 198/2014, de 5 de septiembre, por el que se establece el currículo de la Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia**

Con motivo del desarrollo de las normativas, tras la publicación de la LOMCE, se procede a su implementación a través del Decreto de la Comunidad Autónoma de Murcia.

El Decreto 198 viene como consecuencia de que ya se había publicado el Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establecía el currículo básico de la Educación Primaria. Por lo tanto, correspondía a la Consejería de Educación de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia desarrollar su propio Decreto para establecer el currículo de la Educación Primaria.

En él se expresa que la intervención educativa debe contemplar como principio la diversidad de los alumnos, procurando la atención personalizada, la prevención de todas las dificultades de aprendizaje, la realización de diagnósticos y mecanismos de apoyo y refuerzo, todo ello para prevenir ante cualquier necesidad que presenten los alumnos, e intervenir en su proceso de enseñanza-aprendizaje lo antes posible.

Respecto al alumnado con necesidades específicas de apoyo se tendrá en cuenta lo recogido en el Decreto 359 de la Comunidad Autónoma de Murcia.

En este Decreto queda indicado claramente en el artículo veintiuno la necesidad de conseguir la identificación, valoración e intervención de las necesidades educativas de los alumnos que presentan dificultades de aprendizaje o trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Se realizará lo antes posible y se aplicarán las medidas de refuerzo educativo que faciliten el acceso al currículo para permitir al alumno su éxito escolar.

De esta manera, tenemos un Decreto que de nuevo deja en estado visible a los alumnos con TDAH, y en los centros escolares de la Comunidad Autónoma de Murcia el equipo docente tendrá claro que no hay que dejar de intervenir en el proceso y atenderlos.

**1.2.5. Orden de 20 de noviembre de 2014, de la Consejería de Educación, Cultura y Universidades por la que se regula la organización y la evaluación en la Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia**

Esta orden tiene como objeto organizar la enseñanza de la educación primaria. Tras lo dispuesto en el Decreto n.º 198/2014, de 5 de septiembre, referente a la evaluación de los procesos de aprendizaje de los alumnos, esta evaluación será continua y global teniendo en cuenta el avance en el conjunto de todas las áreas. Por tanto, procede concretar las normas de evaluación que aseguren una coherencia en el proceso de evaluación y que establezcan los documentos e informes necesarios para poder conseguir dicho proceso.

En la orden, en el artículo quince, se recoge que se consideran medidas de apoyo todas aquellas estrategias organizativas y metodológicas que proporcionan una atención individualizada, con el fin de prevenir las dificultades de aprendizaje en los diferentes cursos de Educación Primaria.

En consecuencia, los centros docentes podrán utilizar los recursos de apoyo ordinario, disponibles en el centro educativo, para desarrollar medidas de apoyo organizativas y de refuerzo. Entre las medidas a establecer está el refuerzo educativo por parte de otro maestro, así se podrán afianzar los aprendizajes relacionados con los estándares básicos de aquellos alumnos con dificultades específicas de aprendizaje, como son los alumnos con TDAH cuando requieren medidas de apoyo precisas.

Además, en esta norma viene recogido, en el artículo 23.9 del capítulo uno del título dos, que la evaluación del alumnado que presenta dificultades específicas de aprendizaje o TDAH la llevará a cabo el docente que imparta el área, y siempre tendrá que adaptar los instrumentos de evaluación a las características y necesidades de dicho alumnado.

Concluimos manifestando que en esta normativa está suficientemente recogida la atención individualizada al alumno que presenta TDAH en su proceso de evaluación.

#### **1.2.6. Decreto n.º 220/2015, de 2 de septiembre de 2015, por el que se establece el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia**

Haremos mención a este decreto por ser Secundaria una etapa educativa en la que se finaliza la educación básica y de este modo se garantiza la formación integral, que

ayudará a favorecer el desarrollo de la personalidad de los alumnos escolarizados en los centros públicos educativos de la Región de Murcia.

Este decreto surge una vez publicado el currículo básico de la Educación Secundaria Obligatoria en el Real Decreto 1.105/2014 de 26 de diciembre. Con él se pretende incrementar la autonomía de los centros, ya que éstos pueden desarrollar y complementar el currículo, fijar la oferta de materias de asignaturas específicas y de libre configuración autonómica.

El currículo siempre puede flexibilizarse para adaptarse a las diferencias individuales y al entorno socioeconómico y cultural. De esta manera los alumnos podrán alcanzar el nivel de aprendizaje óptimo y que sus características cognitivas y de personalidad le permitan. Esto es así porque cuando a los alumnos les resulta fácil acceder al currículum durante las etapas del sistema educativo, esto les puede facilitar el éxito escolar.

En el desarrollo del Decreto encontramos en el artículo nueve, en el que alude a las medidas a adoptar para la especialización curricular en educación secundaria, que entre otras podremos contar con una oferta educativa concreta para el alumnado con necesidad específica de apoyo educativo.

Siguiendo con el desarrollo de los aspectos legislados en esta normativa, en base a las medidas que se deben tomar, se expone que los servicios de orientación educativa, pertenecientes a los centros escolares, tendrán que identificar a los alumnos que requieran de una atención educativa diferente a la ordinaria. Bien por presentar necesidades educativas especiales, dificultades específicas de aprendizaje, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o por presentar altas capacidades intelectuales.

Los centros educativos tomarán medidas organizativas y curriculares en base a las necesidades individuales del alumnado que esté escolarizado en ellos, debido a que presenten alguna necesidad específica de aprendizaje (dislexia, discalculia, TDAH, entre otros) para facilitar el acceso al currículo y, por supuesto, adaptar los instrumentos de evaluación a sus necesidades.

Para concluir el análisis de la normativa seleccionada, podemos observar cómo el desarrollo de la legislación autonómica favorece, con la acción conjunta del protocolo de actuaciones educativas y sanitarias, una práctica dirigida a la pronta detección, valoración, intervención, atención y evaluación de los logros académicos de los alumnos con TDAH.

## **CAPÍTULO II**

### **CONCEPTO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)**

#### **2.1. Evolución histórica del concepto**

Tras revisar la literatura sobre el tema, observamos que la descripción de un individuo con un trastorno de conducta en la infancia similar o parecido a lo que hoy consideramos como TDAH data de la segunda mitad del Siglo XIX (Quintero-Gutiérrez del Álamo, Correas-Laufer, & Quintero-Lumbreras, 2006; Sandberg, 2002).

Según leemos, un médico alemán, que llamaba a su hijo Fidgety Phill o Phill el intranquilo o inquieto, escribió un libro de cuentos para su hijo. En dicho libro aparecía un personaje, llamado Felipe, que no dejaba de moverse, de retorcerse en la mesa, a pesar de que su padre le dijera en tono severo que no lo hiciera. La madre también lo miraba de forma disgustada y para nada les gustaba su conducta impulsiva, ya que él no seguía el consejo y hacía lo que quería a cualquier precio; se doblaba, se tiraba, se mecía y se reía sobre la silla.

Este médico intentó cambiar los tratamientos de los pacientes hospitalizados en psiquiátricos introduciendo novedades, pues consideraba a los pacientes no como delincuentes, sujetos ofuscados o como personas trastornadas, sino como personas enfermas, necesitadas de ayuda. Por supuesto esto significó un cambio de mentalidad en la sociedad por las ideas que introdujo (Thome & Jacobs, 2004).

A lo largo de la historia se han utilizado diferentes términos para detallar a los que hoy definimos como niños hiperactivos. Por supuesto, las formas de describirlos han ido evolucionando al ritmo que lo ha hecho la Psiquiatría Infantil. Los textos neurológicos, psiquiátricos y psicológicos han ido narrando a niños que no paraban de moverse por su facilidad para la distracción, inquietud e impulsividad. Vemos que no es un trastorno nuevo; pero sí de moda por la cantidad de publicaciones que se están generando y de programas y artículos en los Medios de Comunicación de Masas. Por ello a pesar de que no ha aparecido en la última década, sí es constatable que popularmente es mucho más conocido en estos últimos años.

Nosotros vamos a destacar a continuación una de las primeras descripciones en la cronología del TDAH, que se presentó en 1902. Los Dres. George F. Still y Alfred Tredgold describieron unos niños que presentaban defectos en el control moral. Destacaban que se daba mayor incidencia en niños que en niñas. Resaltaban los problemas de aprendizaje, los aspectos motores exacerbados, los problemas de conducta y las dificultades de atención, entre otros. Al igual, los médicos de su época, destacaban como causas las malformaciones congénitas, porcentajes altos de alcoholismo, estados depresivos, criminalidad y suicidios entre miembros de sus familias.

Posiblemente serían pacientes que estaban afectados por comorbilidades, tal y como hoy se muestra el trastorno hiperactivo en muchos pacientes, que presentan otros trastornos al mismo tiempo, los cuales deben tratarse a la vez o incluso antes para que el sujeto pueda evolucionar favorablemente. Esta era una época en la que imperaba el determinismo biológico y, por su pensamiento poco o nada positivo, descartaban que el ambiente en donde se desenvolvían; rodeados de sus padres, educadores y sociedad, y

los factores psicológicos fueran tan importantes en los individuos como hoy se reconoce para su evolución favorable (Gratch, 2009).

Más tarde hubo una epidemia de encefalitis en los Estados Unidos (1917-1918), tras la Primera Guerra Mundial. Hubo personas que sobrevivieron a dicha epidemia y en algunas de ellas se pudieron observar diversas alteraciones, como son problemas de comportamiento, dificultad cognitiva para distinguir las conductas positivas de las negativas, baja tolerancia a la frustración, facilidad para cambiar de humor, etc., síntomas parecidos a los que presentaban los sujetos hipercinéticos. El brote de encefalitis epidémica fue debido al *influenzavirus* y ayudó a que las personas presentaran un cuadro de retraso mental, hiperactividad e impulsividad y, en ocasiones, síntomas compatibles con el denominado hoy día Trastorno Negativista Desafiante o TND (Gratch, 2009; Soutullo, 2007).

El español Gonzalo Rodríguez Lafora en 1917, en su libro “Los niños mentalmente anormales” –una obra destacada dentro de la medicina española del siglo XX (del Cura, 2003)– describió a unos niños que no podían fijar su atención, ni para oír, ni para comprender, ni para responder. Su espíritu saltaba constantemente de una cosa a otra. No podían dominar sus reacciones, de ahí la desproporción de sus actos. Eran niños llamados “nerviosos” por sus padres e “indisciplinados” por sus maestros. Su movilidad física, paralela a la psíquica, no resistía ninguna dirección. Se levantaban constantemente del pupitre, jugaban con todo, se distraían con una mosca que se movía, pinchaban a los compañeros, se burlaban de todo y estaban en constante actividad.

El Dr. Lafora observaba que estos sujetos presentaban en ocasiones una alta capacidad intelectual. Algunos estudiantes con este patrón de comportamiento revelaban una inteligencia brillante en ciertos temas, mientras que en otros no eran

capaces de funcionar adecuadamente, sobre todo por la falta de motivación. A este respecto, se ha destacado (Bauermeister & Barkley, 2010) que este médico español merece ser reconocido como muy importante en la historia temprana del TDAH por las aportaciones que realizó.

Dando un salto en la historia del trastorno hiperactivo, a partir de los años 60, resulta interesante analizar la evolución del concepto recogida en los manuales de Psiquiatría, donde quedan recogidas las dos clasificaciones internacionales clásicas de los trastornos mentales. Nos referimos a las elaboradas por la OMS y la APA.

En 1967, en el DSM-II se utilizó el término de “reacción hipercinética en la niñez” que nos describía a un menor con exceso de actividad, inquietud, distraibilidad y con un intervalo atencional breve.

Posteriormente, la APA (1980) en el DSM-III cambia dicho término por el de “Trastorno por Déficit de Atención, con o sin Hiperactividad”. La principal manifestación clínica sería la alta distraibilidad y el corto periodo atencional, aunque también podían manifestarse la hiperactividad e impulsividad.

En efecto, a partir de este momento el déficit atencional empieza a ser considerado el síntoma más importante, dada su mayor persistencia y estabilidad en el tiempo (Herrera-Gutiérrez et al., 2003). Simultáneamente, los expertos comienzan a plantearse que estamos ante un trastorno crónico y con un coste real para los menores, que se manifiesta en su impacto negativo en el desarrollo familiar, social y escolar. Igualmente, se acepta que en la etapa adulta seguirán mostrándose los síntomas, pasando a denominarse “Tipo residual”.

A finales de esta década, en 1987, en la clasificación oficial de la APA (DSM-III-R) esta alteración pasa a ser denominada “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)”. En el DSM-IV (APA, 1994) permanece el mismo concepto y denominación de TDAH, e idéntico planteamiento se mantiene en el DSM-IV-TR (APA 2000). Como elemento novedoso, en estas dos últimas ediciones del manual diagnóstico de la APA se describen tres subtipos de TDAH: uno de predominio inatento, otro de preponderancia hiperactivo-impulsivo y un subtipo combinado.

Vemos que la clasificación de la APA, a partir del DSM-III, nos permite diagnosticar a un sujeto con inatención, aunque no muestre síntomas importantes de hiperactividad. Por el contrario, tal y como se recoge en la 10.<sup>a</sup> revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), la OMS siempre ha dado relevancia a que estén presentes características de hiperactividad. Tal vez por este motivo, a la CIE se le atribuye un problema de infradiagnóstico en los menores con un trastorno de hiperactividad, sobre todo en los que tienen un predominio de inatención en su desarrollo. La CIE-10 no los incluye porque destaca que se podrían incluir a menores con síntomas de ansiedad, muchos con hipoactividad, algunos ensimismados en sus sueños; en definitiva, chavales con otros problemas.

Siguiendo con las ideas explicitadas, observamos que para que un individuo cumpla los criterios diagnósticos, según la clasificación de la OMS necesita tener también problemas de actividad y/o impulsividad, quedando excluidos los que presentan solamente un perfil inatento. Este hecho explica las variaciones en los porcentajes de los estudios de prevalencia e incidencia del TDAH, dependiendo de que los criterios utilizados respondan a la clasificación europea (OMS) o por el contrario a la clasificación americana contemplada en el DSM (Parellada, 2009). Así, tendremos

que ser rigurosos y prestar atención a esta circunstancia cuando estemos revisando la literatura científica porque habrá aspectos destacados que no coincidan, pero no por ello quiere decir que sean desechables.

En la última edición del manual diagnóstico de la APA (DSM-5), hay un cambio sustancial. En esta ocasión, ya no está el TDAH descrito dentro de los trastornos de la conducta y del comportamiento perturbador, sino que en este manual está contemplado dentro de los trastornos del neurodesarrollo, ya que es una afección que se inicia en el periodo de desarrollo del menor. Así mismo, detalla que se caracteriza por un déficit que ocasiona, en el desarrollo del menor, carencias en su funcionamiento personal, social, académico u ocupacional.

En esta ocasión el nombre que denomina a esta patología es Trastorno por déficit de atención /hiperactividad (TDAH); por lo tanto no varía del anterior manual (DSM-IV-TR). Estos individuos presentan un patrón de comportamiento constante de inatención y también de hiperactividad e impulsividad que interfiere en su actividad diaria y en su desarrollo. La inatención se va a manifestar de manera que ocasionara conductas que le ayudan a desviarse de las tareas que deben realizar, falta de perseverar, dificultad para poder mantener la atención y una facilidad imperiosa para ser desorganizado, siempre que no se deba a una conducta desafiante o porque no comprenda la demanda. La hiperactividad le ocasiona una actividad motora exacerbada que le obstaculiza moverse de modo adecuado en las diferentes ocasiones. También en los adultos puede ocasionar una conducta motórica excesiva o una inquietud interna que no le deja parar. Así mismo, la impulsividad le ocasiona la posibilidad constante de meterse en situaciones de riesgo, por su falta de reflexión; además de un deseo de recompensas inmediatas o la incapacidad de retrasar la gratificación.

## 2.2. Clasificación y subtipos

En los últimos años, el estudio del TDAH, ha sido uno de los temas que más debate ha generado a nivel mundial. Posiblemente esto sea debido al interés que suscita la búsqueda de soluciones a esta problemática y el aumento de las publicaciones realizadas a raíz de múltiples estudios de investigación.

Dentro de la psicopatología infanto-juvenil, el TDAH es uno de los trastornos más ilustrados y la alteración más comúnmente diagnosticada en la edad escolar (Ayllon, & Milan, 1997; Miranda et al. 2006), de tal modo que, si realizamos una revisión de los temas más estudiados en la última década, queda entre los primeros seleccionados. El interés popular por este trastorno también se ve fortalecido, principalmente por las mejoras de los síntomas en los individuos con esta patología, que se están obteniendo al aplicar tratamientos cada vez más acertados (Brown, 2003, 2006; Soutullo, & Díez, 2007).

Centrándonos en la descripción que hace la APA (1987, 1994, 2000, 2013) y también en las últimas ediciones del manual diagnóstico –DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR y DSM-5, podemos comprobar la evolución en la conceptualización del TDAH, si bien se mantienen constantes los síntomas considerados primarios.

El trastorno se describe como un patrón de comportamiento en el que predominan los síntomas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad; pudiéndose centrar las dificultades de manera prominente en alguna de estas áreas nucleares. Estas dificultades se suelen presentar en los diferentes ambientes, aunque hay personas que sólo las manifiestan en un ambiente con más frecuencia e intensidad que en los otros; lo cual no

significa que sea mejor su situación, porque incluso puede generar confusión en el momento del diagnóstico. De igual modo, suelen apreciarse diferencias en la sintomatología dependiendo de la edad. Los menores de la etapa preescolar presentan un comportamiento en el que predomina la hiperactividad motora, mientras que en la niñez y adolescencia impera el malestar y la impaciencia más que la actividad motora; manteniéndose los problemas de atención durante ambas etapas.

Los criterios para el diagnóstico del TDAH del DSM-III-R (APA, 1987) son tres (A, B y C). Se requiere la presencia de ocho síntomas de los catorce descritos en el manual. Durante más de seis meses el individuo tiene que mostrar una conducta que destaca del grupo de iguales de la misma edad mental. Además, los síntomas de esta alteración deben haber comenzado antes de los siete años y no han de cumplirse los criterios para el Trastorno Generalizado del Desarrollo.

En el DSM-IV (APA, 1994) y DSM-IV-TR (APA, 2000), los criterios para el diagnóstico de esta alteración pasan a ser cinco (A, B, C, D y E). En el criterio A vienen descritos los síntomas de Desatención (A1), Hiperactividad e Impulsividad (A2). Las manifestaciones clínicas de estos individuos pueden persistir a lo largo de la niñez, pudiendo aparecer características típicas de TND o Trastorno de Conducta, e incluso prolongarse después de la adolescencia, hasta la etapa adulta (Quintero-Gutiérrez, et al. 2009; Barkley, Murphy, & Fischer, 2008; Ramos-Quiroga, Martínez, Nogueira, Boch, & Casas, 2008).

En el DSM-V (APA, 2013) los nuevos criterios propuestos para el diagnóstico del TDAH permiten una evaluación en adolescentes mayores (diecisiete años), y adultos mucho más eficaz. Siendo requisito para el diagnóstico el cumplimiento de cinco síntomas en los criterios, en lugar de los seis establecidos en el DMS-IV. Esta

diferencia se debe a las limitaciones que presentaba el DSM-IV, a la hora de seleccionar la muestra de los estudios, puesto que únicamente se apoyó en el análisis de la población infantil para la delimitación de los síntomas. Es por ello que no se contemplaba la variación de la sintomatología que se producía durante el desarrollo del individuo.

El curso evolutivo del TDAH explica como los síntomas de hiperactividad e impulsividad destacarían en la infancia pero disminuirían en la adultez, por el cambio que se produce en el desarrollo a nivel cerebral de las áreas prefrontales. Estas áreas participan en la regulación de la conducta y los niveles de actividad del individuo por lo que los síntomas de hiperactividad serían menos destacados en los adultos (Morais-Nogueira, 2014).

En la Tabla 1 se muestran los puntos en común y las diferencias existentes entre las descripciones del TDAH en el DSM-III-R (APA, 1987) y el DSM-IV-TR (APA, 2000). En la Tabla 2 se especifican los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013).

Tabla 1. Criterios para el diagnóstico del TDAH según el DSM

Criterios DSM-III-R	Criterios DSM-IV-TR
<p><u>Criterio A:</u>                      1- Inquietud frecuente, que se aprecia por movimiento de manos o pies o por moverse en el asiento (en los adolescentes puede estar limitado a sensaciones subjetivas de impaciencia e inquietud).                      2- Dificultad para permanecer sentado cuando la situación lo requiere.                      3- Fácil distraibilidad por estímulos ajenos a la situación.                      4- Dificultad para aguardar turno en los juegos o situaciones de grupo.                      5- Frecuencia de respuestas precipitadas antes de que se acaben de formular las preguntas.                      6- Dificultad para seguir las instrucciones de los demás (no debido a negativismo o a error de comprensión). Por ejemplo, no finaliza las tareas que se le encomiendan.                      7- Dificultad para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.                      8- Frecuentes cambios de una actividad incompleta a otra.                      9- Dificultad para jugar con tranquilidad.                      10- A menudo habla excesivamente, verborrea.                      11- A menudo interrumpe o se implica en actividades de otros niños; por ejemplo interrumpiendo el juego que han comenzado.                      12- A menudo no escucha lo que se le dice.                      13- A menudo pierde cosas necesarias para una tarea o actividad escolar. Por ejemplo: lápices, gomas, etc.                      14- A menudo practica actividades físicas peligrosas sin evaluar los posibles riesgos (no por el propósito de buscar emociones fuertes). Por ejemplo: cruzar una calle de mucho tráfico sin mirar.</p>	<p><u>Criterio A:</u>  <i>A1- Desatención:</i> seis o más síntomas han persistido por lo menos durante seis meses.                      a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.                      b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.                      c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.                      d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).                      e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.                      f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).                      g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades. Por ejemplo: juguetes, ejercicios escolares, etc.                      h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.                      i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.  <i>A2- Hiperactividad (a-f) – Impulsividad (g-i):</i> seis o más síntomas han persistido por lo menos durante 6 meses.                      a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.                      b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.                      c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).                      d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.                      e) A menudo está en marcha o suele actuar como si tuviese un motor.                      f) A menudo habla en exceso.                      g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.                      h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.                      i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo se entromete en conversaciones o juegos).</p>
<p><u>Criterio B:</u> comienzo antes de los 7 años.</p>	<p><u>Criterio B:</u> Algunos síntomas que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.</p>
<p><u>Criterio C:</u> no reúne los criterios para el diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo.</p>	<p><u>Criterio C:</u> Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes.</p>
	<p><u>Criterio D:</u> Debe existir un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.</p>
	<p><u>Criterio E:</u> Los síntomas no aparecen en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.</p>
<p>Criterios de gravedad del TDAH:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leve: alguno o ningún síntoma además de los requeridos para hacer el diagnóstico y sólo un déficit mínimo o inexistente en la actividad escolar o social.</li> <li>- Moderado: síntoma o déficit funcional intermedio entre “leve” o “grave”.</li> <li>- Grave: Muchos síntomas además de los requeridos para hacer el diagnóstico y déficit significativo y generalizado en la actividad familiar, escolar y social.</li> </ul>	<p>Subtipos del TDAH:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Combinado: criterios A1 y A2 (últimos 6 meses).</li> <li>- Con predominio del Déficit de Atención: criterio A1 pero no criterio A2 (últimos 6 meses).</li> <li>- Con predominio Hiperactivo-Impulsivo: criterio A2 pero no criterio A1 (últimos seis meses).</li> </ul>

Tabla 2. Criterios para el diagnóstico del TDAH según el DSM-5

Criterios diagnósticos:

Presenta un patrón persistente de falta de atención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo, tal como se caracteriza por inatención (1) y/o hiperactividad e impulsividad (2):

1. Inatención: Seis o más de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos seis meses con un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que tienen un impacto directo en las actividades sociales y académicas o profesionales.

Los síntomas no responden a una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. En el caso de valorar adolescentes mayores y adultos (17 o más años), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- 1.a) Frecuentemente 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; por ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión.
- 1.b) Frecuentemente tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas; por ej., tiene dificultad para mantener la atención en horas de clase, conversaciones o la lectura prolongada.
- 1.c) Frecuentemente parece no escuchar cuando se le habla directamente; por ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente.
- 1.d) Frecuentemente no sigue las instrucciones que se le dan y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los encargos laborales; por ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad.
- 1.e) Frecuentemente tiene dificultad para organizar tareas y actividades; por ej., dificultad para gestionar tareas de modo secuencial; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo y dificultad para cumplir los plazos.
- 1.f) Frecuentemente evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta para iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido; por ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos preparación de informes, completar formularios y revisar artículos extensos.
- 1.g) Frecuentemente pierde cosas necesarias para tareas o actividades; por ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil.
- 1.h) Frecuentemente se distrae con facilidad porque responde a estímulos externos. Los adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados con los estímulos relevantes del momento.
- 1.i) Frecuentemente olvida las actividades cotidianas; por ej., hacer las tareas, hacer las diligencias. Los adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas pendientes, pagar las facturas, acudir a las citas.

2. Hiperactividad e Impulsividad: Seis o más de los siguientes síntomas se han mantenido durante 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales, académicas o laborales.

Los síntomas no responden a una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. En el caso de valorar adolescentes mayores y adultos (17 o más años), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- 2.a) Frecuentemente juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- 2.b) Frecuentemente se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado; por 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.
- 2.c) Frecuentemente corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. En adolescentes o adultos puede limitarse a estar inquieto.
- 2.d) Frecuentemente es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- 2.e) Frecuentemente está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor”; por 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.
- 2.f) Frecuentemente habla en exceso.
- 2.g) Frecuentemente responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta; por ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación.
- 2.h) Frecuentemente le es difícil esperar su turno; por ej., mientras espera en un momento aglutinante.
- 2.i) Frecuentemente interrumpe o se inmiscuye con otros; por ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; los adolescentes y adultos pueden inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros.

Criterio B. Algunos síntomas de hiperactividad- impulsividad o de desatención estaban presentes antes de los 12 años de edad.

Criterio C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos; por ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades.

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

Criterio E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental; por ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias.

Especificar si: Presentación combinada: Si tanto los Criterios A1 y A2 se cumplen durante los últimos seis. Presentación predominantemente con falta de atención: Si se satisface el Criterio A1 pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses.

Presentación predominantemente hiperactiva/ impulsiva: Si el Criterio A2 se cumple pero no se cumple el Criterio A1 durante los últimos 6 meses.

Especificar si: En remisión parcial: Cuando previamente se cumplían todos los criterios, pero no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Pocos o ninguno de los síntomas por encima de los necesarios para hacer el diagnóstico están presentes, y los síntomas producen pequeñas deterioros en el funcionamiento social o laboral. Moderado: Los síntomas o las limitaciones en el funcionamiento presentes están entre “leve” y “grave”. Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico, varios síntomas que son particularmente graves están presentes, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

**TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD ESPECÍFICADO.** Esta categoría que se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico. La categoría de otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de algún trastorno específico del desarrollo neurológico. Se registrando: “otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad específico”, dando el motivo específico; por ej., “con síntomas de inatención insuficientes”.

**TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD NO ESPECÍFICADO.** Categoría que se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico. La categoría de trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno por déficit de atención/hiperactividad o de un trastorno del neurodesarrollo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

---

Como ya hemos dicho con anterioridad, sabemos que los comportamientos derivados de las características del paciente con TDAH, están muy influenciadas por las edades de los pacientes. Es frecuente que, en un momento determinado, un menor tenga sintomatología compatible con el subtipo combinado y que luego evolucione hacia un subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo. En la medida en que los niños desarrollan estrategias para focalizar su atención, y también que con la edad remitan los síntomas de hiperactividad, así disminuye el número de casos de subtipo combinado y aumenta el de inatentos (Dafny, & Yang 2006; Molano Bilbao, 2012). Continuando con las ideas expuestas, diremos que nosotros hemos podido comprobar la veracidad de estas afirmaciones en nuestra práctica clínica con menores, al ver las distintas evoluciones sintomáticas que estos han presentado hacia un subtipo u otro.

En relación a la existencia de los subtipos del TDAH, Barkley refiere que algunas publicaciones médicas cuestionan si tiene utilidad clínica la clasificación que hace el DSM-IV para crear tres subtipos, con las dimensiones de los síntomas de hiperactividad y de déficit de atención.

La existencia del TDAH, tipo combinado no se cuestiona porque representa a la conceptualización del TDAH que han hecho investigadores y médicos desde hace más de 40 años, porque coexisten los síntomas de las dos dimensiones, así déficit de atención, impulsividad e hiperactividad (C). Aunque no se han hallado muchas diferencias entre el subtipo combinado y el hiperactivo impulsivo (HI), hay que advertir que el combinado tiene manifestaciones más espinosas y el hiperactivo impulsivo menos graves. Es lógico porque el hiperactivo impulsivo tiene síntomas que aparecen antes que las manifestaciones del déficit de atención. Así el HI puede ser un precursor

del C, y solo se da cuando son más pequeños y que no sea realmente un tipo del trastorno cualitativamente diferente (Barkley, 2009).

Asimismo, nosotros también estamos de acuerdo con las ideas expresadas en los estudios de investigación para la revisión del TDAH, que nos dicen que el TDAH tipo hiperactivo-impulsivo es el menos frecuente y, por el porcentaje que presenta, cada vez más algunos autores cuestionan su existencia. Por ello, apoyamos las ideas que opinan que tal vez se trate de un estadio precoz del subtipo combinado, en esos años solo la hiperactividad e impulsividad da problemas y las dificultades por la inatención se presentan más tarde, cuando se demandan mayores exigencias, porque las tareas son más complejas.

En cuanto a la prevalencia de los subtipos, siguiendo las referencias del DSM la presentación combinada de TDAH es la de mayor prevalencia en niños y en niñas, y si hacemos una descripción de las características de estos sujetos vemos que son los más parecidos a las descripciones que se han realizado a lo largo de la historia del TDAH; cuando estudiamos la evolución del concepto.

Según recoge Garrido-Fernández, (2012); y Biederman et al. (2002) presentaron la frecuencia de los diferentes subtipos de TDAH en base a los géneros y manifestaron que el TDAH subtipo combinado se presentaba en niñas en un 65% frente al 80% en niños. Al igual consideraron que el subtipo hiperactivo-impulsivo era el menos frecuente, dándose porcentajes del 5% en niñas y el 4% en niños. Por último en su estudio el TDAH con predominio de déficit de atención era más frecuente en niños que en niñas, respectivamente un 30% frente a un 16%.

Otra idea destacable en cuanto a líneas de investigación es la que manifiestan Amador, Forns, & González (2010) para decirnos que dentro de las líneas de

investigación hay algunas indagaciones que han encontrado que las mujeres poseen un umbral más alto que los individuos del sexo masculino para la expresión del trastorno en su fenotipo. Porque el componente genético de las mujeres les sirve de factor protector, por ello, para que el trastorno aparezca en las mujeres este debe ser mayor.

La presentación predominantemente con falta de atención del TDAH sería la segunda por su frecuencia. Tenemos que destacar que esta presentación hace que el trastorno tenga más dificultades para detectarse que cuando, por ejemplo, predominan los síntomas de hiperactividad e impulsividad. Esta dificultad es motivada porque suelen ser menos molestos en casa, en el colegio o en cualquier otro ambiente. Igualmente destacamos que en ocasiones los investigadores hacen referencia a que el TDAH de predominio inatento se da más en niñas, porque los menores varones presentan más perfiles de hiperactividad e impulsividad.

Es necesario mencionar que cuando son adolescentes o adultos los síntomas de hiperactividad decrecen; por su curso evolutivo el adolescente presenta menos actividad motora; que evoluciona hacia una inquietud interna. Al disminuir considerablemente la hiperactividad la relación porcentual entre hombres y mujeres llega a igualarse e incluso a descompensarse, mostrando mas prevalencia del TDAH en el sexo femenino (Garrido-Fernández, 2012).

En ocasiones hay mayores obstáculos para detectarse los pacientes con TDAH, en sus diferentes subtipos clínicos, pero sobre todo, en los que presentan un perfil predominio inatento, cuando se utilizan criterios CIE-10. Tanto para la investigación como para la práctica clínica y educativa, la CIE-10 resulta muy restrictiva, ya que como anteriormente apuntamos, aunque los síntomas son muy parecidos a los descritos

en el DSM, para el diagnóstico exige que además de los síntomas de atención, se den tres de hiperactividad y al menos uno de impulsividad.

Otros criterios que se requieren son que los síntomas estén presentes antes de los siete años; la misma edad de inicio que se requiere en el DSM, que no impidan tener un desarrollo acorde con la edad, que ocasionen un deterioro clínico en circunstancias sociales, familiares o escolares, además de que no se deban a un trastorno generalizado del desarrollo, ansiedad, depresión o episodio maniaco. Sin embargo, en el DSM-V el TDAH puede coincidir con alteraciones de ansiedad, trastornos del estado de ánimo como depresión, y otras comorbilidades.

Las diferencias en los criterios serían las responsables de que el trastorno hiperactivo de la CIE-10 sea un trastorno menos frecuente que el presentado por la APA en el DSM-IV (Soutullo, 2007; Parellada, 2009). Como resultado, la CIE 10 tiene unos criterios diagnósticos más restrictivos que los que se presentan en el DSM-V favoreciéndose un posible infradiagnóstico.

A continuación en la Tabla 3 se muestran los criterios diagnósticos de la clasificación europea.

---

Tabla 3. Criterios para el diagnóstico del trastorno hiperactivo según la CIE-10

---

Trastorno Hiperactivo (F90):

G1. Déficit de Atención. Al menos 6 síntomas de los enumerados en esta tabla persisten al menos 6 meses y son inadecuados para la edad del menor por su frecuencia e inconsistencia en el nivel de desarrollo.

Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles, junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.

Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.

A menudo simula no escuchar cuando se le dice alguna cosa.

Frecuente incapacidad para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones que le hayan sido encargadas en el trabajo (su origen no será por una conducta de oposición deliberada, ni por dificultad de entender las instrucciones dadas).

Incompetencia frecuente para organizar tareas y actividades.

A menudo evita o se siente incomodo ante tareas como las domésticas, que requieren un esfuerzo mental sostenido.

A menudo pierde objetos necesarios para determinadas tareas o actividades, como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas.

Obviamente distraíble por estímulos externos.

Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

G2. Hiperactividad. Tres de los síntomas de hiperactividad persistirán a lo largo de 6 meses con una adaptabilidad inadecuada a su nivel de desarrollo.

Frecuentemente muestra inquietud, esta se muestra presentando movimientos de manos o pies, o sin parar en el asiento.

Frecuentemente abandona el asiento cuando debe permanecer sentado.

Frecuentemente corre, trepa en situaciones inapropiadas (en adolescentes o adultos puede manifestarse con sentimientos de inquietud).

Inadecuado en el juego, ruidoso y tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.

Con frecuencia exhibe un patrón de actividad motora excesiva y no adecuada en cualquier momento con lo que le reclama el entorno social.

G3. Impulsividad. Al menos uno de los síntomas de impulsividad persistirán a lo largo de 6 meses con una adaptabilidad e inadecuación a su nivel de desarrollo.

Frecuentemente hace exclamaciones o responde antes de que le terminen de hacer las preguntas.

Con frecuencia es negado para guardar turno en las colas o en situaciones de grupo.

En muchas ocasiones interrumpe o se entromete en asuntos de otros (interrumpe en las conversaciones o juegos de otros).

Sin ajustarse en los momentos de tipo social habla en exceso.

G4. Cuando se dan estos síntomas. No después de los 7 años.

G5. Donde debe darse estos síntomas. Las características de déficit de atención e hiperactividad deben darse en cualquier situación donde el niño se persone. Por este motivo debemos recoger información de diferentes fuentes, colegio, casa, familiares, donde el menor pueda ser observado.

G6. Los síntomas ocasionan un deterioro. Los síntomas originarán un deterioro clínicamente significativo.

G7. Diagnóstico diferencial. No puede cumplir criterios para el diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo, episodio maniaco, episodio depresivo, o trastorno de ansiedad.

---

Es digno de mención, volviendo a los subtipos de TDAH referenciar que Barkley en 2009, estudiando los criterios del DSM-IV, cara a lo que debería acontecer para posibles cambios en el DSM-5, manifestaba que la lista de síntomas, tanto de inatención como de hiperactividad, era demasiado larga y consideraba que se requerían demasiados síntomas para establecer el diagnóstico de TDAH. Por ello manifiesta que otros trastornos multidimensionales, como son la depresión, el espectro autista y el bipolar, no han requerido de umbrales separados para los síntomas de cada dimensión, sobre todo si esas dimensiones se relacionan entre sí, como ocurre en el TDAH; porque aunque se consideran fundamentales para los diferentes subtipos del trastorno, las investigaciones no muestran que los subtipos se puedan diferenciar de manera segura y fiable. Además puede ser clínicamente engañoso.

También consideraba Barkley que si se mantenía la lista de síntomas para el DSM-5, establecidos ya en la clasificación del anterior DSM-IV, habría que desarrollar umbrales más bajos para los adolescentes y adultos. Por el contrario, serían necesarios umbrales más altos para los niños menores de cuatro años; que además no estuvieron tenidos en cuenta en los ensayos del DSM-IV, ya que también se esperaba que se produjeran niveles más elevados de estos síntomas en la población estándar, que en el caso de los niños con edades que corresponden con la enseñanza primaria.

Habría que aclarar que las listas de síntomas responden, según investigadores de las últimas décadas, tanto los de déficit de atención como los de hiperactividad a un tipo de problemática. La escala de inatención está interrelacionada con otros aspectos, escalas y pruebas neurofisiológicas que responden al funcionamiento ejecutivo y a la memoria de trabajo. Así, los síntomas de hiperactividad están más relacionados con una inhibición

pobre de la respuesta, además ciertos síntomas de atención también muestran esta relación (Barkley, 2009).

Como señala Molano (2012) a principios del siglo XX la descripción clínica del TDAH se hacía exclusivamente sobre patrones de comportamiento de los niños. Pasaron muchos años, fue a partir de 1975 cuando empezaron a publicarse los primeros trabajos que anunciarían la validez diagnóstica del Trastorno de TDAH en adultos (Ramos-Quiroga et al. 2006). Es en estos momentos, cuando está muy aceptado que el trastorno de TDAH se da en adultos y es cuando más se está diagnosticando e investigando, por lo que se descubren que presentan unas características diagnósticas, sintomatológicas, con determinadas comorbilidades, con respuestas a tratamientos propias y mecanismos diferentes a las replicas que se dan en la población infanto-juvenil.

### **2.3. Tendencias actuales**

Recientemente, se ha destacado la importancia de tomar en consideración el papel desempeñado por los factores culturales asociados al TDAH en las manifestaciones y en el curso de esta alteración (Herrera-Gutiérrez, Rodríguez, Sánchez-Mármol, & Peyres, 2011; Rodríguez, Herrera-Gutiérrez, & Sánchez-Mármol, 2012).

Así, podría decirse que, en la actualidad, la mayoría de los investigadores adoptan un enfoque multifactorial e integrador (Herrera et al., 2011; Herrera-Gutiérrez et al., 2003; Lasa-Zulueta, 2007), en el que tienen cabida no sólo los factores biológicos y psicológicos, sino también las variables contextuales y culturales, a la hora de conceptualizar y de explicar los síntomas del TDAH y de trastornos adicionales.

En el DSM-5, referente a los aspectos diagnósticos relacionados con la cultura, nos dice que las diferencias de las prevalencias del TDAH entre las distintas regiones, viene dada, posiblemente por las disímiles prácticas diagnósticas y metodológicas que se prodigan. Sin obviar que puede haber diferencia en su cultura, por lo tanto, en determinados momentos se muestran actitudes diferentes ante comportamientos de los niños e interpretaciones distintas.

En esa misma línea, destaca que es conveniente que la práctica clínica sea culturalmente apropiada, pues destaca una información que puede ser clave, los porcentajes de indicadores para hacer una identificación clínica del diagnóstico del TDAH en las poblaciones afroamericanas y latinas de Estados Unidos tienden a ser más bajos que para las poblaciones caucásicas (APA, 2013).

Siguiendo con la perspectiva de la influencia de los factores culturales, a pesar de que no existen datos objetivos desde el punto de vista científico, sabemos que el modelo social, que impera actualmente, puede generar una mayor disfunción en las personas con TDAH. Así, cada día están sometidos a una recepción de la información a través de las TIC, desde los medios de comunicación, internet, que les favorecen para obtener refuerzos inmediatos, inducir al consumo y al materialismo. De igual manera, les dificulta la atención sostenida, tampoco les ayuda a trabajar la demora de la recompensa, el aumento de estrategias de autocontrol y de igual modo las de reflexividad (Rivas-Juesas, 2014).

Así mismo, estamos de acuerdo con los investigadores que ven y afirman la influencia que tiene la televisión y los juegos de las videoconsolas y móviles, entre otros, en la mayoría de menores y adolescentes para aumentar los síntomas nucleares (inatención, hiperactividad e impulsividad), cuando están sometidos continuamente

durante franjas horarias excesivas a este tipo de tareas, que requieren única y exclusivamente de una atención selectiva y solamente responden para atender a sus gustos e intereses particulares. De ese modo, después será muy difícil conseguir su atención e implicación en actividades en casa, en la escuela o en la sociedad, cuando demandan una atención sostenida, un esfuerzo progresivo y un aplazamiento de los placeres inmediatos, para perseverar y tener éxito en las exigencias que por edad le corresponden.

Si hacemos referencia a los cambios que se estuvieron debatiendo en el grupo de trabajo para el diagnóstico de TDAH para el actual DSM-5; publicado en Mayo de 2013, habría que mencionar el trastorno de atención puro, que es independiente del que presenta hiperactividad e impulsividad. Así, se intenta destacar la alternativa que presentaba la dimensión "Sluggish Cognitive Tempo"; aunque en el último momento no se contempló a pesar de los apoyos que tenía entre los investigadores, tales como Bauermeister (2012).

Seguimos, en estos años del siglo XXI sin tener una prueba objetiva fiable para diagnosticar el TDAH. Hablamos de realización de pruebas o tareas neuropsicológicas, registros neuropsicofisiológicos, numerosos estudios genéticos, en definitiva pruebas estandarizadas, pero que no entran dentro de la seguridad para realizar un diagnóstico, que son complementarias nunca determinantes, porque en estos momentos no existe prueba definitiva para realizar el diagnóstico (Servera Barceló, Trias Alcocer, & Ducet Teixeira, 2012).

En estos tiempos, no hemos cambiado la forma de diagnóstico, seguimos con los mismos métodos que refleja, entre otras, la Guía de Práctica Clínica (Fundació Sant Joan de Déu, 2010). Hoy día el diagnóstico es exclusivamente clínico. Por tanto, el

individuo tiene que presentar unos síntomas que narren un trastorno; es decir, que sea exclusivo de dificultad y repercusión por sus características en los ámbitos familiar, personal, académico y/o social. Del mismo modo, estas tendencias vienen recogidas en otras guías prestigiosas como la de National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2008).

Por un lado, tenemos que no es necesaria e imprescindible la recogida de información mediante pruebas neuropsicológicas, pero sí tenemos que destacar que son de mucha ayuda para recabar información, descubrir sintomatología que nos deja entrever, cuando estamos con el individuo, que realmente precisa de esa valoración. Así mismo, nos permitirá recoger el perfil de funcionamiento cognitivo y a la vez detectar si existen otros trastornos; tales como los trastornos específicos del aprendizaje, trastorno de ansiedad, trastorno depresivo, por consumo de sustancias, Tourette, etc.

Por otro lado seguimos sin pruebas concluyentes para evaluar la actividad cortical en los sujetos con TDAH a través de la neurofisiología y neurobiología. Pero no es menos cierto, que desde hace años hay nuevos enfoques, así la agencia de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, 2013) autorizó la comercialización del primer dispositivo médico, que recogía la función cerebral, para ayudar a evaluar a los niños y adolescentes que presentaban TDAH, en edades comprendidas entre seis y diecisiete años de edad. Siempre, como parte complementaria de un examen médico y psicológico apropiado a las necesidades del paciente, por supuesto extenso, puede ayudar a confirmar un diagnóstico de TDAH o a seguir indagando para ver ante que patología estamos, ya que presenta síntomas similares.

Estamos hablando de un emisor-receptor de datos, Sistema de Ayuda para la Evaluación Neuropsiquiátrica basado en Electroencefalograma (NEBA). Este recogerá los diferentes impulsos eléctricos emitidos en un tiempo determinado. Este dispositivo permite realizar un examen no invasivo, que tiene una duración de 15 a 20 minutos, y que calcula la relación y frecuencia entre ondas theta y beta. Al parecer estas dos frecuencias de ondas cerebrales estándares son superiores en niños y adolescentes con TDAH, por tanto diferente a grupos sin el trastorno.

Los directivos de la Oficina de Evaluación de Dispositivos del Centro para Dispositivos y Salud Radiológica de la FDA, concretamente Christy Foreman, la directora, el diagnóstico de TDAH requiere de múltiples pasos para hacer un examen clínico y psiquiátrico completo. Este sistema será una ayuda para determinar con mayor precisión si el TDAH es la causa del problema de comportamiento.

Actualmente, siguiendo a Rodríguez Pérez (2015) y a Rodríguez et al. (2011), para el diagnóstico del TDAH habrá que interrogarse sobre cuál será su futuro inmediato, así tendremos que profundizar en nuevas técnicas objetivas, como son el electroencefalograma (EEG) y el hemoencefalograma (HEG), posiblemente muy útiles en referencia al diagnóstico, así mismo, consideradas de manera positiva para la intervención en este trastorno y los posibles problemas añadidos; que pudieran observarse.

Si pretendemos conocer el estado actual del diagnóstico de TDAH y las perspectivas a corto, medio y largo plazo, tenemos que conocer la realidad actual, y las diferentes visiones y oportunidades que se nos están abriendo. Así deberemos conocer diferentes pruebas como son, por ejemplo, específicamente la técnica de la

hemoencefalografía y su antecedente inmediato, el EEG, intentando mostrar sus bases biológicas, su utilidad y su accesibilidad en el diagnóstico.

Hace años que estas técnicas están estudiándose, la hemoencefalografía es un sistema que mide el flujo sanguíneo en el cerebro. El estudio del flujo sanguíneo voluntariamente controlado u oxigenación se realiza en partes cerebrales expresamente escogidas.

También debemos tener en cuenta los avances realizados en el campo de la neuroimagen que, junto con las técnicas ya mencionadas, proporcionan una nueva perspectiva de diagnóstico para el TDAH en el futuro. No obstante, los resultados que los dispositivos permiten recoger en la actualidad no son suficientes para establecer un diagnóstico formal por lo que a fecha de hoy debemos atender a la sintomatología clínica (Quintero, Navas, Fernández, & Ortiz, 2009).

Como sabemos hay muchos estudios en marcha, pero nada definitivo; por ejemplo Henríquez-Henríquez, Zamorano-Mendieta, Rothhammer-Engel, & Aboitiz (2010), opinan que en la última década hay gran interés por descubrir endofenotipos que puedan aclarar las bases genéticas del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH). También sabemos que cuanto más se investiga, sea a nivel neurocognitivo, anatómico, electrofisiológico o genético-molecular, vemos que hay una variabilidad en el comportamiento y características de los individuos que presentan TDAH. Esta constatación de su carácter heterogéneo es lo que le quita validez a los datos estadísticos de los estudios genotípicos y fenotípicos.

Recogiendo las teorías de los modelos basados en la hipótesis cognitiva, en cuanto a los problemas que pudieran presentar los TDAH, aceptaríamos que hay alteraciones neuroanatómicas y neurofuncionales, y que éstas se traducirán en la

desregulación de los procesos del control cognitivo del comportamiento, y se apreciarán por la disfunción de una o varias funciones ejecutivas superiores; por ejemplo, la memoria de trabajo, la atención y la función ejecutiva inhibitoria (Barkley, 1997). Pero no podemos quedarnos solo con la idea que el TDAH es un fallo en las funciones ejecutivas, porque como dicen Henríquez-Henríquez, et al. (2010) el 50% de los pacientes que presentan este trastorno no siempre tienen fallo en funciones ejecutivas, aunque es cierto que rinden en muchos aspectos por debajo de los demás sujetos.

Por otro lado atendiendo a los modelos basados en la hipótesis emocional; que surgen por las carencias que tenían los modelos cognitivos para explicar los problemas cognitivo conductuales que tenían los pacientes que presentaban TDAH, diríamos que aquí el mecanismo etiopatogénico no estaría relacionado con un déficit en la regulación de los procesos cognitivos, sino con la alteración de los procesos asociados al reforzamiento de conductas adaptativas. Estas manifestaciones clínicas estarían contempladas por la necesidad que tienen de que continuamente se les estén reforzando las conductas, teniendo que utilizar estímulos de mayor magnitud e inmediatos al comportamiento, y la necesidad que tienen de evitar la sensación subjetiva de "aversión al retraso"; es decir los aspectos hiperactivo-impulsivos que presentan.

Tendremos en cuenta que los pacientes que tienen TDAH pueden presentar esas dificultades de manera independiente, y además pueden existir en un mismo paciente de manera casual.

En estos momentos, algunos de los modelos más recientes son los que consideran que la alteración está más localizada en los circuitos estriadotalamocorticales; porque son parte fundamental en la regulación sensoriomotora, cognitiva, y emocional de la

conducta. Por ello, el concepto clínico de TDAH conlleva un conjunto amplio de déficits cognitivos, que obedecen a alteraciones en las distintas áreas funcionales del circuito estriadotalamocortical. Así de este modo, podríamos tener nuevas subclasificaciones del trastorno, basadas en su fisiopatología, que facilitarían la búsqueda de nuevos factores de riesgo, genéticos y ambientales. Por lo tanto, cualquier marcador electrofisiológico, conductual, bioquímico o anatómico asociado a las funciones ejecutivas o al sistema de evaluación de la recompensa podría constituir eventuales endofenotipos para el TDAH (Henríquez-Henríquez et.al., 2010).

## **CAPÍTULO III**

### **COMORBILIDADES DEL TDAH**

#### **3.1. Comorbilidad y diagnóstico diferencial**

Cuando realizamos un diagnóstico de TDAH tenemos que observar y detectar los síntomas nucleares, como son los de inatención/desatención que será crónica, que hace que tengan dificultad para la concentración, y los síntomas de hiperactividad e impulsividad; que les generan problemas en las relaciones sociales con los iguales, porque pueden llegar a tener manifestaciones de comportamientos disruptivos, del mismo modo la clínica le puede ayudar a que presenten una impulsividad conductual, que les generarán comportamientos agresivos, o problemas de violencia, y manifestaciones que hacen evidente que el individuo está sometido a elevados porcentajes de vulnerabilidad, según su edad de desarrollo, su potencial cognitivo y emocional. En consecuencia requiere que el profesional responsable del diagnóstico disponga de un buen bagaje teórico y empírico (Acosta, Triana, Gaitan, Fonseca, & Alonso, 2012).

Además de todas las dificultades anteriores, observaremos detalladamente para ver si hay otro problema médico importante, que se pueda dar al mismo tiempo en el individuo que tiene TDAH y que responda a comorbilidades típicas de esta patología o a otras problemáticas diferentes.

Como los síntomas y las conductas asociadas al TDAH sabemos que varían según la edad y el nivel de desarrollo, tendremos que tenerlo en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico. Por lo tanto, observaremos que son demasiado frecuentes la baja tolerancia a la frustración, las rabietas, arrebatos emocionales, testarudez, exigencia ilimitada para que sus demandas sean satisfechas, una fragilidad emocional destacada y problemas de autoestima. Muchas veces el rendimiento escolar y laboral es por debajo de la media (López-Villalobos, Montes y Sánchez, 2003), algo que conllevará problemas, conflictos con sus familiares, profesores y jefes cuando tienen un trabajo remunerado. Cuando el trastorno que presenta se da de manera más grave, observamos que tiene un carácter perturbador y altera la adaptación familiar, escolar, laboral y social (Amador et al., 2010).

Entre las investigaciones rigurosas a realizar, para que los aparentes síntomas nucleares no respondan a otros criterios u otras manifestaciones diversas y se pueda confundir con el TDAH, está la de los menores que presentan niveles intelectuales elevados, debidos a sus altas capacidades. En ocasiones ellos pueden poseer un alto nivel de energía, aparente desinterés o distracciones, por estar registrando información diversa debido a sus intereses y creatividad.

Del mismo modo, al estar por encima del nivel de conocimientos que tienen los compañeros de clase, por su alto nivel cognitivo, pueden aburrirse y presentar a posteriori un fracaso escolar. Siguiendo con la idea anterior, hay que estar atentos a no confundir sintomatología de menores TDAH con características de altas capacidades intelectuales que presentan algunos menores como enfatizan algunos investigadores (Irueste, 2012; Kaufman, Kalbfleisch, & Castellanos, 2000).

Un mal diagnóstico de TDAH no es lo que se quiere, pero tampoco podemos permitir, al realizar la valoración, dejar sin detectar a los alumnos más dotados intelectualmente por omisión. Del mismo modo, no debemos dejar pasar casos de doble excepcionalidad que incluyan TDAH y altas habilidades; precisamente todos los casos de TDAH cubren los distintos niveles de capacidad intelectual, siendo la falta de doble diagnóstico posiblemente un error que se comete en ciertas ocasiones (López-Villalobos et al., 2007).

De forma similar, hay que valorar que los síntomas que presentan análogos a un TDAH, no respondan a los que presentan los chavales que tienen limitaciones en su funcionamiento intelectual, así como, porque sus carencias le estén ocasionando una sintomatología parecida, ayudándole a atender a estímulos no relevantes, teniendo dificultad para responder a las directrices que se les encomiendan, y que al estar su desarrollo por debajo de su edad cronológica también le estén entorpeciendo en el desarrollo de su comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico.

De forma ineludible para hacer un diagnóstico diferencial, siguiendo las investigaciones de los últimos años encontramos que algunas ponen de manifiesto que a la hora de realizar un diagnóstico de TDAH en población infantil hay que considerar las diferencias de edad. Así, cuando los padres y profesores tienen que responder a los formularios de observación, para detectar los síntomas que los menores presentan y se comparan a unos niños con otros, sin ningún género de duda, debemos tener en cuenta que dentro del mismo grupo de clase puede existir, entre ellos, una diferencia de edad significativa (en meses), en función de la fecha de nacimiento y entrada al centro educativo.

En muchas ocasiones, esa realidad expresada puede desvirtuar los resultados al comparar los dos grupos, al ser más jóvenes, puedan confundir síntomas y conductas más inmaduras y realizar un mal diagnóstico. En esta línea nos encontramos las investigaciones en Estados Unidos y Canadá, que estudiaron el papel que juega las comparaciones subjetivas entre niños en el diagnóstico del TDAH, si los niños de clase son más jóvenes en relación con sus compañeros, para sobrediagnosticar y tratar de forma eventual el TDAH (Elder, 2010; Morrow et.al , 2012).

Otro problema que tendríamos que detectar y diferenciar, tras una exploración neurológica y motora, es cuando presenta alteraciones en el desarrollo psicomotor, mostrando dificultad para desenvolverse bien motóricamente, movimientos involuntarios, falta de control para moverse en el espacio y hacerlo de manera intencional, y no confundirlo con un TDAH si estamos ante un problema neurológico lesional. Siempre ha habido interés por estudiar el funcionamiento motor en el TDAH, así como en diferenciarlos de los que presentaban trastornos neurológicos porque tras estudios de neuroimagen, sobre todo por las realizadas en Suecia, era evidente el papel de los factores motores en el TDAH (Vidarte, Ezquerro, & Giráldez, 2009).

Una idea reseñable a tener en cuenta es que como el TDAH de tipo primario; que sólo presenta síntomas nucleares, conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad, se da con menos frecuencia que el que sí muestra otras alteraciones psiquiátricas que no responden a la casualidad o al azar, a la vez es necesario destacar que la persona que tendrá mejor evolución en sus manifestaciones será la que no presenta trastornos comórbidos. Así por ese motivo es fundamental detectar indicadores que nos puedan inducir a la presencia de enfermedades adicionales al TDAH para

realizar un diagnóstico diferencial e integral y poder trabajar de manera que podamos paliar las dificultades.

Somos conscientes de que los resultados de estudios sobre seguimiento de la comorbilidad en individuos con TDAH menores y adultos, han puesto de manifiesto que el TDAH puramente sin ninguna comorbilidad no existe, o es muy rara su existencia tanto en los grupos sociales como en la población clínica estudiada. Posiblemente porque, como ya sabemos, los síntomas que caracterizan el TDAH no son específicos sino compartidos por variados trastornos, lo que aumenta la comorbilidad (Amador et al., 2010).

En estos tiempos ya no tenemos un conocimiento simplista del concepto de TDAH, sino que ya aceptamos que es un diagnóstico que engloba dificultades de carácter crónico en las funciones para la activación, integración y organización de la actividad mental y que esta dificultad hace que estén asociados a trastornos comórbidos; trastornos neuropsiquiátricos que se dan a la vez y que ven a influir en su curso evolutivo y en su pronóstico (De la Osa-Langreo, Mulas, Téllez de Meneses, Gandía, & Mattos, 2007).

Como ya sabemos al realizar el diagnóstico de TDAH, debemos detectar si hay presencia de uno o más trastornos neurológicos y psiquiátricos, porque en muchas ocasiones son comunes los síntomas de hiperactividad, impulsividad e inatención y; aunque a la vez tienen manifestaciones diversas, presentando también otras características propias de otras patologías concomitantes. Así mismo, hay que llevar mucho cuidado porque al no tener unos conocimientos amplios, sino insuficientes del TDAH a lo largo de su historia, nos dificulta la elaboración de buenos diagnósticos diferenciales (Scandar, 2003).

Enlazando con la idea anterior, en cuanto al diagnóstico diferencial, tendremos que distinguir entre una comorbilidad real, es decir, síntomas secundarios u obstáculos propios del TDAH. Por ejemplo, no es lo mismo que un niño presente una depresión comórbida, y que muestre características de TDAH y además angustia, desolación, llanto fácil, inquietud en el sueño, o problemas destacados al dormir, que un menor que por su sintomatología propia del TDAH sufra porque es rechazado en clase por sus compañeros. Pero en el segundo caso sería una reacción adaptativa secundaria (Spencer, 2006; Molano, 2012).

En demasiadas ocasiones cuesta discernir de manera inequívoca si los aspectos clínicos corresponden al TDAH o a un trastorno comórbido. Por ejemplo, cuando presentan un afecto disfórico, con una baja autoestima, rasgos obsesivos y ansiedad en menores con un TDAH primario (De la Osa-Langreo et al. 2007).

Es digno de mención y pondremos de manifiesto que también tendremos dificultades en la realización de un diagnóstico diferencial, según Vaquerizo-Madrid, (2008) porque todavía no disponemos de modelos de evaluación acordados por expertos en reuniones de trabajo para establecer un diagnóstico clínico, tampoco de pruebas neuropsicobiológicas. A este tenor, es evidente la necesidad de tiempo para observar y recoger, de forma acertada, la información que se requiere del comportamiento del educando y la referida a la familia. Del mismo modo, la interpretación y recogida de información de la escuela entraña dificultad para muchos profesionales que tienen que emitir un juicio. También el carácter multidisciplinar del TDAH le dota de disimilitudes en la interpretación de los criterios clínicos así como en la conceptualización del trastorno.

Destacaremos que en muchas ocasiones el individuo que está recibiendo una intervención terapéutica no evoluciona de manera satisfactoria, a pesar de los abordajes que se pusieron en marcha, y esto es debido, tal vez, a que en una primera valoración no se han tenido en cuenta las comorbilidades que el paciente intervenido presentaba o es probable que se hubiera realizado una evaluación inicial insuficiente (Goldman, Genel, Bezman & Slanetz, 1998).

Por ello tendremos que observar los indicadores que respondan a otras psicopatologías, porque una persona con TDAH tiene seis veces más posibilidades de mostrar otro trastorno que los que no lo presentan (Brown, 2006).

En muchas ocasiones, ante situaciones de diagnóstico el clínico debe hacer juicios de valor y tomar decisiones sobre si unos síntomas concretos son relevantes o no para el diagnóstico de TDAH, y considerar si estos le llevan a un deterioro clínicamente significativo; pues no es fácil delimitar juicios diagnósticos, porque los clínicos requieren de habilidades sociales que le ayudan a empatizar con los pacientes, familiares y profesionales que informan de los síntomas; y además deben controlar el campo de la normalidad y el de la psicopatología; sobre todo cuando otros síntomas son concomitantes o se superponen (Brown, 2003).

Siempre, debemos llevar especial cuidado para establecer un diagnóstico diferencial en los menores, adolescentes y adultos, por ello tendremos que percibir y detectar cual es la causa de esas conductas y si tienen un carácter crónico y generalizado o si son secundarias al TDAH, por ejemplo cuando presentan problemas de tipo social, emocional o familiar (Silver Larry, 2004).

También Mabres, Mercè et al. (2012) nos recuerdan que ante unos síntomas nucleares del TDAH debemos estudiar la personalidad del individuo y diferenciar de un

Retraso mental, Trastorno de aprendizaje, Trastornos del comportamiento, Trastornos generalizados del desarrollo, Trastornos afectivos (ansiedades o depresiones), Trastornos emocionales con expresión somática, carencias afectivas graves, Trastornos neurológicos, Trastorno Límite de la personalidad, abuso de sustancias.

También habría que diferenciarlos de aspectos ambientales, tales como Estrés, Negligencia o Abuso Infantil, Malnutrición y cuando los niños han crecido sin límites o han sido muy inadecuados, incoherentes y puestos sin empatía.

La Guía de Práctica Clínica del TDAH (Fundació Sant Joan de Déu, 2010), realizada por el Sistema Nacional de Salud, nos indica también la necesidad de hacer un diagnóstico diferencial y nos advierte de que con una valoración clínica completa se detectan dichas patologías.

En dicha guía vienen recogidos muchos de los trastornos anteriormente citados por otros investigadores, y además, los provocados por factores médicos como son las encefalopatías postraumáticas o postinfecciosas, epilepsias, trastornos del sueño (Apnea del sueño, síndrome de piernas inquietas, síndrome de movimientos periódicos de las extremidades), trastornos sensoriales (déficit auditivos y visuales significativos) efectos secundarios de fármacos (broncodilatadores y antiepilépticos...), disfunciones tiroideas, intoxicación por plomo, anemia ferropénica.

Cuando las personas presentan TDAH y tienen también conductas que responden a una comorbilidad o varias, hacen que el individuo o grupo de iguales, que presentan estas características, sea más diverso y heterogéneo; al igual que la inatención estará presente durante todas las etapas de la vida del individuo. Como venimos relatando estas manifestaciones le ocasionaran dificultades, por lo que tenemos que detectarlas desde el inicio del diagnóstico y tratarlas hasta que sea preciso (Van-Wielink, 2005).

También es destacable la idea de Lasa Zulueta (2007), quien señala que actualmente los investigadores americanos ya no apuestan solo por una hiperactividad pura, como imperativo metodológico de sus investigaciones, porque en su experiencia clínica están recogiendo la realidad de que la gran mayoría de casos están asociados a comorbilidades múltiples; e insistimos, con ello se impone la evidencia de una heterogeneidad clínica. Además, el TDAH podría ser un nombre para un grupo de trastornos con diferentes etiologías y factores de riesgo, también con diferentes evoluciones clínicas, y no una entidad clínica homogénea.

Respecto a la naturaleza psicopática del trastorno de TDAH este autor también nos recuerda que se va generalizando la idea de que la conducta y el temperamento, la capacidad de control y de regulación de la impulsividad son partes inseparables del funcionamiento mental. Todo porque estamos ante un trastorno de etiología multifactorial compleja con factores relacionados con la genética, el entorno y la biología (Biederman, 2005; Biederman & Faraone, 2005).

En cuanto al diagnóstico, siguiendo a Puente, Loro y Quintero (2009), destacamos la dificultad de atender a un diagnóstico categórico, pues cada vez se considera más apropiado un enfoque dimensional para diagnosticar a los TDAH. Podríamos considerar este constructo como un conjunto de alteraciones que pueden coincidir con comorbilidades psiquiátricas o presentarse de forma independiente de cualquier otro trastorno comórbido concurrente.

Muchos de estos trastornos presentan una sintomatología cambiante, lejos de permanecer invariables van cambiando a lo largo de la vida, del curso evolutivo del niño, adolescente y adulto (Jensen et al., 2001); al igual que dependerá de las opciones que tomen en función de las circunstancias que rodeen a la vida de estos, por ejemplo

las demandas no serán las mismas en cada etapa escolar, situación laboral, económica y social de los individuos. En función del momento de desarrollo y de las consideraciones que tengamos que tener en función de la persona a valorar, el diagnóstico se ajustará y validará; sabiendo que cualquier comorbilidad que acompañe al TDAH ayudará posiblemente a provocar una disfunción social superior.

Es tan evidente que el cuadro clínico del TDAH, casi siempre, va acompañado de otros trastornos asociados que, según Díaz Atienza (2006), muchos investigadores se han planteado la existencia del propio trastorno. Estas hipótesis podrían venir dadas por la heterogeneidad de las condiciones etiológicas del TDAH, dando lugar a diversos factores de riesgo y por ende a la expresión de distintas comorbilidades (Cardo & Servera, 2008).

Rodríguez-Pérez et al. (2011) sobre el Trastorno Hiperactivo y el solapamiento con las Dificultades de Aprendizaje en escritura recogen al igual que otros investigadores que, además de las Dificultades de Aprendizaje, pueden existir otros trastornos solapados. Por consiguiente, tales dificultades le añaden mayor gravedad al TDAH y el impacto negativo en el propio sujeto y en los que le rodean será mayor.

Estas comorbilidades también son evidenciadas por la comunidad internacional, disponiendo de estudios que describen un solapamiento del 80%, con dos o más trastornos del desarrollo (Berthiaume, 2006; Kaplan, Dewey, Crawford, & Wilson, 2001) y Dificultades de Aprendizaje (Reid & Lieneman, 2006).

Siguiendo en la línea de que los trastornos comórbidos que pueden presentar las personas con TDAH, haremos referencia al estudio que realizaron Sandoval, Acosta, Grovotto y León (2009). Los autores hicieron una evaluación retrospectiva de la evolución presentada por los pacientes desde que tenían seis años hasta los catorce y

once meses de edad; presentaban un Trastorno de déficit atencional, en cualquiera de sus subtipos. Según los investigadores un 47% no presentó comorbilidad alguna, mientras que encuentran que en un 52% de los estudiados existía al menos un trastorno comórbido.

Entre los problemas asociados más destacados, en primer lugar estaba el Trastorno específico de aprendizaje, en segundo orden los trastornos externalizantes como son el Trastorno oposicionista desafiante y Trastorno de la Conducta y en último lugar los trastornos: Trastorno ansioso y depresivo unipolar y Trastorno adaptativo. Igualmente, precisaremos que algunos pacientes tenían varias comorbilidades, como eran tres casos de Trastorno bipolar, un caso de duelo patológico y un caso de síndrome de Asperger.

Continuando con la revisión bibliográfica, entre los diferentes autores que estudian el TDAH y las comorbilidades tenemos a Quintero, Loro, Jiménez y García, (2011), que destacan el interés que muestra la comunidad científica por la comorbilidad que acompaña al TDAH. En su pesquisa aluden al Estudio Multimodal de tratamiento (MTA) de menores con TDAH; que describen un 68% de trastornos comórbidos, el más frecuente es el TND y/o Trastorno de la Conducta presentándose en un 29.5%; el Trastorno de ansiedad se da en un 14%; los problemas de aprendizaje en un 20-25%; Trastornos afectivos del 15-75%, el Trastorno bipolar estaría entre ello con 20% de prevalencia y por último abuso de sustancias. Además, estos son un obstáculo para el desarrollo del niño a nivel escolar, sobre todo por la mayor presencia del TND, que suele asociarse a logros más bajos en el aspecto académico. Por supuesto también presentan mayor contrariedades en la adaptación y disciplina en el contexto escolar. Algo que conlleva a la posibilidad de repetir algún curso académico.

El TDAH persiste en la edad adulta, así en estudios de revisión sobre este se vio que el 10-20 % de los adultos con el trastorno no advierte demasiados problemas. En cambio el 60 % continua presentando síntomas de TDAH, problemas de adaptación social, académicos y emocionales destacados. Así como el 10-30% van a desarrollar problemas de conducta antisocial, posiblemente asociados a las variaciones producidas por las características del TDAH y otros trastornos comórbidos (Goldstein, 2002; Ramos Quiroga et al., 2006).

En línea con las ideas anteriores, referente a los posibles problemas académicos que pueden presentar los individuos con TDAH, Quintero et al., (2011) hacen referencia al estudio de Milwaukee, del equipo de investigación de Barkley, donde solo un 5% de los sujetos con TDAH terminaron algún tipo de de estudios universitarios, mientras que el porcentaje de acceso en el grupo control fue del 35%. Igualmente, destacan que respecto a la adaptación social hay un peor ajuste social en niños y adolescentes con TDAH y que persisten en los adultos; por lo que presentan mayores problemas en la relación de pareja, en las relaciones interpersonales, así como mayor número de divorcios que los sujetos del grupo control. Así mismo, destacamos que en ocasiones un TDAH tratado puede realizar tareas complejas y tener una ventaja cualitativa a nivel académico.

### **3.1.2. Clasificación de comorbilidades**

A continuación, como todos los investigadores de la literatura especializada del TDAH en los últimos años resaltan las elevadas tasas de concomitancia entre el TDAH y otros muchos trastornos psiquiátricos, nosotros tras la revisión de las principales estas investigaciones abordamos la clasificación de las comorbilidades más

significativas (De la Osa-Langreo et al. 2007; Poeta y Rosa-Neto, 2007; Soutullo Esperon et al., 2013; Vidarte, Ezquerro, Giráldez, 2009).

### **3.1.2.1 . Comorbilidad con alteraciones de la coordinación motora**

Torpeza que no es debida a síntomas neurológicos lesionales. Responde a un perfil psicomotor que tiene dificultad para dominar su cuerpo, moverse en espacio y hacerlo de manera dirigida (intencionada) con desenvoltura. Interfiere en el aprendizaje escolar y actividades de la vida habitual. Son torpes, con dificultades en el equilibrio, el ritmo, coordinación global, coordinación espaciotemporal, motricidad fina, sobre todo se aprecia en la escritura. La prevalencia según estudio es de un 47%.

### **3.1.2.2 . Comorbilidad con trastorno del estado de ánimo**

Trastorno del estado del ánimo, como depresivo mayor y distimia o trastornos bipolares (15-75%). Presentan en la depresión mayor un malestar o deterioro significativo. Aumento de la irritabilidad y tristeza, poco interés, poca capacidad de experimentar placer, cambios en el apetito, cambio de los patrones del sueño, a penas se pueden concentrar y pensar, se consideran inútiles y pueden tener ideas suicidas.

La bipolaridad se presenta de modo diferente en el menor y varían los criterios. También se dan síntomas depresivos en niños caracterizados por un humor irritable, conductas oposicionistas, aburrimiento (no aparentan tristeza siempre). Lo que más predomina es el la irritabilidad persistente e intensa. Puede que no manifiesten grandiosidad y euforia. Hay una alta tasa de TDAH y trastorno de ansiedad, estados mixtos. Pueden presentar ciclación rápida y síntomas psicóticos.

El niño o adolescente también se caracteriza por haber sufrido más de dos episodios en los que su estado anímico se ve alterado, así como su nivel de actividad.

Las personas con TDAH tienen cambios bruscos de humor no controlados, pasan de la euforia a la irritabilidad con frecuencia, su nivel de energía aumenta por momentos. Muestran distraibilidad, grandiosidad, tienen también un pensamiento acelerado, baja su necesidad de dormir, por lo que hay que controlarla. Sus posibilidades de raciocinio bajan (fuga de ideas). Igualmente pueden presentar conductas hipersexuales y síntomas psicóticos como alucinaciones y delirios.

A veces se produce un solapamiento de síntomas entre el TDAH y el trastorno bipolar pediátrico, por lo que su diagnóstico no es relativamente fácil. Como podemos suponer, la comorbilidad complica el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico. Al existir el trastorno bipolar (TB) como comorbilidad la respuesta al tratamiento del TDAH es más deficitaria e inferior.

La coexistencia del TDAH y el TB en adultos es del 10%, siendo la comorbilidad más frecuente en niños (Goikolea, 2011).

Según el DSM-5 el trastorno depresivo se va a caracterizar por un estado del ánimo crónicamente depresivo casi todos los días. Lo manifiestan ellos o lo observan los demás. Los síntomas más destacados pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía, baja autoestima, dificultades para concentrarse y tomar decisiones y muchas veces sentimientos de desesperanza. Del mismo modo llevaremos cuidado para no confundir la agitación psicomotora de la ansiedad con la hiperactividad del TDAH y el retraso psicomotor con la atención.

### **3.1.2.3 . Comorbilidad con trastorno de ansiedad**

Existe una mayor prevalencia de trastorno por ansiedad excesiva y trastorno de ansiedad por separación que con las fobias. Así mismo, la asociación de TDAH y Trastorno de ansiedad se da en un 25%. La problemática que presenta el TDAH cuando

se da a la vez el trastorno de ansiedad es mayores problemas en la adaptación escolar, en actividades de tiempo libre, en las relaciones con los iguales, también con las familias y excesivas dificultades en las tareas que requieren notable memoria de trabajo. Encontramos autores que dan cifras de prevalencia del 34% de los menores y de un 30% de los adolescentes con TDAH (Jensen et al., 2001) aumentando en los adultos hasta un 40% (Biederman et al., 1993; Soutullo Esperon, 2013).

En la definición que da el DSM-5 el trastorno de ansiedad se caracteriza por inquietud e impaciencia, fácil fatigabilidad, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación de despertarse de un sueño no reparador).

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico, y laboral del menor o del joven.

#### **3.1.2.4 Comorbilidad con síndrome de Tourette**

Hay un porcentaje elevado de síndrome de Tourette y TDAH. De tal manera que se da una asociación entre el 25% y el 85% de las personas con síndrome de Tourette. Algunos tienen clínica del trastorno obsesivo compulsivo, síntomas obsesivos y compulsiones.

Se trata de un tic provocada por un movimiento o vocalización involuntaria, de modo rápido, recurrente, ni estereotipado, ni rítmico. Estos aparecen de pronto, y son movimientos o vocalizaciones sin una finalidad concreta. En momentos de mucho trabajo, estrés, relajación aumentan y durante el sueño desaparecen. Los menores no

pueden resistirse ante los impulsos que les provocan los tics.

Al parecer el malestar y deterioro significativo que les provoca viene dado más por el TDAH que por los tics.

### **3.1.2.5 Comorbilidad con los trastornos de aprendizaje (TA)**

Se estima que uno de cada cuatro niños que tienen TDAH presenta un trastorno de aprendizaje. Igualmente estos chavales aún presentando capacidades dentro de la media van a tener dificultades en la adquisición de aprendizajes escolares. Algunas de algunas de las características más relevantes que presentan son el déficit en la velocidad al procesar la información, velocidad de denominación, carencias para la percepción del tiempo y déficit en habilidades motoras.

Todas estas dificultades le propiciarán estrés en el colegio, más fatiga, y necesidades de sueño, rencillas con los compañeros y la autoestima también sufre deterioro.

Tendremos un trastorno del aprendizaje cuando interfiere significativamente en el rendimiento académico, o en las actividades habituales que requieren para la lectura, escritura, cálculo matemático y desarrollo del lenguaje narrativo.

Como sabemos, según el DSM-5, después de realizarle pruebas el sujeto tiene que presentar niveles debajo de los esperados por su edad cronológica, teniendo su nivel intelectual y nivel educativo propios de su edad.

También dentro de estas dificultades o trastornos del aprendizaje se les presenta un problema de desarrollo del lenguaje. Tendrá mala producción y fluidez, en tareas que requieren planificación y organización. Van a verse en dificultades en la memorización de palabras, o en la producción de frases de mayor longitud o de mayor

complejidad. También pueden mostrar verborrea, dificultad para cambiar de tema, déficit en el vocabulario, errores en los tiempos verbales. En muchas ocasiones dificultades de adaptación del lenguaje al auditorio (Díaz Atienza, 2006).

### **3.1.2.6 Comorbilidad con los trastornos del sueño**

En ocasiones los afectados por TDAH se quejan de dificultades para conciliar el sueño. Estas dificultades son comunes en las personas con TDAH por razones neurobiológicas, por la afectación de las áreas cerebrales de la corteza cerebral, encargadas de la regulación del arousal y por el empleo de farmacología estimulante. (Hiscock et al., 2015)

En estos casos es recomendable realizar un estudio de polisomnografía y un estudio de sueño para establecer un diagnóstico diferencial, pudiendo así descartar otros posibles trastornos que presentan la misma sintomatología, como el de piernas inquietas.

Las principales dificultades que experimentan las personas con TDAH, relacionadas con el sueño, atienden tanto a la conciliación (tardan más tiempo en dormirse) como al mantenimiento del mismo debido a los despertares nocturnos. Esto tiene como consecuencia que les cueste despertarse por las mañanas, lapsos de microsueño durante el día y un tiempo total de sueño menor que el de su grupo normativo (Hvolby, 2015).

Otras para mantener un nivel de alerta y motivación para realizar con eficacia las tareas diarias. Existe la posibilidad de que cuando sean tratados con psicoestimulantes también aparezca un insomnio secundario y un movimiento excesivo cuando duermen. Las diferencias en el sueño pueden verse afectadas por el género, la edad, las

comorbilidades y el subtipo de TDAH (Becker, Langberg, & Evans, 2015).

A su vez las alteraciones del sueño pueden repercutir en el individuo disminuyendo su rendimiento cognitivo, alterando sus ritmos circadianos (ritmos de vigilia-sueño, apetito...) y actuando como un factor de riesgo que desemboque en trastornos de ansiedad o depresión.

Cuando se constatan estas alteraciones en el sueño se intervendrá con técnicas de implantación de hábitos para la higiene del sueño que pueden ser puestas en prácticas por los padres. De este modo se favorecerá un mayor descanso y mejorará la calidad de vida tanto del niño y/o adolescente como de los padres, y una mejora en su funcionamiento global (Cortese et al., 2014; Lee et al., 2014).

### **3.1.2.7 Comorbilidad con el trastorno obsesivo compulsivo (TOC)**

Determinadas investigaciones aluden a una estimación del 6-33% de presencia de un TOC. Es frecuente que presenten pensamientos recurrentes; que denotan obsesiones, comportamientos repetitivos persistentes, perturbadores para el individuo que le van a causar muchas veces disfuncionalidades emocionales y adaptativas; le podrán originar síntomas de ansiedad y menor rendimiento en tareas o actividades en el entorno escolar, social y familiar. Muchas veces les llevará a unas manifestaciones propias de la depresión.

### **3.1.2.8 Comorbilidad con trastornos relacionados con sustancias (TRS)**

Es frecuente en los menores que ostentan síntomas de agresividad en impulsividad. También cuando presentan trastornos del estado del ánimo y disocial, antes de los dieciocho años son proclives al riesgo de consumo de sustancias de todo tipo precozmente.

El TDAH aumenta el riesgo de consumo de sustancias, así destacaremos el estudio que muestra que entre un 32% y un 53% de los adultos diagnosticados de con TDAH consumían alcohol en exceso y entre un 8% y un 32% tomaban otras drogas (Barkley et al., 2002).

### **3.1.2.9 Comorbilidad con trastorno del comportamiento perturbador**

Existe la posibilidad que se den las diferentes trastornos que engloban los trastornos del comportamiento perturbador como son el TND, trastorno disocial (TD) y el trastorno de comportamiento perturbador no especificado. El TND, según el DSM-5, se caracteriza por desafiar, por su hostilidad, con unas características que expresan la falta de remordimiento y la intimidación, siempre culpando a los demás y transgrediendo normas marcadas.

Las características que los menores con TND exteriorizan son frecuentes patataletas, frecuentemente se encolerizan, discute las ordenes o peticiones de los adultos, y por supuesto se niega a cumplir las demandas, molesta deliberadamente a los hermanos u otras personas, es muy susceptible cuando se le molesta, responsabiliza a los demás de lo que ocurre, incluso de sus errores, puede ser vengativo y rencoroso. Siempre será trastorno cuando estas conductas se den con alta frecuencia y no son observadas en sus iguales.

Los síntomas son tan agravantes que los perjudican en su desarrollo social, escolar, laboral y socialmente. Lo pueden presentar entre un 30% y un 50% cuando son diagnosticados de TDAH. En España se estima que la prevalencia oscila entre un 9.7% y el 16% de los escolares (Granero et al. 2008). Pueden evolucionar hasta el 40% hacia la forma más grave, sobre todo cuando se diagnosticaron muy jóvenes (Alda et al., 2009).

El trastorno disocial exterioriza conductas agresivas y delictivas que violan los derechos esenciales de las personas. Del mismo modo destacaremos que el 50% de los TDAH tiene asociado un TND. Cuando tienen TD van a presentar en un 90% un TND. Igualmente, cuando los TDAH presentan estos problemas muy pronto y tienen niveles de actividad elevados e impulsividad marcada, dificultan la evaluación de los problemas de atención.

Según el DSM-5 el TD se caracteriza por un patrón repetitivo y persistente que viola los derechos de otros o normas sociales básicas destacadas por su importancia en esa edad.

Las características de los menores (niños y adolescentes) serían tendencia a fanfarronear, amenazar, o intimidar a los demás, participando con frecuencia en peleas, a veces haciendo uso de elementos materiales peligrosos, conductas crueles tanto con los iguales como con animales. Suele causar absentismo en la escuela por hacer novillos frecuentemente, escaparse de casa, dormir fuera del hogar sin pedir permiso a los padres.

Al darse con mayor gravedad este trastorno serán capaces de robar, con o sin intimidación, también provocar delitos sexuales y contra la propiedad privada.

Encontramos que la prevalencia del trastorno disocial se puede dar con una frecuencia que oscila sobre 20-50%. Los adultos varones presentan un porcentaje mayor (24%) frente al que presentan las mujeres con TDAH (14%) (Biederman et al., 2004).

### **3.1.2.10 Comorbilidad con trastorno del espectro autista**

En muchas ocasiones los menores con TDAH presentan síntomas en su desarrollado que propician comportamientos propios del espectro autista. Estos se

caracterizan por presentar problemas destacados en la interacción social, problemas de comunicación y un patrón repetitivo de intereses o conductas. En la franja más grave del autismo está el autismo de bajo rendimiento (autismo de Kanner) y en el de alto rendimiento y menos grave (síndrome de Asperger). Añadiremos que este trastorno comórbido que se da con el TDAH es el Trastorno de espectro autista; tal y como hemos expuesto con anterioridad, y que este se da en un porcentaje del 26%, cuando hay un TDAH del tipo combinado y un 33% de síntomas de TDAH de tipo inatento (Banacheswki et al., 2010; Taylor et al., 2004).

Posiblemente esta comorbilidad del TDAH, en relación al espectro autista, podría venir dada por la interacción de varios genes, y de los factores de heredabilidad compartidos con otros trastornos (esquizofrenia, TDAH y autismo) que pueden predisponer a múltiples fenotipos cerebrales (Banacheswki et al., 2010; Farone et al., 2005).

Las comorbilidades que presentan los individuos con TDAH van a estar condicionadas por la sintomatología primaria que presenten de manera destacada; es decir, según los diferentes subtipos o presentaciones clínicas establecidos por el DSM.

Tenemos conocimiento, y es sabido, que unos síntomas primarios llevan con más facilidad a cuadros sindrómicos de diferentes trastornos psiquiátricos que a otros; por ejemplo, el de predominio inatento se presenta, la mayoría de ocasiones, con trastornos de tipo internalizantes, tales como Trastorno de Ansiedad y Trastorno Depresivo, y el Subtipo Combinado con trastornos externalizantes; como puede ser el trastorno oposicionista desafiante.

A continuación, expondremos con detalle lo recogido en las investigaciones de los últimos años de los estudiosos del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) referentes a subtipos y comorbilidades.

### **3.2. Comorbilidad en los diferentes subtipos**

Cuando estudiamos el TDAH en los distintos subtipos observamos también que la presencia de comorbilidades puede variar. En el que caso de que tengamos un menor con un cuadro clínico que manifiesta conductas inatentas, hiperactivas e impulsivas, con una frecuencia e intensidad superior a la población estándar; se constata la existencia de un subtipo combinado (TDAH-C). En este subtipo las conductas hiperactivas y agresivas se pueden dar con mayor frecuencia.

Además pueden ser proclives a manifestar comportamientos disruptivos e inoportunos en el aula con más frecuencia que los subtipos inatento (TDAH-I) e hiperactivo impulsivo (TDAH-H/I).

Al analizar la información proporcionada por el profesorado constatamos que los problemas de aprendizaje se pueden dar con mayor frecuencia en los grupos de TDAH con subtipo inatento y combinado, y menos en el subtipo hiperactivo impulsivo (TDAH-H/I).

También suelen tener mayor dificultad de acceso al léxico en las vías fonológica y lexical, así como mayor dificultad en la adquisición de la comprensión lectora en referencia a los grupos no TDAH inatentos y combinados. Los individuos que presentan subtipos TDAH hiperactivo e impulsivo, según Miranda et al., (2005).

En Castilla y León realizaron un estudio de investigación para determinar la prevalencia y comorbilidad del TDAH en escolares de 6 a 16 años, en sus diferentes

subtipos (Rodríguez et al., 2009). Destacaremos que en los estudios epidemiológicos de comorbilidad se aprecia la gran variabilidad de resultados, al parecer la comorbilidad de trastornos del comportamiento se da en un 50% por ciento, la ansiedad en un 25%, el trastorno del estado del ánimo entre un 15/30%, el trastorno de aprendizaje alrededor del 20-25 %. En los estudios supervisados para el estudio destacan que es más frecuente encontrar alteraciones del comportamiento en el fenotipo hiperactivo impulsivo y no hay diferencias significativas entre los diferentes subtipos en trastornos depresivos y ansiosos (TDAH-C, TDAH-H-I y YDAH-I).

En la línea de las investigaciones de las últimas décadas Mulas, Rosell, Morant, Hernández & Pitarch, (2002) nos dicen que la mayoría de los menores que presentan TDAH en edad escolar manifiestan síntomas de concomitancia con al menos otro trastorno psiquiátrico. Ellos nos advierten que tras revisar la bibliografía los trastornos psiquiátricos más presentes en los pacientes estudiados son: Trastorno oposicionista desafiante, trastorno de conducta, dificultades de aprendizaje, problemas perceptivo-motores, trastornos del lenguaje, baja competencia social, Tics y síndrome de Gilles de la Tourette.

Del mismo modo, nos recuerdan lo importante que es detectar y controlar el número de esas patologías psiquiátricas asociadas que tengan los TDAH, porque, como ya sabemos, van a condicionar la evolución de los menores y los resultados a largo plazo; ya que el curso y el pronóstico de la persona con TDAH que lo muestra va a estar alterado.

El TDAH, subtipo combinado es de los más estudiados por el riesgo que presenta a largo plazo. Los chavales con TDAH combinado en sus manifestaciones muestran unas conductas agresivas superiores en número a las que percibimos en sujetos con

TDAH inatentos o con TDAH hiperactivo e impulsivo. Además estos comportan mayor número de psicopatologías asociadas, por lo que tendremos mayores entorpecimientos para un pronóstico favorable.

Otro problema que presentan los TDAH y que le ayudan a tener una comorbilidad mayor en ocasiones es su alteración emocional. Las investigaciones sobre los procesos de regulación emocional que se van a dar en los menores y adultos con TDAH coinciden en que ambos grupos tienen dificultades para controlar sus emociones, sobre todo cuando éstas son negativas. Al parecer también muestran mayores niveles de agresividad, depresión, tristeza y enfado que los menores y adultos que no presentan TDAH. Hay datos suficientes como para sugerir que a los chavales con TDAH, incluso cuando están entrenados, les cuesta controlar las emociones y presentar niveles de empatía adecuados.

En los TDAH se ha observado una reactividad emocional exacerbada, en muchas ocasiones, superior a los que no muestran este trastorno, que les lleva a situaciones inadecuadas cuando están en actividades deportivas individuales o colectivas y cuando adultos en situaciones de conducción de vehículos.

Determinadas investigaciones ponen de manifiesto que el interés de los estudios realizados sobre el TDAH, tanto en población adulta como en menores, ha estado basada fundamentalmente en aspectos cognitivos del trastorno; diremos, por tanto, que las dificultades de tipo emocional han sido menos estudiadas. Por ello, el reconocimiento, expresión de las emociones y la regulación; es decir, las investigaciones basadas en la competencia emocional ha estado deficitaria (Albert, López-Martín, Fernández-Jaén, & Carretié, 2008). Posiblemente determinados síntomas del TDAH, como son la inatención y la impulsividad puedan dificultar el

reconocimiento de las expresiones faciales y la prosodia. También que al estar involucrados distintos procesos de control ejecutivo tendrán apuros para modular sus estados afectivos.

Siguiendo en la línea de Albert et al. (2008), reconocer las emociones que están experimentando otros es una importante habilidad para interactuar y facilitar las interacciones sociales. Los autores aluden a un estudio, realizado por el equipo de Singh, en donde se estudiaba el reconocimiento de emociones primarias, como son el miedo, tristeza, alegría, asco, sorpresa y enfado. Los participantes del estudio tenían que identificar, tras una explicación oral, realizada por un experimentador, cuál era la emoción descrita. El número de aciertos conseguidos en la población general era superior al del grupo TDAH (89% /74%). Las emociones peor reconocidas por los TDAH eran el miedo y el enfado. Aunque estos datos responden a un estudio descriptivo (no a una comparación estadística), son ilustrativos.

Hay investigadores que sugieren que sería en el TDAH hiperactivo-impulsivo cuando se dan mayores posibilidades de fallo en el control emocional y que por el contrario los que están diagnosticados de TDAH subtipo inatento presentarían menos dificultades en el control emocional. Así mismo, toda la población con TDAH, tanto niños como adolescentes y adultos, tienen problemas en el reconocimiento, regulación y expresión de las emociones (Barkley, 1997).

Según evidencia científica, las alteraciones del sistema dopaminérgico, afectado en los TDAH, se relaciona además de con afecciones motoras, y cognitivas, sino también con procesos motivacionales y emocionales. Debido a la importancia que tiene la regulación emocional, se deberán seguir haciendo estudios y entrenando a los pacientes en habilidades para adquirir la competencia emocional, con el objeto de

posibilitar la reducción de dificultades en la identificación de las emociones en los otros y, por consiguiente, poder mejorar el control emocional en los pacientes con TDAH (Albert et al., 2008).

Nos dicen San Sebastián, Soutullo & Figueroa (2010), revisando los subtipos del TDAH, que el subtipo inatento se diagnostica más tarde porque presenta menos trastornos de comportamiento en casa y en clase, del mismo modo, que suelen asociarse a trastornos comórbidos del tipo internalizante como son el trastorno del humor y el de ansiedad.

En cuanto a la ansiedad no tenemos conocimiento de que exista un patrón específico que podamos aplicar a la asociación entre los distintos subclínicos de ansiedad y diferentes subclínicos de TDAH, pero parece tener mayor asociación con el TDAH con predominio de déficit de atención (De la Osa-Langreo et al. 2007).

En la revisión bibliográfica, hemos encontrado un artículo de Flores (2009) que destaca que las características de comorbilidad en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) repercutirá en su conducta, en su manera de aprender; así como en su desarrollo cognitivo. Así mismo, la frecuencia y tipo de comorbilidad que presente la persona con TDAH variará en función de los instrumentos de evaluación y criterios empleados. En su estudio hallaron que entre los trastornos comórbidos más frecuentes encontraban: el TND, el trastorno de conducta, el trastorno de ansiedad y el trastorno de aprendizaje.

Continuando con las ideas que expone Flores (2009) tras su investigación, este nos muestra que hay evidencias de que el tipo de comorbilidad va a depender de las características, es decir, del subtipo de TDAH que presenta la persona. Así por ejemplo, el menor con unas manifestaciones en las que impere su hiperactividad e impulsividad,

además de sus problemas de inatención, como es el subtipo combinado, puede mostrar mayor conducta agresiva, inestabilidad emocional y fluctuaciones en el control de la conducta; en tanto que los de predominio inatento presentaran pasividad conductual y pocas dificultades de conducta (Diamond, 2005; Maedgen & Carlson, 2000). Así, cuando compararon las conductas que respondían a relaciones de tipo social, los grupos que presentaban TDAH con hiperactividad e impulsividad, los de TDAH con predominio de inatención y los grupos de niños con problemas de aprendizaje, Shelton y col. (1998) encontraron que el grupo de TDAH con conductas de hiperactividad e impulsividad demostraban poseer mayores índices de conducta desafiante y menores habilidades de relación social que el TDAH inatento. Al parecer, cuando se analizan estas situaciones se confirma las mayores dificultades que muestran los sujetos con TDAH con hiperactividad e impulsividad es la incapacidad para inhibir respuestas impulsivas en tareas o en situaciones sociales, cuando estas exigen un control, y a la vez una regulación de la conducta (Otfried, Reeser & Edgel, 1996).

Dentro de estas hipótesis observamos que la atención es uno de los problemas , pero también hay que destacar el rechazo a la regulación de la conducta por medio de reglas, la falta de estimación de la consecuencia de sus actos, la búsqueda inmediata de gratificación, y los bajos umbrales de motivación para realizar tareas estructuradas (Barkley, 1997).

Subrayaremos que desde el punto de vista neuropsicológico, el TDAH con hiperactividad e impulsividad se deben a defectos funcionales de regulación conductual, por ese motivo presentan mayor frecuencia de trastornos de conducta y síntomas de externalizadores como la ofuscación, cólera y agresividad.

Del mismo modo vemos que el subtipo inatento de TDAH no presenta hándicap en la desinhibición conductual, sino por el contrario, posee pasividad, retraimiento y disminución en la eficacia de procesamiento (Barkley 1997). En esta misma línea de investigación otros estudios han encontrado que el subtipo inatento se caracteriza porque la mayoría de veces tiene una disminución en la capacidad de velocidad de procesamiento y un defecto en la memoria de trabajo principalmente.

Los planteamientos formulados en estos estudios coinciden en que la hiperactividad-impulsividad y la inatención son constructos que se presentan por separado en el TDA. De este modo podemos coincidir en que el TDAH sin hiperactividad –Impulsividad debe ser denominado Trastorno por Déficit de Atención (TDA) y que al TDAH que sí presenta hiperactividad e impulsividad se le debe denominar Trastorno por Déficit de atención con hiperactividad e impulsividad. Esta diferenciación vendría dada porque los mecanismos cerebrales involucrados serían distintos, también responden de manera diferente a la terapia farmacológica y además estos menores, debido a su patrón de comportamiento, presentarían distintos tipos de comorbilidad entre ellos (Diamond, 2005; Flores, 2009).

Por estos motivos el grupo de menores que presentan TDA con hiperactividad e impulsividad presenta mayor frecuencia de trastornos y características conductuales y psicológicas comórbidas. Así como retraimiento social debido a la conducta externalizante disruptiva. No obstante, ambos grupos comparten porcentajes parecidos de trastorno de aprendizaje de lecto-escritura, y dificultades en el desarrollo visoespacial.

Siguiendo con las investigaciones, sobre comorbilidades del TDAH, realizadas en los adultos con TDAH, Ramos-Quiroga et al., 2006 manifiestan que al igual que en la

infancia la presencia de otros trastornos psiquiátricos son habituales, así alrededor del 60-70% presentan alteraciones. Por supuesto, los trastornos son similares en las diferentes etapas (infancia y adultez). La diferencia estriba en que en la edad adulta hay mayores problemas de drogodependencias y se muestran los trastornos de personalidad. Destacaremos que; en la revisión que ellos hacen, encuentran que en los estudios prospectivos y controlados de seguimiento en los adultos con TDAH, que habían sido diagnosticados en la infancia, como trastornos comórbidos más destacados eran el trastorno depresivo mayor; que se podía presentar hasta un 18%9, el trastorno antisocial de la personalidad hasta un 23%9, los trastornos por consumo de sustancias podían darse hasta el 19% y en porcentajes menores los trastornos por crisis de pánico y el trastorno obsesivo compulsivo.

Del mismo modo, diremos que existen diferencias respecto a la comorbilidad psiquiátrica del TDAH combinado y del inatento. Así percibimos que el trastorno desafiante oposicionista es más probable que se manifieste en los individuos con TDAH combinado, a la misma vez pueden realizar tentativas de suicidio. También puede experimentar mayor hostilidad interpersonal y paranoia (Murphy, Barkley, & Tracie, 2002; Quintero et al., 2011; Ramos-Quiroga, 2006).

También Álvarez-García, Menéndez-Hevia, González-Castro P., & Rodríguez Pérez (2012) destacan que cada subtipo de TDAH presenta perfiles diferenciales de activación cortical y control ejecutivo. Tal y como marcan Rodríguez, Fernández-Cueli, González-Castro, Álvarez y Álvarez-García (2011), por ese motivo los menores y adultos con TDAH subtipo inatento suelen presentar diferente comportamiento social.

Estos van a ser más tímidos y pasivos en situaciones sociales, lo que les puede llevar a presentar ansiedad social. En ocasiones esa timidez les hace mostrarse de tal

modo que sus conductas se mal interpretan y se consideran como negativas y opositoras, al no responder a lo que se les solicita (Mikami, Ransone, & Calhoun, 2011).

Con respecto a las comorbilidades en función de los subtipos de TDAH, nosotros consideramos que los menores y adultos con TDAH subtipo combinado tienden a ser más negativistas, agresivos, a tener más problemas de conducta, un déficit en su control emocional y un hándicap en su empatía; tal y como se señala en la bibliografía revisada sobre el comportamiento social y los diferentes subtipos de TDAH, marcados por la APA (2013).

También pensamos que estas cualidades, citadas con anterioridad, en ocasiones les podría llevar con facilidad a ser víctimas o agresores en muchas situaciones de acoso escolar que se dan en los centros educativos (Albores-Gallo, Saucedo-García, Ruiz-Velasco, & Roque-Santiago, 2011; Castells, 2013; Fanti & Kimonis, 2013) a posteriori, en la etapa adulta, problemas de acoso en el trabajo. También durante estas situaciones o vivencias personales en el curso de su vida la presencia de comorbilidades podría variar y poseerles de una experiencia negativa e invalidarles para llevar una vida saludable.

Destacaremos que, teniendo en cuenta que en determinados momentos pueden variar la sintomatología y a su vez las comorbilidades (Amador, Forns, & Martorell, 2001; Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish, 1990), podría darse el caso de que un menor que está sometido de continuo a maltrato por presentar unas características de introversión, timidez, bajos niveles de autoestima y tendencia al retraimiento y aislamiento social, en el que se presentarían posibles psicopatologías de tipo internalizante podría pasar a manifestar conductas de baja empatía, de fácil enojo,

carentes de control emocional, con respuestas impulsivas y muchos momentos de baja tolerancia a la frustración por vivir momentos desagradables repetidos, después de haber deseado que todo ello pasara; toda esa experiencia de vida le lleva; en un momento determinado de su vida, a en vez de elegir una opción acertada hacia un comportamiento adecuado, por el contrario empieza a manifestar comportamientos inadecuados de tipo externalizante.

Desde nuestro punto de vista, diremos que estas situaciones de acoso se tienen que detectar con antelación a que hayan ocasionado trastornos colaterales en el menor que presenta TDAH y su familia. Por ello, demanda una actuación adecuada dentro del programa de tratamiento multimodal que requiere cada menor, adolescente o adulto en el que se interviene.

Para finalizar insistimos en la importancia de actuar de acuerdo a las recomendaciones que marcan algunos de los especialistas en el campo del TDAH. Entre los puntos a destacar señalaremos que es importante: que el pediatra o médico de familia identifique indicadores de TDAH, que se inicie una evaluación de acuerdo a la clínica definida por el DSM, que se tengan en cuenta las comorbilidades, los aspectos emocionales, los trastornos de comportamiento, que también se intervenga sobre los familiares y se incluya al profesorado en estas intervenciones (American Academy of Pediatrics, 2011).



## **CAPÍTULO IV**

### **ASPECTOS PSICOEDUCATIVOS DEL TDAH**

#### **4.1. Perfil cognitivo y características de personalidad**

Si atendemos a las características clínicas del TDAH que suelen presentar las personas con esta alteración, nos daremos cuenta de la dificultad que les genera la sintomatología en su vida, algo que deriva en problemáticas sociales y familiares (Barkley, 1997; Barkley & Benton, 2000; Barkley, Fischer, Smallish & Fletcher, 2006; Presentación & Siegenthaler, 2005; Scandar, 2003).

Este trastorno se asocia a dificultades muy diversas (planificación, atención, memoria de trabajo, inhibición y autocontrol, etc.) que pueden generar malestar y desajustes en los diversos entornos en los que se desenvuelve el menor; en casa, con los profesores, con sus amigos, con los vecinos, etc. Como sabemos, muchas veces, más que un problema de inteligencia, pues generalmente muestran un desarrollo intelectual normal, es un problema de autocontrol y gestión de las emociones, la atención y el comportamiento a la hora de relacionarse con otras personas.

Ante tantas dificultades que pueden presentar las personas con TDAH es muy importante que detectemos el problema lo antes posible, y del mismo modo realicemos una intervención adecuada en los diferentes contextos, como son la familia, la escuela, el barrio, etc. Por consiguiente, trabajando de modo idóneo nos estaremos anticipando

al posible deterioro clínico que se pueda dar al llegar a la edad adulta. Con esta manera de actuar evitamos el efecto “bola de nieve” atribuido a una intervención tardía, sin olvidar la importancia de motivarles y contagiarles las ganas de aprender y mejorar (López-Ortuño, 2010; Orjales, 2008).

En este sentido, cabe destacar la utilidad de la información proporcionada por profesores y familiares en cualquier acercamiento a esta problemática, tanto desde el punto de vista de la investigación, como del diagnóstico e intervención (Amador, Forns, Guàrdia & Però, 2005; Cebrián & Pérez, 2005).

Los estudios de seguimiento de los individuos con un TDAH diagnosticado en la infancia nos muestran diferencias significativas en el rendimiento académico, cuando los comparamos con grupos de control, aunque tengan niveles de inteligencia similares. De igual manera, estos adultos con TDAH seguirán presentando mayores problemas de acomodación al momento en situaciones sociales y del mismo modo mantendrán los problemas de disciplina en el contexto escolar (Barkley, 1998, Goldstein, 2002, Ramos Quiroga et al., 2006).

Los inconvenientes en el ajuste social que muestran los menores y adolescentes con TDAH hacen que cualquier problema que presenten se agrave en la edad adulta, debido a que requieren de mayor capacidad de adaptación social las demandas que tienen los individuos cuando llegan a la adultez. Así pues, tendrán dificultades en las relaciones interpersonales, y por ello también será fácil que aparezcan mayor número de problemas en la relación de pareja.

Así, además de mostrar un rendimiento académico inferior al esperado en función de su inteligencia, los alumnos con hiperactividad suelen presentar problemas de comportamiento y adaptación, en su faceta personal, escolar y social, a menudo

relacionados con factores contextuales y de interacción social (Herrera et al., 2011; Herrera-Gutiérrez et al., 2003; Sánchez Mármol y Herrera-Gutiérrez, 2010;).

La adopción de un enfoque de estas características, multifactorial e integrador, atento tanto a las características individuales como a las del entorno, supone analizar el papel de los factores familiares en la aparición y mantenimiento de la sintomatología hiperactiva y de trastornos adicionales, como son las comorbilidades.

Con frecuencia, la presencia de otro trastorno comórbido puede llevarnos a error en el diagnóstico, por lo que existiría la posibilidad de realizar un tratamiento desajustado, que llevaría a una intervención no adecuada y poco eficaz. Como ya sabemos, la investigación de las comorbilidades y su conocimiento son importantes, pero si cabe es mucho más la práctica psicoeducativa y clínica diaria. Ambas nos permiten el diseño de tratamientos más adaptados y específicos a las personas que presentan TDAH (López, 2012).

En otro orden de cosas, haremos alusión a la importancia del soporte familiar que dicen las investigaciones. Hay estudios que apuntan a la destacada importancia que tienen las variables protectoras, como son la coherencia en el seno familiar y la dedicación suficiente en la atención que el menor con TDAH requiere (Garrido, 2012; Niedekhofer, Hackenberg, Lazendorfer, Staffen & Maffi, 2002).

En un mundo en continuo cambio, la familia adquiere especial relevancia para el óptimo desarrollo de sus integrantes, ya que puede brindar los elementos necesarios para hacer frente con éxito a cualquier situación problemática (Parada Navas, 2012). De hecho, el papel de las familias, durante el tratamiento, es un pilar fundamental para lograr mejorías en los niños con TDAH. Es importante tener en cuenta y evaluar los niveles de estrés de los padres y la posible psicopatología que puedan presentar, dado

que se ha avalado la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en estas familias (Steinhausen et al., 2012).

Para evitar que las dificultades propias de la persona con TDAH coexistan con un ambiente poco estructurado, psicopatología familiar, y unas pautas educativas no beneficiosas debemos hacer partícipes a los padres en el tratamiento y dotarles de herramientas que les permitan afrontar su situación (Chronis-Tuscano et al., 2014; Lerner, Mikami, & McLeod, 2011; Mikami, Lerner, Griggs, McGrath, & Calhoun, 2010).

Por otro lado, está claro que las investigaciones señalan que los problemas de relación familiar son más numerosos en familias que están compuestas también por menores con TDAH y, muchas veces, personas poco expertas en el tema se confunden y expresan que los problemas familiares son simplemente un factor de riesgo, olvidando que a menudo son una consecuencia del trastorno.

En lo que atañe a la familia de los menores con la condición de TDAH, consideramos que es elemental informar a los padres del alcance que el cuadro clínico puede llegar a tener, del carácter hereditario que se da en ocasiones, e iniciar un proceso psicoeducativo que incluya elementos de terapia del comportamiento y terapia cognitiva para un mejor manejo de las conductas disruptivas.

También señalamos la necesidad de tratar a los chavales de forma idónea, con estrategias de disciplina ajustadas a sus necesidades, de seleccionar a las compañías que tengan, de comprender las preferencias profesionales, de los tratamientos farmacológicos y efectos posibles, de la necesidad de disponer de todo un cuadro de profesionales, de contar con relaciones pertinentes con los profesores en el proceso de enseñanza-aprendizaje, comprendiéndolos y apoyándolos en situaciones difíciles,

porque todo contribuirá a tener un buen futuro y a favorecer la autonomía del niño (Castroviejo, 2008; Ives, 2006; Orjales, 2008).

A pesar del volumen de investigación que el estudio del TDAH ha suscitado, diremos que hoy en día aún no se conoce bien el perfil psicoeducativo y la comorbilidad de los diferentes subtipos. Las personas que presentan TDAH tienen perfiles diferentes (Bauermeister, et al. 2005; Ruiz García, Garza-Morales, Sánchez-Guerrero, & Loredó-Abdalá, 2003), debido a que no siempre presentan unos síntomas nucleares semejantes, ni unos ambientes familiares con estilos parentales idénticos, ni unas respuestas análogas a los tratamientos en su curso evolutivo.

Quizás por todos los problemas que suscita esta alteración, algunos expresados con anterioridad, es por lo que, a día de hoy, no existe todavía un modelo único de intervención acordado a nivel mundial por todos los expertos en la materia, para intervenir de manera óptima en todos aquellos menores y adultos que presentan TDAH y que así lo soliciten, ellos o sus familias. Es por esta razón que, en el siguiente apartado, nos ocupamos de las diferentes aproximaciones a la intervención, que han de ser concebidas no como estrategias excluyentes, sino complementarias.

#### **4.2. Implicaciones para la intervención**

En ocasiones se han hecho consensos sobre la detección, evaluación e intervención en el TDAH promovidos por figuras de prestigio nacional e internacional, como las recogidas por la American Academy of Pediatrics (2000) y el *International Consensus Statement on ADHD* (Barkley et al., 2002). Estas directrices pueden haber influido, sin duda, para que disfrutemos de avances importantes en el conocimiento y abordaje del TDAH. Pero, a pesar de todo, es cierto que la evolución del menor con

TDAH va a estar supeditada a los conocimientos que el profesional tenga, y a las pautas que éste marque.

Así mismo, el estar los menores con TDAH sometidos a tratamientos diferentes muchas veces puede perjudicarles, por el hecho no favorecer de manera adecuada y coordinada el desarrollo de sus potenciales, a nivel cognitivo, emocional y social.

Destacaremos que deberíamos tener enfoques consensuados, marcados a nivel internacional para realizar los tratamientos multidisciplinarios, con el fin de que haya claridad en la actuación o intervención que deban realizar los padres, profesores y profesionales implicados en la atención del menor o adulto con TDAH.

Evidentemente las actuaciones de los padres resultan imprescindibles para optimizar el desarrollo general del niño. Porque los padres son los encargados de transmitir seguridad, modelos a seguir y el punto de referencia donde apoyarse en la construcción de una escala de valores, así como en la adquisición del concepto de disciplina y autoridad. Por todas estas razones, la sintomatología puede mejorar considerablemente dependiendo de las actuaciones parentales (Orjales, 2008).

Las relaciones de las familias con miembros con TDAH se ven afectadas por las características de sus hijos y la manera de responder a sus necesidades y comportamientos, requiriendo a menudo de una intervención que incluye manejo de conflictos, aspectos emocionales y de resolución de problemas. A su vez estas mismas familias reclaman un mayor apoyo de los servicios procedentes de los profesionales de la salud y la educación (Córdoba & Verdugo, 2003; McDonnell & Mathews, 2001)

También resaltaremos la evidencia de que los profesores cada vez disponen de mayor preparación, de líneas de actuación más pautadas, recogidas de manera verbal y por escrito, marcadas por los orientadores de zona o departamentos de orientación y

profesionales especializados. Pero a la vez siguen necesitando que se les informe y forme sobre la clínica del TDAH y comorbilidades que presenta el individuo en ese momento, y además que se les marquen directrices claras para dirigir el comportamiento y solventar las situaciones problemáticas que se puedan dar en clase.

Consideramos que parte de la información que tienen que conocer los profesores, por ejemplo, es que los niños y adolescentes con TDAH no son ni demasiado inteligentes, ni torpes e inútiles, ni negativistas como pueden aparentar. Simplemente es que sus características están mal compensadas. Así mismo, deben saber que los menores tienen una doble vertiente, son muy capaces para determinadas tareas y muy negados para otras. Estas cualidades que describimos requieren de la comprensión y del apoyo y afecto por parte del profesorado, lo que influirá en la progresión académica del menor. Igualmente de la resiliencia, del interés que muestren y de la colaboración de los profesores va a depender el futuro escolar del discente, y por ende su éxito personal y profesional. Pero todo ello será trabajando conjuntamente con los padres y con el resto de trabajadores del centro educativo, que también actúan como modelo a contrastar con el familiar, como una fuente adicional de transmisión de valores y ejemplaridad (Castroviejo, 2008; Orjales, 2008).

Para conseguir los diferentes objetivos marcados en el ámbito educativo, necesitamos tener una amplia información de las necesidades que tiene el niño o adolescente con el fin de intervenir en ellas. Si queremos conseguir la información ineludible para obtener una evaluación amplia del menor o adolescente que muestra TDAH, tenemos que apoyarnos en un primer momento en la ejecución de pruebas que debe realizar de manera individual con el evaluador.

Es digno de mención que estamos ante una población muy heterogénea; por ello debemos utilizar instrumentos de evaluación precisos que permitan realizar una evaluación muy exhaustiva. Se trata de agotar todas las posibilidades de recogida de información para hacer un diagnóstico diferencial, una evaluación funcional completa, que posteriormente nos permita diseñar un Plan de Actuación para la Intervención Individual y Familiar (PAIF) y ponerlo en marcha, en el cual se contemplen todos los aspectos necesarios a intervenir.

Según las edades así serán las pruebas. Por ejemplo, si son adolescentes precisaremos de cuestionarios de autoevaluación, además de cuestionarios para informantes que estén en contacto directo con el menor e interactúen con ellos (como son los padres y profesores). Es necesaria la recogida de indagaciones de los informantes porque los síntomas del TDAH interfieren en dos o más contextos (Amador, Forns, Gúardia & Però, 2006; APA, 2013; Bedregal, 2008; Ferrán Claustre, Canals, Esparó, Bellespi & Doménech, 2008, Haeussler & Marchant, 2002; Wechsler, 1999).

Antes de iniciar la valoración, lo primero es la realización de una entrevista de calidad con los padres y con la persona que presenta TDAH, sea niño, adolescente o adulto; ya que el diagnóstico a día de hoy es clínico. No existen pruebas predeterminadas para la realización del diagnóstico, asumidas internacionalmente, tal y como hemos dicho con anterioridad, como un tipo de formulario, determinados tests para recoger información del nivel cognitivo, emocional, atencional, de memoria, etc., donde quede reflejada toda la información necesaria para diagnóstico de TDAH.

De acuerdo a lo anterior, no hay pruebas previamente establecidas, pero sí hay muchas orientaciones dadas sobre tests con las que se debe evaluar a la persona que

presenta TDAH, y mucha variedad de formularios y pruebas comercializadas, además de otras publicadas de forma gratuita y desinteresada en las redes, puestas a disposición de cualquier usuario a través de páginas webs.

Cabe destacar que para la evaluación además de no existir pruebas estandarizadas marcadas internacionalmente, tampoco hay analíticas de sangre predeterminadas, pruebas de neuroimagen definitivas, etc. Por tanto, el diagnóstico va a depender de la habilidad y de la experiencia del profesional que está evaluando al menor. Así de ese modo, cuando el clínico no tiene conocimiento del TDAH, ni tampoco inicia su formación sobre la patología, para poseer mayores conocimientos y realizar su trabajo con éxito, posiblemente no aprecie signos que sean indicadores claros de presentar TDAH. Y entonces, tal vez, los síntomas que vea estipularán que son propias de otras patologías, y por consiguiente le será difícil establecer un diagnóstico correcto, sobre todo porque frecuentemente vienen asociadas otras comorbilidades, que pueden enmascarar un diagnóstico de TDAH.

También contamos, con que en ocasiones determinadas corrientes psicológicas; que siguen diferentes profesionales, pueden incluso negar la existencia del TDAH, con lo cual no atienden a los pacientes de forma óptima, no obteniendo resultados eficaces y no superando las problemáticas para prevenir los efectos secundarios. Por ello destacamos la importancia de desarrollar y emplear métodos prácticos que minimicen los errores en el diagnóstico de TDAH y también evitar el infradiagnóstico o el sobrediagnóstico (Martell, Nikolas, Schimack, & Nigg, 2015).

Posiblemente esta contrariedad seguirá existiendo mientras el diagnóstico siga siendo clínico, es decir, atendiendo sólo a sus manifestaciones y no a marcadores biológicos.

Es destacable que el diagnóstico de TDAH se basa en la exploración de las características clínicas y en su historial a nivel familiar. Así exploramos y hacemos la exclusión de otras patologías, porque en la actualidad no tenemos ningún parámetro físico-químico medible, que facilite y asegure un diagnóstico, aunque esté considerado como un trastorno de origen neurológico como contempla la APA. Asimismo es recomendable realizar un análisis retrospectivo de la sintomatología porque como hemos visto anteriormente algunos síntomas, como los de hiperactividad, pueden pasar desapercibidos o manifestarse de manera distinta (Sibley et al., 2012).

Igualmente no tenemos ningún parámetro clínico, ni prueba analítica de la que podamos predecir cuál va a ser el progreso que el paciente va a tener a partir del diagnóstico, si va a desarrollar comorbilidades y/o cuál será la reacción que tendrá al tratamiento que se adopte, ya que presentan disfunciones neuropsicológicas. (Faraone & Biederman, 1998; Molano, 2012).

#### **4.3. Proceso de entrevista y recogida de información para elaboración del PAIF**

A continuación después de consultar la literatura especializada sobre TDAH, con el fin de recoger la información en los diferentes contextos que se desenvuelve el individuo que tiene TDAH, detallaremos aspectos mínimos a tener en cuenta en la fase de recogida de la información para así conseguir una valoración adecuada en cuanto:

##### **4.3.1. Datos del menor/adulto**

Edad cronológica (fecha de nacimiento), cuándo comienzan los síntomas de TDAH, con qué frecuencia se dan, cuánto persisten, que ocurre antes (antecedentes), en qué situación se dan (condiciones contextuales o factores disposicionales), qué ocurre después (consecuentes), cuánto lo incapacita. Estudios académicos (curso) que realiza o

ha realizado, notas académicas, dónde está recibiendo su formación académica o dónde la realizó, recogida de información del centro educativo en caso necesario. Nivel intelectual. Además del TDAH si presenta problemas médicos por su salud, crónicos o recurrentes u otros como desarrollo deficitario de la motricidad, coordinación motora, discapacidades de tipo sensorial, habilidades para los aprendizajes de lectura, escritura, matemáticas, música, etc. Estado emocional que presenta, como pueda ser ansiedad (temores destacados), depresión, autoestima. Exploración sobre el sueño, salud física y de alimentación. Cómo es la relación con los hermanos.

#### **4.3.2. Datos de los hermanos**

Número de hermanos, orden que ocupa entre ellos, curso académico que realiza, dónde está recibiendo su formación académica, notas académicas. Si alguno presenta TDAH u otra patología, así como, si le han realizado algún estudio de tipo clínico o neurobiopsicológico. Relación que consigue tener con el hermano/s. Existencia de posibles celopatías.

#### **4.3.3. Datos de los padres o tutores de los menores. Recogida de información del contexto familiar**

Edad que tienen, estudios realizados, si tienen trabajo, qué horario tienen, disponibilidad horaria. Relación existente entre ellos en esos momentos. Domicilio, conviven el mismo domicilio, viven en pareja, están separados o divorciados. Antecedentes familiares o trastornos psiquiátricos, abuso de sustancias, conductas delictivas, fracaso escolar. Embarazo, (edad que tenía cuando nació su hijo, transcurso del parto). Problemas neurológicos. Estado emocional, si presentan ansiedad,

depresión. Si establecen pautas y límites de manera conjunta. Si establecen turnos de atención al menor y a sus hermanos, para no agotarse por la alta demanda que requieren.

Conductas manifestadas en casa a destacar. ¿Qué es lo que más le preocupa de su hijo?, qué pasa cuando está solo en casa, en el parque, cuándo están los hermanos, cuándo está con los amigos, primos o familiares, vecinos, de la misma edad o diferente; es decir, en cualquier situación o ambiente donde los padres pueden observarlo directamente.

Recogeremos toda la información referente a situaciones en las que tenga dificultades en casa o en cualquier ambiente en el que se desenvuelva con ellos y trastornos que le ocasione personalmente. Hay que valorar los miembros que componen la familia, ya que la evolución del TDAH depende, en gran parte del estado en que estos se encuentren, de las relaciones que se den entre ellos, a nivel de pareja y ambiente en la casa.

#### **4.3.4. Datos de la recogida de información del contexto académico/profesores**

Recogeremos cuanta información puedan facilitarnos mediante cuestionarios de observación de conductas. Nivel curricular de los aprendizajes. Problemas de relación con los iguales y su modo de interactuar. Los profesores, nos ayudan a propiciarnos datos relacionados con el contexto escolar, será menester saber, su nivel de aceptación y conocimiento, acerca del TDAH, su actitud ante el problema, formación que muestran en cuanto a estrategias de disciplina, estrategias educacionales, resolución de problemas en el aula, para abordar cuantas situaciones difíciles se produzcan por ser educandos de alta demanda.

#### **4.3.5. Actuaciones del orientador/a del centro educativo**

Habrá que establecer contacto con los profesionales que est n involucrados en la atención al menor, tanto si son personal del centro como si son del equipo de zona. Nos ayudaran a conocer cuáles son los tipos de refuerzo más eficaces para modificar la conducta del alumno (sociales, físicos, situacionales; las estrategias que emplea para resolver tareas (ensayo/error, organización, aleatoriedad, criterios personales); estilos de aprendizaje y la actitud/interacción con los compañeros y profesores (rebelde, frustrado, indiferente, aislado).

#### **4.3.6. Actuaciones del Centro de Salud de Atención Primaria, Centro de Salud Mental, psicólogos y otros profesionales especializados**

Las actuaciones deben ser coordinadas con los profesionales que est n interviniendo con el menor evaluándolo y/o tratándolo. El servicio de pediatria aporta información al especialista en neuropsiquiatría referente a la exploración psicopatológica, el diagnóstico establecido y el tratamiento.

En caso de que lo hayan evaluado fuera del centro de salud Mental o de los equipos de orientadores del centro académico deben participar de manera interdisciplinar y colaborativa. De este modo el objetivo es recoger todas las manifestaciones clínicas que presenta la persona con TDAH, todo lo relacionado con la historia de la enfermedad, también historia evolutiva en cuanto al desarrollo físico y motor, momentos claves del desarrollo; cualquier prueba de tipo psicológico, pedagógica, médica, etc., que se le hayan realizado a lo largo de su historia de vida para incluirlo en el protocolo de diagnóstico que se realiza en función de la edad de la

persona explorada.

A la vez, recogemos toda la historia familiar, estado actual de los padres o tutores, antecedentes familiares para prever posibles aspectos psiquiátricos de interés. Obtendremos información de por qué buscan ayuda, cómo son todas las circunstancias parentales, sus preocupaciones y expectativas (Amador et al., 2010; Barkley et al., 1998; Castroviejo, 2008; Consejería de Sanidad y Consumo y Consejería de Educación, Formación y Empleo, Región de Murcia, 2012; Fundació Sant Joan de Déu, 2010; Gratch, 2009; SIGN, 2008; Soutullo Esperon, 2013).

Del mismo modo, recogemos todo cuanto acontezca en el centro escolar que sea de interés destacable y nos detalle la historia escolar y académica. Esta información cobra una gran relevancia, si somos conscientes de que la mejora académica es una de las fuentes de mayor peso en la autovaloración personal de todos los niños en edad escolar. Si nos esforzamos por alcanzar un mayor rendimiento por parte del alumno en el centro educativo, estaremos logrando un aumento de su percepción de autocontrol personal, autoeficacia y autoestima (Orjales & Polaino, 1994).

Un aspecto importante, que no debemos olvidar, es que llevemos cuidado al recoger la información, pues el grado de acuerdo entre informantes puede variar según la persona que informa, la edad del menor que se evalúa y del tipo de problemas de que se informa (Amador, Idiázabal, Sangorrín, Espadaler & Forns, 2002) y podemos cometer errores.

Entonces con toda la información recogida para la evaluación, lo que pretendemos es conseguir hacer un diagnóstico diferencial con otros trastornos, de modo que no nos confundamos si existen patologías neurológicas, psiquiátricas, ambientales o de cualquier otra índole que nos puedan despistar.

Después de conseguir toda la información detallada con anterioridad, seguiremos realizando la evaluación mediante pruebas objetivas a la persona con TDAH. Pero destacaremos que la exploración neurológica no es imprescindible para realizar una valoración del TDAH (Quintero, et al. 2009), pero sí está indicada para conseguir un perfil neuropsicológico y su funcionamiento cognitivo y la posibilidad de descubrir la comorbilidad con otros trastornos (GPCM, 2010) y aunque no nos permiten muchas veces diagnosticar los problemas de atención de los menores con TDAH y diferenciarlos de otros trastornos sí nos permiten detectar problemas asociados que nos serían útiles para añadir al diagnóstico clínico (Banaschewski et al., 2010; Soutullo et al., 2013).

Del mismo modo, tampoco es necesaria una exploración psicopedagógica para la evaluación dentro del proceso diagnóstico. Pero como siempre suelen presentar muchas dificultades, en cuanto al rendimiento escolar y a los procesos académicos suele recomendarse la valoración de capacidades de aprendizaje. Por ello, siempre que el menor no mejore de acuerdo a su inteligencia habrá que hacer una buena valoración psicopedagógica (Parellada, 2009).

#### **4.4. Proceso de evaluación para elaboración del PAIF**

Bien es cierto que nosotros, leyendo la literatura especializada sobre TDAH, podemos clasificar gran variedad de pruebas, recogidas en las últimas publicaciones, estas de un extraordinario nivel. Así, entre otras muchas tenemos, por ejemplo para la entrevista específica del TDAH la Entrevista para TDAH de Barkley, el formulario Diagnóstico de TDA de Brown, Modelo de entrevista de Vaquerizo-Madrid.

También contamos con escalas de psicopatología en general, entrevistas semiestructuradas, pruebas de inteligencia y neuropsicológicas, tests psicométricos,

pruebas para evaluación psicopedagógica, exploraciones complementarias, como son pruebas para estudios neurofisiológicas (López, Romero, 2013; Soutullo, 2013).

Nosotros a pesar de poder contar, hoy día, afortunadamente con una increíble variedad de pruebas expuestas en artículos de investigación, libros, redes sociales, etc., vamos a hacer una clasificación, para tener una valoración suficiente en el menor tiempo posible. Así también, podremos realizar un plan de trabajo (PAIF) de manera inmediata e intentar paliar los efectos secundarios, y por tanto daños colaterales de este trastorno; que si no se interviene de forma inmediata los tendrá.

A continuación, describiremos toda una relación de pruebas seleccionadas de tipo neuropsicológicas, pedagógicas y emocionales. Así mismo, formularios para recoger la clínica, que nos permitan realizar una evaluación del paciente que presenta TDAH de forma rápida.

Reseñaremos que las pruebas recogidas están dirigidas a personas de diferentes edades, es decir, mayor franja de edad, con miras a un seguimiento longitudinal con el fin de conocer con más precisión sus características y así poder obtener el perfil psicoeducativo. Este hecho permitirá a los padres y profesionales tener una información valiosa, que no solo tendrá utilidad para el diagnóstico, sino también para planificar los objetivos de la intervención y seleccionar las técnicas más adecuadas en cada caso particular.

#### **4.4.1. Test breve de inteligencia de Kaufman o K-BIT, en su versión española (Kaufman & Kaufman, 2009)**

Esta prueba es un test de cribado que mide inteligencia general. Es para aplicarlo a un rango de edad de cuatro a 90 años. La duración de la prueba oscila entre 15 y 30

minutos. Evalúa inteligencia verbal y no verbal, pues cuenta con dos subtest, uno de Vocabulario y otro de Matrices. El subtest 1 de Vocabulario consta a su vez de una parte A y otra B. La primera (A) contempla 45 ítems pertenecientes a vocabulario expresivo y la segunda (B) 37 ítems pertenecientes a Definiciones. El subtest 2 de Matrices consta de 48 ítems. (Expuesta con amplitud en Instrumentos de la parte Empírica).

**4.4.2. Escala de inteligencia de Weschler para niños (WISC-IV). Versión española de S. Corral, D. Arribas, P. Santa María, M.J. Sueiro y J. Pereña (2005)**

El test de WISC-IV consta de 15 pruebas que se organizan en cuatro índices: Comprensión Verbal (CV), Razonamiento perceptivo (RP), Memoria de trabajo (MT), Velocidad de procesamiento (VP) y de un Cociente Intelectual Total (CIT). Se aplicará a un rango de edad comprendida entre los seis años y 16 años y 11 meses. Abarca los niveles de educación primaria, secundaria y bachillerato. Está muy aconsejado para población con problemas atencionales como el TDAH, ya que los índices de razonamiento perceptivo y de velocidad de procesamiento son muy convenientes para ello. Hay que llevar cuidado a la hora de utilizar el test, porque puede infravalorar algunas veces las capacidades del niño, cuando son procedentes de otras culturas, conocimiento limitado del español, y otras dificultades.

A continuación desglosaremos las pruebas por las que están compuestos los diferentes índices (Consejo General de Colegios de Psicólogos).

El índice de comprensión verbal consta de cinco pruebas: Semejanzas (S), que analiza la capacidad de abstraer y generalizar cuando se dan dos conceptos.

Vocabulario (V), esta analiza el conocimiento del léxico, la precisión conceptual y la capacidad expresiva verbal. Comprensión (C), mide el razonamiento y juicio social frente a la solución de problemas del día a día. Información (I), evalúa la capacidad o no de adquirir, conservar y recuperar los conocimientos que se adquirieron con anterioridad. Adivinanzas (Ad) con esta capacidad puede adquirir habilidad para integrar información, poder generar conceptos alternativos, y condensar información. La dos pruebas como son la información y adivinanzas son optativas.

El índice de Razonamiento perceptivo (Rp) se consigue mediante pruebas prácticas constructivas, formación y clasificación de conceptos no verbales, realización de un análisis visual y procesamiento simultáneo. Este a su vez consta de cuatro pruebas, tales como: Cubos (CC) que va a medir habilidades de análisis, síntesis y organización visoespacial, con control del tiempo. Conceptos (Co), a partir de un material visual mide la formación de conceptos y categorías. Matrices (M), va a analizar razonamiento por analogías visuales y va a integrar información visual. Por último, una prueba optativa como es la de Figuras incompletas (FI), controlando el tiempo tienen que analizar capacidades de reconocimiento y organización perceptiva a tiempo controlado.

El índice de Memoria de Trabajo (MT), tendrá que generar nueva información a partir de operar mentalmente con la información que se le proporciona, tras analizar la capacidad de retención y almacenamiento de información. Las pruebas son. Dígitos (D), analiza la memoria inmediata y la de trabajo, indicando habilidades de secuenciación, planificación, alerta, y flexibilidad cognitiva. Letras y Números (LN), tendrá que retener y analizar dos tipos de información, organizarla, y devolverla según consignas. Aritmética (A), esta es prueba optativa, y además se realiza con control de

tiempo. Las habilidades que controla son razonamiento numérico, si tienen agilidad en el manejo y reorganización de la información, atención y memoria a corto plazo.

El índice de Velocidad de procesamiento de la información (VP). Esta va a medir la capacidad para focalizar la atención, explorar, ordenar y podrá discriminar información visual con mucha rapidez y eficacia. Consta de la prueba de Claves (CL), Búsqueda de símbolos (BS), ambas miden habilidades de rapidez asociativa, aprendizaje, percepción visual, coordinación viso- manual, atención, motivación, y resistencia frente a tareas repetitivas. Por último la prueba de Animales (An), esta es una optativa, analiza la atención selectiva, y planificación en la búsqueda ordenada o desordenada de información.

#### **4.4.3. Escala de inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS-IV)**

Esta está formada por diez pruebas principales, de ellas se pueden extraer un cociente de inteligencia total (CIT). Así podemos tener una medida adecuada del funcionamiento intelectual. Además posee cinco pruebas opcionales. Todas están agrupadas en cuatro índices, como son: Comprensión verbal (ICV), Razonamiento perceptivo (IRP), Memoria de trabajo (MT), y Velocidad de procesamiento (IVP). Se puede obtener un índice de capacidad general (ICG), a partir de las pruebas principales del ICV y del IRP.

El test puede ser una prueba adecuada para conseguir una medida sobre la inteligencia general, cuando haya diferencias significativas entre los índices y las personas que se evalúan presentan problemas de atención, memoria, aprendizaje, precisión perceptiva, y visomotora. Las pruebas opcionales son valiosas para conseguir mayor información de la persona que se está evaluando. Las escalas se utilizan en

ámbitos clínicos y de la salud, a nivel escolar y cuando se quiere investigar. Principalmente con el fin de recoger información que sea de utilidad para el diagnóstico diferencial de trastornos neurológicos, psicológicos y psiquiátricos, y para ver la afección del funcionamiento intelectual.

En el ámbito escolar, según Amador Campos (2013), para cuando hay individuos con necesidades educativas especiales por: problemas de aprendizaje, trastornos del aprendizaje, superdotados, etc.; valoración de las capacidades para establecer planes de intervención, evaluación de estos, predecir el posible rendimiento académico, para ver las orientaciones que se le pueden dar a estas personas evaluadas durante el bachiller y los estudios universitarios, entre otras muchas utilidades.

#### **4.4.4. Batería PROLEC-R (Cuetos, Rodríguez, Ruano & Arribas, 2007) y PROLEC-SE**

Son baterías para aplicar de manera individual para niños de educación primaria y secundaria. Se pretende valorar todos los procesos que intervienen en la comprensión del texto escrito. Así mismo, podremos evaluar identificación de letras, reconocimiento de palabras, procesos sintácticos y los semánticos.

Así obtendremos cuales son las dificultades que existen en el sistema lector y por lo que tendrán dificultades en la comprensión lectora. Valoraremos tanto el tiempo de ejecución como la eficiencia lectora durante la realización de las pruebas. En la prueba de secundaria veremos cómo se desenvuelve en las pruebas de emparejamiento dibujo-oración, comprensión y estructura de textos, lectura de palabras, pseudopalabras y signos de puntuación.

#### **4.4.5. Batería PROESC (Cuetos, Ramos & Ruano, 2002)**

Con esta prueba evaluaremos los aspectos implicados en los procesos que inciden en el aprendizaje de la escritura. Esta consta de seis pruebas en las que podemos apreciar el conocimiento de reglas ortográficas, de acentuación, conversión de fonema-grafema, el uso de las mayúsculas, signos de puntuación, las dificultades en la ortografía arbitraria, y la planificación de textos que realice de modos narrativos y explicativos. Las edades comprendidas entre los ocho y quince años.

#### **4.4.6. Escala Magallanes de Lectura y Escritura. TALE- 2000**

Se puede aplicar para chavales con edades diferentes y que estén consiguiendo. Se compone de diferentes partes: prueba de comprensión (15 minutos), prueba de copia (15 minutos), prueba de dictado (15 minutos), y prueba de lectura en voz alta (15- 25 minutos). Los niveles de aplicación son: Lectura en Voz Alta, conversión grafema-fonema. Fluidez Lectora, Comprensión lectora. Dictado y Copia. Se pretende valorar de forma cuantitativa y cualitativa las habilidades de lectura y escritura. Las variables de lectura que se trabajan: habilidad de conversión grafema-fonema, Errores naturales en lectura, Fluidez lectora y comprensión lectora. Las variables de escritura que se trabajan: Grafía, Errores naturales en dictado, errores naturales en copia. Este test se puede aplicar a individuos que estén en edades que puedan realizar la etapa de educación primaria y de educación secundaria.

#### **4.4.7. Test AULA NESPLORA**

Es un test de ejecución continua (CPT) que se realiza en un entorno virtual. Se muestra a través de unas gafas especiales que están dotadas de unos sensores de

movimiento y unos auriculares.

Este test está planteado como un instrumento diseñado para poder evaluar los procesos de atención y ayudar al diagnóstico de los trastornos de atención.

En cada administración AULA se presenta un escenario virtual semejante a una clase de colegio. Al evaluado lo sitúa en uno de los pupitres. El software actualiza la perspectiva en función de los movimientos de la cabeza y permite al educando tener la sensación de encontrarse en el aula.

En el simulacro de la pizarra virtual, cuando se le presentan a través de los auriculares una serie de estímulos, el debe responder según las instrucciones que se le han dado. En el primer ejercicio de evaluación debe pulsar el botón cada vez que el estímulo presentado sea diferente al estímulo diana. En el siguiente ejercicio de evaluación se debe pulsar el botón cada vez que se escuche o vea el estímulo diana.

La ventaja de este material consiste, en que rápidamente están los resultados, pero también vamos a tener unos gráficos y tablas que contienen textos explicativos de cada variable. La actividad motora del evaluado está representada con gráficos de movimientos, que permiten ver en qué punto han focalizado su atención y los rendimientos obtenidos.

En el informe que se genera, en la descripción de los índices se ven: las Omisiones totales, Comisiones totales, Media de TR (tiempo de respuesta) sobre aciertos total, Desviación típica del TR sobre Aciertos total, Activación motora total, Ejecución de la tarea en presencia y ausencia de distractores, Gráficos de actividad motora en relación con los distractores, Tipo de ejercicio, respuesta a Canales sensoriales (auditivo y visual), Actividad motora (movimientos de cabeza), Calidad del foco de atención frente a estímulos visuales.

**4.4.8. Test de Ejecución Continua (Conner's Continuous Performance Test-II) de K. Conners (2000)**

Con este test, administrado de manera individual, medimos la atención selectiva, la atención sostenida y el control inhibitorio de respuestas predominantes. El examinado debe apretar una tecla cada vez que aparezca cualquier letra, siempre que no sea la grafía X. Vamos a obtener una información muy válida para apreciar la inatención e impulsividad que presenta el individuo con TDAH; así como el seguimiento, tras la intervención, del efecto terapéutico (Narbona & Chevrie-Muller, 1997).

**4.4.9. Test de Colores y Palabras. Stroop Color-Word Interference Test (Golden, 1999)**

Se administra de manera individual y está en versión manual. Valora la interferencia y, el control inhibitorio y la flexibilidad-rigidez cognitiva que presenta el individuo. Otra medida que podemos obtener es la atención selectiva, ya que debe obviar y no dar una respuesta automática y sí dar la respuesta solicitada por el examinador.

El test está compuesto por tres pruebas. En primer lugar, el evaluado debe realizar una lectura de palabras impresas en tinta negra, conformadas de forma aleatoria, en total un número de cien palabras. En segundo lugar, tendrá que leer, igual cantidad de palabras que se colorean en rojo, azul o verde. Por último, se presentan otras palabras escritas en color diferente al que está impreso siendo. Todas las palabras son nombres de colores, desde la primera hasta la última.

#### **4.4.10. Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin (Wisconsin Card Sorting Test; Grant & Berg, 1999)**

Este test se desarrollo para evaluar el razonamiento abstracto y la habilidad para cambiar las estrategias cognitivas como respuesta a eventuales modificaciones ambientales.

La aplicación va dirigida a niños, adolescentes y adultos con edades comprendidas entre los seis y medio y ochenta y nueve años. El test es administrado de manera individual. Los resultados nos aportan una medida de la función ejecutiva, sobre todo la flexibilidad cognitiva, estrategias de planificación, indagaciones organizadas, utilización del feedback ambiental para cambiar esquemas, orientación de la conducta hacia el logro de un objetivo, modulación de las respuestas impulsivas y la capacidad de categorización. Así, con esta prueba vamos a detectar los errores perseverativos.

#### **4.4.11. Test de copia y Reproducción de Memoria de Figuras Geométricas Complejas de A. Rey (1997)**

Este test tiene dos partes de recogida de información. En una primera fase se realiza una copia (fase de copia), tras presentarle el modelo el evaluador. En una segunda fase, el examinado debe reproducir la figura de manera memorística (fase de memoria no verbal). La figura que se presenta carece de significado, se realiza con facilidad gráficamente y tiene una estructura complicada, por lo que requiere de una actividad analítica y organizadora, por parte de quien la realiza.

#### **4.4.12. Test de Aprendizaje Auditivo-Verbal**

Se va a obtener una información acerca de la adquisición y retención de material verbal, visual y el aprendizaje asociativo verbal. Medimos el spam de memoria inmediata, provee una curva de aprendizaje y revela las estrategias de aprendizaje (Lezak, 1995).

#### **4.4.13. Test Matrices Progresivas de Raven**

Es una prueba que se puede aplicar desde los cuatro años de edad. Es un instrumento de evaluación que se aplica de manera individual. Es una prueba de referencia para la evaluación del factor “g”.

Se utiliza para medir la capacidad de educir que tiene el evaluado. Veremos por tanto, la capacidad para establecer relaciones y la posibilidad de dar sentido a un material desorganizado o confuso, para manejar constructos no verbales que facilitan la captación de una estructura compleja.

Esta prueba nos va a permitir ver las posibilidades del potencial que tiene un individuo para aprender, y obtener una estimación de la inteligencia general o del factor “g” identificado por Spearman.

Las Matrices Progresivas de Raven contienen tres versiones de dificultad creciente organizadas en cuatro cuadernillos de aplicación.

#### **4.4.14. Pruebas de Go-No-Go, tarea de señal de stop**

Existen multitud de pruebas diferentes que valoran la capacidad de inhibición motora. Con la prueba de la tarea de señal de stop se puede estimar la latencia del proceso de inhibición. Se valora el tiempo de reacción en tareas que implican una

elección obligada rápida. Menores tiempos de reacción indican mejores controles inhibitorios.

#### **4.4.15. Cuestionario de Personalidad para Adolescentes 16PF-APQ (Schuerger, 2013)**

Este cuestionario lo pueden realizar adolescentes con edades comprendidas desde 12 a 19 años. El profesional también podría considerar la posibilidad de aplicarlo a jóvenes de menor edad o de mayor edad, siempre que el nivel lector, el cognitivo, y las experiencias personales se lo permitieran. Se estima un tiempo de duración en su realización que podría oscilar entre 45 y 60 minutos en población estándar. El APQ contiene un cuadernillo donde aparecen los elementos del cuestionario, enumerados del 1 al 200.

Aparecen divididos en tres secciones: elementos de personalidad, intereses ocupacionales y problemas personales. De este modo, tendremos en la primera parte características personales; es decir, rasgos de personalidad que tendrán que descifrarse de las respuestas dadas. En la segunda parte, resolución de problemas. En una tercera parte recogeremos las preferencias ocupacionales y en la última parte las dificultades cotidianas.

En el momento en que se iniciaba la realización de la prueba, el adolescente recibía el cuadernillo con los ítems y una hoja para las respuestas. Cuando se le dan las instrucciones; recogidas en el cuadernillo de cuestiones, se les pide que no piensen y se detengan demasiado tiempo en el contenido de las frases, que solo contesten a la opción "?" cuando no tengan más posibilidades de respuesta entre las opciones alternativas extremas (V o F), que procuren no dejar ninguna cuestión sin señalar en

las opciones de respuesta y que sean sinceros. (Expuesta con amplitud en Instrumentos de la parte Empírica).

**4.4.16. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAIC-STAI (Spielberg, 1973; Spielberg, Goursch & Lushene, 1982)**

Estas pruebas están dirigidas a niños, adolescentes y adultos. Consiste en unos cuestionarios para la autoevaluación. De este modo se consigue tener una idea acerca de ansiedad rasgo (AR) y ansiedad estado (AE). Así, por un lado, tendremos la posibilidad de ver en qué situación está su organismo, sus sentimientos de forma subjetiva, como los percibe de forma consciente, la tensión y aprensión que soporta, y la hiperactividad de su sistema autonómico; por tanto como son sus niveles de AE. Por otro lado, veremos su tendencia a la AR, al percibir la mayoría de veces cualquier situación como amenazadora, y así incrementar su AE de manera exagerada.

**4.4.17. Escalas para la evaluación del déficit de atención e hiperactividad (EDAH; Farré & Narbona, 1998)**

Nos proporcionan una información acerca del menor, recogida mediante los veinte ítems, que componen la escala de observación. Con este método vemos si existe o tiene riesgo de presentar TDAH en los diferentes subtipos y trastorno de la conducta.

Se utiliza ampliamente en el ámbito educativo, médico y psicológico, quizás debido a la sencillez de la prueba (20 ítems) y la facilidad de corrección y manejo.

Es una prueba que se administra de forma individual. Aunque va dirigida a una población con edades comprendidas entre seis y doce años se puede aplicar a adolescentes, porque la escala tiene unas propiedades psicométricas de validez y

fiabilidad que pueden ser aplicadas a esta población (Sánchez, Ramos, Díaz, & Simón, 2012).

#### **4.4.18. Escala de síntomas del DSM-5 (APA, 2013)**

Se trata de una escala específica para el TDAH, que recoge todos los criterios diagnósticos recogidos por la APA en la quinta edición de su manual diagnóstico. Tenemos nueve ítems para la atención y desorganización y otros nueve para la hiperactividad e impulsividad; que tendrá diferentes opciones de respuesta, en función de que las conductas se den con frecuencia o no. El formulario donde se recogen los criterios va dirigido a los dos ambientes principales, es decir, contexto familiar y escolar. En esta ocasión, los criterios se pueden aplicar con toda efectividad a niños, adolescentes y adultos. Esta posibilidad no existía con las anteriores versiones de los diferentes manuales que había editado la APA.

También es conveniente que respondan a los cuestionarios las mismas personas que presentan el TDAH, sobre todo en la población adolescente y adulta. De este modo obtendremos también una medida de autoinforme y la misma recogida de información servirá para tomar conciencia de su sintomatología.

#### **4.4.19. Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF; Gioia, Isquith, Guy & Kenworthy, 2000)**

En la escala hay dos factores principales el metacognitivo y el de inhibición conductual; estos se relacionaban con las dos dimensiones de los síntomas del TDAH del DSM-IV. La parte del factor metacognitivo representa la memoria de trabajo.

Es una escala para descubrir la estimación del comportamiento del funcionamiento ejecutivo fuera del ámbito clínico. Consiste en un cuestionario dirigido a padres (BRIEF-Padres) y profesores (BRIEF-Profesores) para recoger la información de ambos contextos (hogar y escuela), durante la etapa escolar. Este diseño permite recoger la información en un rango de edad que va de los cinco a los dieciocho años. Está compuesta por dos cuestionarios. Cada cuestionario cuenta con un número total de 86 ítems, cada uno de ellos presenta tres opciones de respuesta: Nunca (1 punto), A veces (2 puntos) y con Frecuencia (3 puntos). Obtener una puntuación alta indicaría una afección mayor en las funciones ejecutivas.

Las ocho dimensiones clínicas, en las que se agrupa el test nos permiten medir diferentes aspectos del funcionamiento ejecutivo, como son:

- Inhibición. Recogeremos la habilidad que tiene para resistir a los impulsos y detenerse en el momento preciso para emitir una conducta.
- Cambio. Permite ver la habilidad que presenta para tolerar cambios, respecto a él y a otros. La flexibilidad para resolver problemas y pasar de un foco atencional a otro en cualquier momento precise.
- Control Emocional. Nos permite ver su expresión y regulación de las emociones.
- Iniciativa. Obtendremos la información referente a las posibilidades de iniciar una actividad por el mismo, sin ser promovida por otros.
- Memoria de Trabajo. Vemos la capacidad que tiene para mantener la información en la mente, el tiempo necesario que se requiere, para realizar o completar una tarea, registrar y almacenar información, y de ese modo llevar a

cabo actividades simultáneas. Por ejemplo, conseguir realizar cálculos numéricos, responder a instrucciones complejas.

- Organización/Planificación. Están relacionados con plantearse objetivos, y poder conseguirlos, viendo cuál es la mejor vía para alcanzarlo, organizándose de modo que pueda secuenciar todos los pasos para conseguir la resolución de cualquier tipo de problema que se le plantee.
- Organización de Materiales y Monitorización. Esta dimensión refleja la habilidad para ordenar los elementos del entorno e incluye mantener el orden para saber dónde están el material y todo tipo de necesidades para realizar la tarea que precise, según su edad (ordenar juguetes, armario, escritorio, pupitres de la escuela,...).

#### **4.4.20. Five to Fifteen (FTF)**

Denominado así porque comprende una etapa de los cinco a los quince años y que ha demostrado tener una buena validez criterial, ya que está realizado por expertos en el campo del TDAH y la traducción al Castellano resultó con una fiabilidad alta (Rodríguez & García, 2008), consta de 179 enunciados que recogen problemas del desarrollo y del comportamiento. Los ítems están agrupados en 8 partes, respondiendo a diferentes dominios y estos a su vez en subdominios. Presenta diferentes tipos de respuesta, como son nunca-0; alguna vez-1 y siempre-2.

Los investigadores (Beltran-Ortiz, Todd de Barra, Franzani, Martinich, & Castillo, 2012) hicieron un estudio en el que utilizaron el FTF para una evaluación integral del desarrollo, buscando las propiedades psicométricas y caracterización en una muestra de niños en Chile.

Se recogen todos los problemas que se pueden dar en la población que presenta TDAH. Así mismo, este informe que contempla diferentes cuestiones fue desarrollado por Lars Olof Jands, Marit Korman, Bjorn Kadesjo, Gerd Strand, Katarina Mikelson y Anegen Trillingsgaard. Destacaremos que todos son investigadores en la especialidad de clínica con una amplia formación en TDAH y problemas que puedan llevar asociados (Kadesjo et al., 2004).

Este cuestionario a padres intenta recoger todos los problemas que pueda presentar un menor con TDAH y otros posibles problemas solapados. También deben ser completados por los profesores y los que conozcan en profundidad los problemas de los menores. Recoge los síntomas nucleares propios de un TDAH y la comorbilidad (Kadesjo et al., 2004).

Así la comunidad psicoeducativa internacional tiene un instrumento para que los padres puedan ayudar con su valiosa información a la realización de un diagnóstico clínico adecuado. El formulario puede ser recogido en una entrevista semiestructurada por los padres; que servirá para hacer una revisión del trastorno o trastornos que presente.

#### **4.5. Tratamiento en el TDAH**

Tras una búsqueda bibliográfica expondremos los tratamientos más empleados y beneficiosos para intervenir a los pacientes que presentan TDAH. Seleccionaremos las ideas expresadas en libros, tesis doctorales y artículos de investigación sobre los tratamientos administrados, tanto en la población infanto-juvenil como en los adultos, ya que creemos que así se conseguirá recoger todas las experiencias publicadas y así poder elegir los tratamientos más idóneos en función de las características que cada

individuo presenta; con el fin de obtener mayor éxito en las intervenciones terapéuticas revisaremos los estudios que presenten cualquier modelo de terapia, la cognitivo conductual, coaching, aplicación de psicofármacos, etc.

Empezaremos con las ideas que recogen diferentes guías para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En ellas se expresa que existe un gran consenso en que el tratamiento multimodal es el más idóneo para abordar el TDAH. Las grandes líneas que destacan son la farmacoterapia, psicoterapia, cognitivo conductual, psicoeducación, intervención familiar y psicosocial, psicopedagógica en el caso de que coincida con dificultades de aprendizaje, terapia fonoaudiológica cuando presentan trastorno del lenguaje y educativa. Todas ellas coordinadas por los servicios de salud mental.

Los hallazgos demostraron la importancia de intervenir sobre las comorbilidades del TDAH, dada la alta incidencia, alrededor del 60%, constatada en diferentes estudios y en distintas guías internacionales. Se confirma que una intervención adecuada debe contemplar los trastornos asociados. De este modo, facilitaremos la adherencia al tratamiento, una disminución de los síntomas y una mejora en el funcionamiento global de las competencias del menor.

En la fase de seguimiento, incluida en el proceso de intervención, los parámetros más influyentes para la mejoría de los menores y adolescentes con TDAH son: la violencia intrafamiliar (VIF), y la presencia de patología familiar, como el trastorno de personalidad y trastorno del ánimo entre otros.

Otros factores importantes a considerar en el seguimiento son: la intervención o tratamientos desajustados por parte del pediatra, colegio, disfunción familiar, retraso el inicio del tratamiento, reacción adversa al tratamiento farmacológico o inadecuado, y

un bajo nivel socioeconómico (Sandoval, et al., 2009; Rabito-Alcón, Correas–Lauffer, 2014).

Otros elementos necesarios para el éxito en la intervención de las personas que presentan TDAH, según Vidal-Estrada, Bosch-Munso, Nogueira-Morais, Casas-Brugue, & Ramos-Quiroga (2012), son los abordajes farmacológicos. Estos tratamientos son de primera línea, pero no siempre funcionan, porque hay factores intervinientes que pueden limitar la eficacia del tratamiento farmacológico; pues algunos individuos presentan una baja adherencia a la terapia farmacológica. De este modo, los síntomas nucleares del TDAH (inatención, impulsividad, e hiperactividad) siguen persistiendo de manera sobresaliente, aún con la inclusión de psicofármacos en el tratamiento.

Frecuentemente entre los receptores del tratamiento hasta un 30% o más puede mostrar efectos adversos ante los fármacos. Evidentemente las comorbilidades que presentan pueden influir para la ineficacia del tratamiento. De ese modo, tenemos que utilizar tratamientos multimodales que incluyan tratamiento psicológico; tal y como está recomendado desde la Canadian ADHD Resource Alliance, la British Association for Psychofarmacology, la European Network Adult ADHD y el National Institute for Clinical Excellence.

A continuación incluimos lo que son a nuestro juicio los modelos de terapia y de intervención más representativos para los menores y adolescentes con TDAH.

#### **4.5.1. Intervención psicoeducativa**

La intervención psicoeducativa es el paso previo a cualquier otra intervención. Consiste en un abordaje profesional para enseñar al afectado y a la familia en qué

consiste su trastorno, sus características y como mejorarlo. Este proceso psicoeducativo debe adecuarse al nivel sociocultural de los receptores, y al nivel de desarrollo y de las características de personalidad del menor.

En el caso de la intervención psicoeducativa adaptada al TDAH existen algunos aspectos fundamentales a considerar como: aportar información sobre el origen neurobiológico del TDAH, con el fin de evitar sentimientos de culpa, concienciarles sobre la necesidad de apoyarse en el tratamiento farmacológico, cuando los prescriba el facultativo médico y asumir que se trata de un proceso terapéutico a largo plazo en el que debido a su carácter crónico, deben contemplarse metas y objetivos revisables y realistas (Soutullo y Díez, 2007).

Además, otro aspecto a trabajar es desmontar las falsas creencias y mitos negativos que rodean al TDAH, tal como el abuso de drogas, y poner de manifiesto que la meta del proceso terapéutico es paliar los síntomas del TDAH y subsanar o evitar la aparición de posibles comorbilidades. También es necesario remarcar a los padres y al afectado sus potencialidades y puntos fuertes favoreciendo su autoestima y una actitud positiva.

Esta intervención psicoeducativa tiene como meta dotar a los padres de niños y adolescentes con TDAH de habilidades y estrategias específicas para abordar la sintomatología del trastorno en sus hijos, entrenamiento para instaurar la disciplina (pautas y límites). Asimismo, acompañar al niño en el proceso de organización y planificación del estudio para el éxito escolar.

La intervención también debe dirigirse al profesorado con el propósito de favorecer el ajuste entre las características del alumno y las posibilidades del aula.

Todos estos elementos que señalamos propician un entorno estructurado en la familia, en la escuela y en el tiempo de ocio a través de la planificación, organización de rutinas y autoregulación. De este modo, se logra un cambio de actitud de padres y profesores ante las desventajas que el trastorno provoca en el menor compensando sus dificultades ejercitando sus talentos (Miranda, Soriano, Presentación & Gargallo, 2000; Scandar, 2003; Korzeniowsk & Ison, 2008).

A esto se suma, en un plano más social, que deben conocer los apoyos de los que disponen, como asociaciones de familias. De este modo pueden recibir beneficios como compartir experiencias, encontrar personal especialista en TDAH, y programas de respiro familiar entre otros (Ives, 2006).

#### **4.5.2. Actividad física y deporte**

Seguidamente procedemos a explicar los beneficios de los programas dirigidos a mejorar la habilidad motora en población con TDAH y la influencia de la medicación, concretamente del metilfenidato, en la motricidad.

En un programa de intervención a través del deporte, los investigadores diseñaron un amplio número de actividades, e incluyeron juegos que requerían la puesta en marcha de las habilidades motoras más deficitarias en el perfil motor de los TDAH. Los resultados mostraron una mejora significativa en el aumento de las puntuaciones en los test empleados para la evaluación de las habilidades motoras (O'Connor et al., 2014).

En ese mismo estudio, de forma paralela, se trabajaron variables como la impulsividad, la capacidad de inhibición y el respeto a las normas, elementos fundamentales que intervienen directamente sobre la conducta de juego, la interacción

con los compañeros y la socialización a través del deporte, obteniendo también una mejoría significativa.

Siguiendo esta misma línea de investigación, otras intervenciones similares destacaban el papel importante de trabajar este tipo de variables a la par del desarrollo motor, ya que era preferible emplear contextos atractivos para los menores, tales como el trabajo en equipo, el deporte, y gran variedad de actividades. Aunque metodológicamente hay dificultades para controlar muchas variables externas, este tipo de intervenciones nos permiten aumentar la motivación e implicación del sujeto en el tratamiento, más que si trabajáramos solo desde una perspectiva clínica (Halperin et al., 2013; Verret, Guay, Berthiaume, Gardiner, & Beliveau, 2012).

También existe una gran variedad de contextos en los que este tipo de programas se pueden poner en práctica. Por ejemplo, un programa de intervención realizado con ejercicios de gimnasia en el agua, fue capaz de mejorar la capacidad de inhibición de los participantes. En este programa se combinaban variables de rendimiento físico, como la práctica de ejercicio, con variables de funcionamiento cognitivo mediante tareas que ponían a prueba la acción y la inhibición (Chang, Hung, Huang, Hatfield, & Hung, 2014).

A pesar de constatar que el resultado de estos programas es considerable, este tipo de intervenciones por sí mismas no serían suficientes para mejorar todas las capacidades de los individuos con TDAH. Es por ello, que entre otras intervenciones la medicación sigue desempeñando un papel fundamental en la mejora del rendimiento cognitivo y motor.

Por lo que respecta a la intervención farmacológica, en diferentes investigaciones se ha constatado que el metilfenidato ha demostrado ser eficiente para mejorar los síntomas de hiperactividad e inatención. Pero también parece ser un tratamiento útil para mejorar los problemas relacionados con la motricidad, sobre todo aquellos que tienen que ver con la coordinación de movimiento, motricidad fina, equilibrio, integración visomotora y la impulsividad (Brossard-Racine, Shevell, Snider, Bélanger, & Majnemer, 2012; Flapper, Houwen, & Schoemaker, 2006).

Finalmente destacamos, una vez más, que la respuesta más eficaz parece ser la combinación entre la actividad física y un control eficiente de la medicación; que se adecuará a las características del individuo tanto por edad, sexo, subtipo de TDAH y otras variables contextuales (Harvey et al., 2007).

#### **4.5.3. Tratamiento farmacológico**

La prioridad del tratamiento farmacológico es intentar optimizar la calidad de vida de los afectados a través de la disminución de los síntomas nucleares (inatención, impulsividad, hiperactividad).

A esto se añade, que en muchas ocasiones se consigue paliar los inconvenientes propios del TDAH, como la presencia de comorbilidades, el bajo rendimiento académico, el déficit en relaciones sociales en los distintos entornos y conseguir acortar la distancia entre el esfuerzo empleado y los buenos resultados.

Bien es cierto que la intervención farmacológica requiere que previamente exista una evaluación completa y eficaz, con el fin de evitar la prescripción innecesaria de

medicación pudiendo contemplar diferentes tratamientos alternativos y/o complementarios (Goldman et al., 1998).

El tratamiento farmacológico con psicoestimulantes tiene buen nivel de eficacia para mejorar los diferentes problemas que presentan las personas con TDAH, como son la hiperactividad, los aspectos cognitivos implicados en el trastorno, el déficit de atención, las diferentes funciones ejecutivas, la memoria operativa, así como la impulsividad. También resaltaremos que con el uso de fármacos en el contexto educativo se observa un incremento del tiempo de reposo en el aula, mejor resolución de problemas respecto a los compañeros, mayor mantenimiento de la atención sostenida, perseverando más por lo que se mantienen más tiempo durante la realización de las tareas con una disminución significativa de la impulsividad (Campeño Martínez, 2014).

Ante la coexistencia de algunas comorbilidades como cuando los individuos con TDAH presentan episodio depresivo unipolar se ha estudiado la conveniencia de la fluoxetina, para los trastornos ansiosos también se han utilizado recaptadores de serotonina. Cuando existe un Trastorno bipolar se administran estabilizadores del ánimo como el ácido valproico; aunque parece que se cuestiona su utilidad. Para los trastornos de conducta, con mucho descontrol en los impulsos se administran antipsicóticos atípicos, como es la risperidona (Sandoval et al., 2009).

El tratamiento farmacológico es el que destaca como tratamiento de primera línea; porque siempre optimiza el rendimiento de los diferentes programas que se aplican (por ejemplo, el cognitivo-conductual) pero no lo consideramos suficiente para lograr un desarrollo integral de las personas que presentan esta problemática de TDAH (Orjales, 2008). Así tendremos que hacer una selección de tratamientos a incluir en su

abordaje. Subrayaremos que el tratamiento farmacológico a largo plazo con psicoestimulantes protege de posterior abuso de sustancias según Sandoval et al. (2009). Por el contrario, cuando no se da o se interrumpe el tratamiento con fármacos las tasas de consumo de drogas pueden aumentar entre los adolescentes. El Trastorno de Conducta favorece esta posibilidad especialmente cuando se da en conjunto con el TDAH.

Tras la exposición de estas valoraciones planteamos la necesidad de realizar un tratamiento multimodal en el que a la terapia farmacológica sea complementada con intervención psicológica. Puesto que queda demostrado en la literatura que por sí solos ninguno de los dos tratamientos logra la plena efectividad (Miranda, Fernández, Roselló & Colomer, 2012.; MTA Cooperative Group, 2004).

Estamos de acuerdo cuando se señala la terapia cognitivo-conductual como una de las más idóneas en el tratamiento de los síntomas de TDAH en adultos, contribuyendo a la mejora de la sintomatología comórbida (ansiedad, depresión...). Por lo que todas las terapias deben incluir un componente cognitivo-conductual en sus programas.

#### **4.5.4. Terapia Metacognitiva (TMC)**

La terapia Metacognitiva se fundamenta en los principios de la terapia cognitivo-conductual, en los métodos de autoregulación y en las estrategias para mejorar la autoeficacia. Esta terapia contempla como base de la intervención la planificación del tiempo, la activación conductual, estrategias organizacionales, mantenimiento de la motivación y manejo de pensamientos automáticos. El modo de trabajo de este tipo de

intervención es iniciar la terapia individualmente aunque posteriormente se incluyen sesiones de terapia grupal.

Al poner en práctica, este tipo de terapia, en población con TDAH encontramos que las principales mejoras se centran optimizar las funciones ejecutivas y los síntomas nucleares del TDAH (inatención, impulsividad e hiperactividad). La intervención también permite aplicar las estrategias metacognitivas en la vida cotidiana.

Además la condición de terapia de grupo favorece que los participantes obtengan un feedback de sus actuaciones, tanto por parte de los terapeutas como de los compañeros, y mantener la motivación.

También se ha comparado la efectividad de la terapia metacognitiva respecto a la intervención psicoeducativa. En el plano educacional se incluyen componentes como el asesoramiento e información sobre el TDAH, compartir experiencias, la construcción de redes de apoyo, desmontar mitos, dudas sobre el tratamiento farmacológico y el manejo de los síntomas en el día a día. No obstante, estas intervenciones no son suficientes para mejorar los síntomas de inatención si no incluyen estrategias de planificación recogidas en el modelo TMC (Solanto, Marks, Mitchel, Wasserstein & Kofman, 2008; Solanto et al., 2010; Vidal-Estrada et al., 2012).

Por lo que respecta a la presencia de comorbilidades como ansiedad, depresión, ideas suicidas y consumo de drogas y alcohol no mejoran con único modelo de intervención ya sea psicoeducativa o metacognitiva. Por ello, desde nuestro punto de vista, recomendamos una intervención a nivel individual que contemple también el seguimiento y la inclusión de terapia farmacológica, en caso de que sea necesario.

#### **4.5.5. Rehabilitación cognitivo-conductual grupal**

Este modelo de terapia consiste en la aplicación de las técnicas del paradigma cognitivo-conductual para trabajar en grupos terapéuticos. Los diferentes modelos que adoptan este enfoque comparten una serie de módulos comunes en el diseño de sus intervenciones. En el inicio se plantea un bloque introductorio que incluye metas y objetivos, seguidamente se implementan las distintas actividades y estrategias a lo largo de las distintas sesiones. Por último, tienen una fase de conclusión en la que los participantes reflexionan sobre su propia evolución a lo largo del programa.

En su aplicación para los grupos de TDAH se adopta una perspectiva neuropsicológica, es decir, los módulos a trabajar se establecen a partir de las necesidades específicas de las personas con TDAH. Para cubrir estas necesidades podemos instruirles en mejorar su conocimiento sobre el TDAH y el impacto que ocasiona en sus vidas, que planteen su problemática en grupo, estableciendo así redes apoyo social.

Los módulos específicos para el TDAH incluirían la psicoeducación que hemos mencionado, la motivación para el cambio, conseguir la adquisición de habilidades organizativas que palien las dificultades que presentan las personas con TDAH, técnicas de mejora de la atención, reducir la impulsividad y afrontar la distractibilidad.

También incluyen aspectos emocionales como la autoregulación, técnicas de relajación, fomentar la autoestima, el manejo de la ira, competencia social mediante la adquisición de las habilidades sociales y técnicas de reestructuración cognitiva para identificar pensamientos automáticos y lidiar contra la procrastinación.

Algunos de los beneficios que pueden obtener las personas con TDAH, tras la aplicación de los distintos módulos en terapia, son: la mejora en la autoregulación, una

mayor autoestima, disminución del impacto de las comorbilidades como trastornos de ansiedad y depresión (Huang, Qian, & Wang, 2015; Stevenson, Whitmont, Bornholt, Livesey, & Stevenson, 2002; Vidal-Estrada et al., 2012; Virta et al., 2008).

#### **4.5.6. Tratamiento combinado: Terapia cognitivo-conductual y medicación**

Entendemos por tratamiento combinado la composición de una intervención psicológica y tratamiento farmacológico.

En algunas investigaciones se ha tratado de dilucidar cuál de estos dos componentes es más efectivo o si en conjunto aportan un efecto de mejora adicional. Los resultados a nivel general apuntan en la dirección de que los fármacos servirían como apoyo de las terapias psicológicas, mejorando su efectividad y adherencia al tratamiento. Por ello, es importante llevar a cabo un buen diseño de la intervención psicológica, contemplando aspectos clave a integrar en el tratamiento de la persona con TDAH.

Además de los elementos constitutivos de los módulos mencionados previamente, en la terapia cognitivo-conductual grupal, a continuación indicamos otra serie de aspectos que deben quedar recogidos en los programas de intervención individual distinguiéndolos por su vertiente cognitiva, emocional y social.

En el plano cognitivo incluimos tanto estrategias de aprendizaje como de resolución de problemas que incluyan una correcta identificación del problema, las estrategias de resolución, el pensamiento consecuencial y la adquisición de autoinstrucciones.

La intervención emocional trata de fomentar la empatía, mediante la identificación de los pensamientos y sentimientos del otro, y la tolerancia a la

frustración. Por último en la parcela social se intervendrá sobre las habilidades interpersonales, el manejo de conflictos y toma de decisiones para instaurar una conducta prosocial (Emilsson et al., 2011; Safren, et al., 2005; Weiss et al., 2012; Willens et al., 1999).

#### **4.5.7. Técnicas de relajación, yoga y mindfulness**

Las técnicas de relajación y el yoga constituyen un núcleo de conocimientos que relacionan la fisiológica y los procesos mentales con los niveles de activación del cuerpo. El control de la activación se logra mediante la modulación de la respiración (técnicas de respiración), control de la postura y el dominio de los pensamientos (Jensen, 2002).

Debido a los efectos adversos de la medicación, la implementación de estas terapias ha crecido considerablemente, incluso especialistas médicos (psiquiatras) lo recomiendan. Algunas personas con TDAH que reciben tratamiento farmacológico suelen informar de efectos secundarios como: falta de apetito, dolores de cabeza, molestias abdominales, problemas para conciliar el sueño e irritabilidad.

Además de compensar los efectos negativos que pueda tener la medicación, algunos autores afirman que las técnicas de yoga son capaces de mejorar funciones cognitivas como la memoria, la atención, y la concentración. Del mismo modo, también plantean su efectividad a la hora mejorar la sintomatología comórbida como ansiedad, neuroticismo, trastornos obsesivos compulsivos y depresión (Hariprasad, Arasappa, Varambally, Srinath, & Gangadhar, 2013).

No obstante, falta por comprobar si el efecto de estos beneficios perdura en el tiempo y si realmente la mejoría se debe a la intervención mediante el yoga. Dado que

muchos de los estudios carecen de grupo de control, disponen de un bajo tamaño muestral y sobre todo con población infantil.

La hipótesis de partida de estos estudios es que al realizar una actividad que exige largos periodos de concentración, como es el yoga, mejorarían los procesos cognitivos y la atención. Sin embargo, debido a las limitaciones metodológicas de estos estudios no se puede establecer una relación causal entre el yoga y la mejora de los síntomas de TDAH (Lange et al., 2014).

Junto a estas tendencias, en la última década, también se ha desarrollado de forma paralela la inclusión del mindfulness en las terapias. Este consiste en un método de trabajo de la atención, basado en el entrenamiento con meditación, para que la persona adquiriera una mayor conciencia de sí misma mientras realiza cualquier tipo de tarea y que a la vez tome conciencia de su sintomatología. Algunos de los beneficios de esta práctica enlazan con las funciones ejecutivas y los síntomas de inatención aunque estos estudios también comparten las limitaciones metodológicas ya citadas (Weijer-Bergsma, Formsma, Bruin, & Bögels, 2012).

Aún teniendo en cuenta todas las limitaciones consideramos que es importante contemplar la integración del yoga y del Mindfulness en la intervención psicológica y farmacológica sin sustituirlas.

#### **4.5.8. Coaching**

Estos modelos de terapia tienen su origen en los entrenamientos deportivos. La metodología empleada se apoya en un proceso de identificación de los puntos débiles y un tratamiento centrado en el sujeto. También se plantean objetivos relacionados con

las estrategias de afrontamiento, las dificultades de concentración, y la percepción de autoeficacia (Kubik, 2010).

Existen numerosos estudios que apoyan este último método y que destacan las ventajas del Coaching como tratamiento para el TDAH. Este tipo de intervención tiene como objetivo mejorar tanto aspectos emocionales y motivacionales como estrategias de organización y técnicas de estudio. Todo ello con el objetivo de lograr una mayor autonomía y regulación (Prevatt, Lampropoulos, Bowles, & Garrett, 2011; Vidal-Estrada et al., 2012).

No obstante, debemos destacar que este tipo de intervención nunca sustituye al tratamiento psicológico y/o farmacológico, por el contrario participa de forma complementaria. Por tanto, requiriendo de la integración de los distintos tratamientos para lograr mejoras significativas (Murphy, Ratey, Maynard, Sussman, & Wright, 2010).

A modo de conclusión, planteamos que el perfil psicoeducativo del TDAH debe estar incluido en un modelo multifactorial donde se contemple la participación de diferentes profesionales.

Este modelo inclusivo y multidisciplinar nos permitirá realizar una intervención interactiva, flexible e integradora que examine el área clínica-farmacológica, escolar-psicoeducativa, y familiar-social del individuo. Siendo además imprescindible la formación e instrucción de los docentes y familiares en el abordaje del TDAH, con intervenciones tanto en la escuela como dentro de la familia (Martínez-Frutos, Herrera-Gutiérrez & López-Ortuño, 2014; Martínez-Frutos, Herrera-Gutiérrez & Peyres, 2014 Miranda et al., 2000).

De este modo, nuestro foco de atención no es solo paliar los síntomas y características negativas del TDAH. Precisamente, uno de nuestros objetivos debe ser realizar un perfil individualizado que contemple las potencialidades personales que puedan contribuir a alcanzar un óptimo desarrollo personal y un equilibrio emocional y social (Herrera-Gutiérrez, 2015).

---

## **PARTE II: ESTUDIO EMPÍRICO**

---



## **CAPÍTULO V**

### **ESTUDIO DESCRIPTIVO**

#### **5.1. Introducción**

Actualmente, en la quinta edición del manual diagnóstico de la APA (2013), DSM-5, el ahora denominado Trastorno por déficit de atención/hiperactividad viene recogido como un trastorno del neurodesarrollo.

Hemos de decir que el grupo de afecciones que presentan las personas con TDAH tiene su inicio en el período del desarrollo. En consecuencia, las dificultades del trastorno se manifiestan de manera precoz en la etapa de educación infantil; es decir, antes de asistir el menor a la enseñanza primaria. Estos problemas son reconocibles porque los individuos muestran un déficit de desarrollo que influye en su funcionamiento personal, social y académico o laboral.

Destacaremos que los déficits que presentan estas personas en su desarrollo pueden limitarles de tal modo que les hagan manifestar dificultades específicas de aprendizaje o del control de las funciones ejecutivas.

El TDAH es un trastorno que hace que los individuos muestren niveles destacados de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad que, en ocasiones, les incapacita para seguir tareas, les lleva a tener una aparente incapacidad para escuchar y gran facilidad para perder materiales. Dificultades que son incompatibles con la edad y nivel de desarrollo. También tienen una actividad motora excesiva que les provoca una actitud nerviosa, que además de inducirles a problemas para estar sentados o sosegados,

en aquellas situaciones que lo requieren, les ayuda a entrometerse en las actividades de otras personas y les provoca dificultades para esperar su turno, lo que hace que no presenten habilidades para adecuarse al momento o saber estar en cualquier situación.

Todos los problemas expuestos anteriormente suelen provocar inconvenientes a los menores que presentan trastornos externalizantes, tales como el TND y el trastorno de conducta. Estas complicaciones pueden persistir hasta la edad adulta (Lara et al., 2009); ocasionándoles un deterioro en diferentes ambientes, como es en la familia, en los centros académicos y en el entorno laboral, si tienen una ocupación.

En cuanto a la idea de que los individuos con TDAH presentan diferentes problemas, muchas veces es debido a que la sintomatología varía a lo largo de su vida, y al manifestarse de manera diversa, según circunstancias del momento, hacen que surjan inconvenientes de una índole u otra. Así, por ejemplo, hay estudios de seguimiento que indican que los menores con TDAH tienen menor rendimiento escolar, pues a menudo la repetición de cursos en ellos es superior y son más proclives a que se les expulse del centro educativo, siendo también más fácil que sufran accidentes de mayor gravedad (Benito-Moraga, 2008; Molano Bilbao, 2012).

Como todos sabemos, el TDAH es un trastorno complejo, muy heterogéneo en sus manifestaciones, que nunca pueden ser atribuibles a una única causa. Así, son diversas las explicaciones; por ejemplo, tal y como señalan Sánchez Mármol y Herrera-Gutiérrez (2010), hay una hipótesis bastante aceptada sobre el papel que desempeña la corteza prefrontal derecha en este trastorno.

Los cambios que se dan en la neuroanatomía y los factores neuroquímicos del sujeto que presenta TDAH hacen que digamos que es un trastorno de origen neurobiológico y que presenta unas manifestaciones clínicas a consecuencia de un mal

funcionamiento en ciertas zonas del cerebro (Soutullo Esperon, et al., 2013). En este sentido, el profesor Barkley (1997) sostiene que en estos individuos hay un fallo en la activación o no de las funciones ejecutivas, sobre todo en la falta de control inhibitorio, ante la situación de dar respuesta de modo rápido. Siguiendo con las ideas del Dr. Barkley, las manifestaciones más significativas se aprecian en la inhibición de respuestas, perjudicando la memoria de trabajo no verbal, la verbal, la autorregulación emocional y la planificación y realización de problemas dirigidos a la acción. Afecta a la Memoria de trabajo no verbal porque estas personas tienen dificultades para rescatar imágenes; es decir, información visual de acciones pasadas para recordar sus consecuencias.

También repercute en la Memoria de trabajo verbal porque está deteriorada la capacidad de habla interna, que nos indica qué reflexiones se tienen que hacer y qué autoinstrucciones emplear. De este modo, la propia regulación interna, que modula esta capacidad, se encuentra alterada.

Otra complicación que genera el fallo en la activación de las funciones ejecutivas es el control de las emociones, pues el ajuste y su moderación son difíciles, ya que la autorregulación emocional no es posible.

Y otro brete al que se enfrentan los individuos cuando tienen TDAH es la toma de decisiones para la planificación y resolución de problemas. Principalmente, en aquellas ocasiones en las que se requiere de gran capacidad para innovar, para planificar una respuesta y ver cuál es la que más compensa, ante los problemas que se planteen, y para una posterior planificación de los diferentes planos o vertientes de su vida futura.

En conexión con las ideas anteriores, es importante advertir que, si bien actualmente hay evidencia empírica que sostiene que es un trastorno de origen genético

y biológico, su evolución y su pronóstico favorable o negativo va a depender de la influencia de los factores ambientales (Asherson et al., 2007; Bock & Braun, 2011; Del Campo, Chamberlain, Sahakian, & Robbins, 2011; Jarque Fernández, 2012).

En consecuencia, cabe resaltar la importancia de trabajar con estos individuos, desde la etapa infanto-juvenil, cuando se atisban las primeras manifestaciones que indican que puede existir un trastorno de TDAH, con el objetivo de paliar los síntomas asociados y reducir así el impacto en la edad adulta.

En la práctica de la intervención en este trastorno, se trata de abordar el trabajo desde todos los sistemas: escuela, familia y sociedad. Una vez recogidas todas las necesidades individuales y familiares es preciso dar un enfoque multidisciplinar al tratamiento. Y para poder decidir qué actuaciones se realizan, de cara a hacer una intervención multimodal de primera línea, tendremos que haber revisado y recogido previamente todos los tratamientos realizados (a nivel psicológico, pedagógico, social, medico, familiar, etc.) publicados en la literatura especializada acerca del TDAH y los posibles trastornos relacionados que presentan estos pacientes.

Alentados por esta preocupación de tipo aplicado y reconociendo la necesidad de este planteamiento general multifactorial, cabe preguntarse además por la especificidad del trastorno y su concreción en diferentes subtipos. Se trata de un campo de estudio no suficientemente abonado, en lo que al perfil psicoeducativo y de comorbilidad se refiere, que es precisamente lo que nos llevó a desarrollar la presente investigación.

## **5.2. Objetivo**

El objetivo *general* de esta investigación fue conocer el perfil psicoeducativo y de comorbilidad de los diferentes subtipos de TDAH en una muestra de adolescentes con este diagnóstico.

Los objetivos *específicos* fueron: a) describir y analizar las características cognitivas asociadas al TDAH en la adolescencia, atendiendo a posibles diferencias en función del subtipo o presentación clínica; b) estudiar y describir el perfil de personalidad de los adolescentes con trastorno hiperactivo, dependiendo del subtipo concreto que presentan; y c) describir y comparar la comorbilidad de cada subtipo de TDAH en una muestra de adolescentes.

Así pues, se trataba de conocer y estudiar la dimensión cognitiva de los adolescentes del estudio y de recoger las características de su personalidad, así como posibles problemas asociados. Todo ello con especial consideración a las distintas presentaciones clínicas de TDAH. Una información de especial interés, no sólo desde la perspectiva de sus implicaciones en el proceso de enseñanza-aprendizaje, sino también por su influencia en el ajuste y desenvolvimiento general de estos menores.

### **5.3. Método**

En este trabajo de investigación empleamos una metodología descriptiva. Por tanto, de acuerdo con Sampieri, Fernández & Baptista (2007), tan solo pretendemos describir las variables del grupo de población objeto de nuestro análisis. Con un carácter exploratorio y transversal, donde recogemos una serie de variables cognitivas y de personalidad, analizadas de modo detallado. La metodología del estudio elegida restringe así la posibilidad de contar con grupo de control.

#### **5.3.1. Participantes**

En la presente investigación participaron 121 adolescentes con edades comprendidas entre doce y dieciocho años, siendo la edad media de 13.9 años y la

desviación típica (DT) de 1.7 años. La muestra estaba compuesta por un 81% de hombres y un 18,2% de mujeres. Todos los participantes eran residentes en la Región de Murcia y eran usuarios de las diferentes sedes de la Asociación ADA±HI. Por ello, su procedencia era variada dentro de esta Comunidad Autónoma.

Todos estaban, por tanto, en un contexto de población clínica, habiendo sido diagnosticados de TDAH. Es reseñable una particularidad de la muestra. Por el tiempo transcurrido desde que se inició la investigación, los adolescentes que participaron en el estudio fueron diagnosticados con diferentes ediciones del DSM. En cualquier caso, esta circunstancia no ha supuesto un problema, ya que los criterios diagnósticos se solapan al 100% entre el DSM-IV y el DSM-5.

Tenemos que resaltar que la mayoría de los jóvenes acudía a la asociación ADA±HI a petición de sus padres; estos últimos siempre solicitando ayuda porque les suponía un gran esfuerzo entender y aceptar las problemáticas que presentaban sus hijos. Algunos de los menores ya estaban varios años en la asociación recibiendo atención terapéutica.

### **5.3.2. Instrumentos**

Atendiendo a los objetivos de nuestra investigación, los instrumentos en los que nos hemos apoyado en este trabajo son los siguientes:

**Test breve de inteligencia de Kaufman o K-BIT**, en su versión española (Kaufman & Kaufman, 2009). Esta prueba fue elegida porque es un test de cribado que mide inteligencia general y que nos permitía aplicarlo en un amplio rango de edad (de 4 a 90 años). Esta prueba es sencilla, de rápida aplicación y fácil corrección. Su duración oscila entre 15 y 30 minutos para población estandarizada, aunque en nuestra muestra fue mayor en ocasiones el tiempo empleado en su aplicación. También apuntaremos

que la corrección de la prueba facilita el trabajo a los evaluadores por su rapidez, ya que se corrige con destreza en poco tiempo.

Trabajar con el test K-BIT permitió evaluar la inteligencia verbal y no verbal, a través de los subtest de Vocabulario y Matrices. Tenemos que destacar que es un test de screening. En caso de que en los resultados de algunos de los participantes en el estudio se apreciaran diferencias significativas entre los subtests habría que recurrir a otro tipo de pruebas; es decir, tests más amplios de inteligencia o rendimiento (por ejemplo, las pruebas de Wechsler). Por tanto, no debería darse ninguna interpretación neuropsicológica, ni educativa a una diferencia significativa entre las puntuaciones típicas de ambos subtests, Vocabulario y Matrices (Kaufman & Kaufman, 2009); mientras que no se hiciera una exploración con pruebas más específicas a las necesidades que se detectaran.

El subtest 1 de Vocabulario consta a su vez de una parte A y otra B. La primera (A) contempla 45 ítems pertenecientes a vocabulario expresivo y la segunda (B) 37 ítems pertenecientes a Definiciones. Estos ítems nos aportan información sobre la inteligencia cristalizada, la cual se relaciona con la adquisición de hechos e información cultural, sobre todo recogida en la escuela y en el mundo cultural. Su desarrollo potenciará la adquisición de lenguaje y por tanto de habilidades verbales, ya que se apoya en el conocimiento de palabras y la formación de conceptos verbales.

El subtest 2 de Matrices consta de 48 ítems. Esa parte se considera una medida de la habilidad intelectual o del proceso mental. Evalúa el razonamiento no verbal de una persona. Se realizan tareas que se asemejan a las que se consideran para detectar la inteligencia fluida. Permite conocer las habilidades no verbales y capacidad para resolver nuevos problemas, a partir de la habilidad mostrada por el individuo para

percibir relaciones y completar analogías. Los ítems del subtest de Matrices están compuestos por dibujos o figuras abstractas que no corresponden a palabras, por ello podemos concluir diciendo que valoramos la capacidad de razonamiento lógico no verbal y espacial.

Con este instrumento analizaremos las puntuaciones obtenidas en las variables de Vocabulario y Matrices, y además averiguaremos el CI compuesto de los participantes de la muestra.

Hay que resaltar que este test, en su versión española, tiene propiedades psicométricas destacadas y que, además, presenta una fiabilidad y validez concurrente y de constructo de las pruebas, porque cumple el cometido para el que se diseñó. Como prueba de ello, para Vocabulario Expresivo presenta un coeficiente de fiabilidad test-retest de 0.95, para la parte B del subtest de Definiciones de 0.91, para Vocabulario de 0.94, para Matrices de 0.86 y para el CI compuesto de un 0.98.

Los coeficientes de fiabilidad fueron obtenidos mediante el método de las dos mitades para Vocabulario, Matrices y CI Compuesto.

En cuanto a la validez externa, aunque hemos recomendado la aplicación de pruebas de evaluación complementarias, sí se observaban discrepancias significativas entre los subtests (vocabulario y matrices), tal como hemos expresado con anterioridad. Así mismo, tenemos que destacar la información desprendida del análisis de validez externa del K-BIT con las pruebas de Wechsler.

Los resultados descritos confirman una correlación de nivel medio-alto entre los subtest del K-BIT (vocabulario y matrices) con los subtests equivalentes en las pruebas de Wechsler WAIS-R y WISC-R. Por lo que podemos estipular que el K-BIT mide los mismos constructos (aptitud general) que estas pruebas con una alta correlación. Es por

estas cualidades que defendemos su aplicación en esta investigación. Aún siendo una prueba de screening, posee una gran validez concurrente con los test de rendimiento y permite la identificación de dificultades en el ámbito escolar.

**Cuestionario de Personalidad para Adolescentes 16PF-APQ** (Schuerger, 2013), en adelante APQ. Utilizamos la 3ª edición revisada y ampliada por TEA ediciones. Este cuestionario está diseñado para evaluar a adolescentes desde los 12 hasta los 19 años, según las sugerencias del autor; aunque el profesional podría considerar la posibilidad de aplicarlo a jóvenes de menor edad o de mayor edad, siempre que el nivel lector, el cognitivo y las experiencias personales se lo permitieran. En cuanto al tiempo de duración en su realización, se estima que podría oscilar entre 45 y 60 minutos en población estándar; algunos individuos de la población clínica podrían necesitar un mayor tiempo en la realización del cuestionario.

Antes de entrar en el análisis descriptivo de la prueba argumentaremos los motivos por los que hemos escogido este test. En primer lugar, las áreas de aplicación a las que va destinado no se restringen únicamente al ámbito clínico, sino que el test permite su aplicación en diversos contextos, como el educativo, laboral, forense y deportivo.

En segundo lugar, el test está respaldado por una sólida fundamentación teórica basada en el análisis factorial de rasgos de personalidad de Catell. Por tanto, estamos hablando de modelos de personalidad probados empíricamente y con unas buenas propiedades psicométricas. Estas propiedades, aunque no se hayan replicado en la población española, incluyen una potente validez de contenido, de constructo y una alta fiabilidad en la obra original.

Por último, destacamos la rigurosidad llevada a cabo durante el proceso de

baremación y la calidad de su adaptación en la versión española. El muestreo recoge un amplio número de individuos, tanto de hombres como de mujeres, pertenecientes al rango de edad descrito.

El APQ contiene un cuadernillo donde aparecen los elementos del cuestionario, enumerados del 1 al 200. Se muestran divididos en tres secciones: elementos de personalidad, intereses ocupacionales y problemas personales. La primera sección tiene Parte 1 y Parte 2, la segunda Parte 3 y la tercera Parte 4. En la hoja de respuestas aparecen las diferentes partes en recuadros. De este modo, tendremos en la primera parte características personales; es decir, rasgos de personalidad que tendrán que descifrarse de las respuestas dadas en los primeros 134 ítems. En la segunda parte, resolución de problemas, contemplados del ítem nº 135 al 145, incluidos ambos. En una tercera parte recogeremos las preferencias ocupacionales y en la última parte las dificultades cotidianas, comprendidas entre los ítems 161 y 200.

En el momento en que se iniciaba la realización de la prueba, el adolescente recibía el cuadernillo con los ítems y una hoja para las respuestas. Cuando se daba a los menores las instrucciones (recogidas en el cuadernillo de cuestiones), se les pedía que no pensarán o se detuvieran demasiado tiempo en el contenido de las frases, que solo contestaran la opción "?" cuando no tuvieran más posibilidades de respuesta entre las opciones alternativas extremas (V o F). También se les decía que procuraran no dejar ninguna cuestión sin señalar en las opciones de respuesta y que fuesen sinceros. Aspecto importante ya que la validez de esta prueba tiene mucho que ver con las orientaciones dadas al inicio de la realización y, así mismo, con la sinceridad con la que los adolescentes contestan (no olvidemos que es un cuestionario de autoinforme).

Después, tras la realización de los cuestionarios por los adolescentes,

obtendríamos los resultados mediante la corrección del APQ por la plataforma de corrección de tests por Internet de TEA Ediciones. Se eligió esta modalidad de procedimiento informático para incurrir en menos posibilidades de error, si se hubiera hecho de forma manual el porcentaje se hubiera incrementado.

Para la investigación efectuada, se decidió trabajar con las puntuaciones centiles de las diferentes variables del cuestionario APQ, atendiendo a la siguiente clasificación: 1) Estilos de respuesta; 2) Dimensiones globales; 3) Escalas primarias; 4) Preferencias ocupacionales; y 5) Dificultades cotidianas.

Siempre, los estilos de respuesta se evalúan en un primer momento para ver si existen sesgos de respuesta que hayan distorsionado el perfil y, por ello, tenga poca validez. En la interpretación de los estilos de respuesta tendremos en cuenta la Manipulación de la imagen (MI), las Respuestas en blanco (Rb), las Respuestas centrales de personalidad (Rcp) y las Respuestas centrales de dificultades (Rcd).

- Manipulación de la imagen (MI). Alude a la deseabilidad social. Cuando se obtienen puntuaciones altas estamos ante respuestas socialmente deseables, cuando son bajas las puntuaciones, tal vez, el sujeto desea admitir rasgos que le llevan a conductas no deseables. Cuando obtengamos puntuaciones extremas deberemos buscar más allá del resultado, indagar en los datos existentes y obtener otros además de los evaluados. El individuo puede pretender manipular la imagen en relación a él mismo o en relación a los demás. Estas posibilidades pueden responder a actitudes conscientes o inconscientes, o a la propia idiosincrasia del evaluado. Posiblemente cambie por adaptarse a la situación del momento. Así, será el profesional quien tenga que aplicar su criterio para considerar su validez o en caso contrario volver a repetirlo.

- Respuestas en blanco (Rb). Deben recogerse para ver qué ha ocurrido. Si tiene muchas (dos o más) hay que cotejarlo con el individuo, ver si son errores por descuido, por falta de atención, inconsistencia, etc.
- Respuestas centrales (Rc). El tipo de respuesta central es más frecuente que el estilo de respuesta en blanco. A pesar de advertirle a la persona que realiza el test que tienda a inclinarse por las opciones de verdadero o falso, muchos son los que contestan con la opción “?” en algún momento. Tendríamos que ver a qué causa corresponde esa inclinación hacia unas respuestas que se determinaron poco adecuadas.

También analizaremos las puntuaciones centiles recogidas en las dimensiones globales de personalidad:

- Extraversión (Ext). Se aprecia cuando el adolescente enfoca su atención hacia las personas que le rodean y muestra su interés y manera de relacionarse.
- Ansiedad (Ans). Puede surgir debido a estímulos internos o externos. Puede significar una disputa o huida respecto a una amenaza real o irreal, pero la persona así lo percibe. Puede dificultar la apreciación de las cosas con claridad hacia el mismo y los demás.
- Dureza (Dur). Hay una falta de apertura y una inflexibilidad. La persona puede tener dificultades para aceptar nuevos puntos de vista, incluidos los que conllevan emociones.
- Independencia (Ind). Puede ser referida a los pensamientos y a los hechos. A veces pueden ser independientes en un extremo que resulten poco confortables

para adecuarse a los demás.

- Autocontrol (Aut). Capacidad del individuo para controlar sus impulsos en todo momento.

Después de haber analizado las puntuaciones centiles de las dimensiones globales, daremos paso a la interpretación de las escalas primarias. La información para la interpretación ha sido tomada de la evidencia disponible en el momento de elaborar el APQ, recogido en la 3ª edición del Cuestionario de Schuerger (2013):

- Afabilidad (A). Describe a una persona cauta, reservada en sus relaciones o que tiene interés por las personas que le rodean.
- Razonamiento (B). Capacidad para resolver problemas mediante el razonamiento.
- Estabilidad Emocional (C). Una persona que tiene capacidad para adaptarse y afrontar los problemas cotidianos de la vida y sus retos, en relación a las emociones.
- Dominancia (E). Esta escala resalta la tendencia del individuo a ejercer su dominio sobre la voluntad de los demás.
- Animación (F). Se refiere a una persona que es entusiasta, espontánea y dada a estar activada en situaciones de tipo social.
- Atención a las normas (G). La escala responde a la apreciación de cómo se han interiorizado y cómo se emplean las normas culturales de lo correcto e incorrecto para gobernar la conducta humana (Schuerger, 2013).
- Atrevimiento (H). Es una escala que, en su extremo positivo (puntuación

alta), describe a un individuo de tendencia aventurera, atrevida y que no muestra temor a las situaciones sociales.

- Sensibilidad (I). La escala tiene un contenido que apunta más a los aspectos sentimentales y gustos estéticos de la persona, y tiende menos a lo operativo de las cosas y del trabajo.
- Vigilancia (L). Referida a la actitud que tiene la persona sobre la posibilidad de no verse comprendida o que se aprovechen de ella.
- Abstracción (M). Esta escala es una medida del sentido práctico. Puntuaciones altas describen personas abstractas, poco prácticas.
- Privacidad (N). Esta escala se refiere al ámbito de la vida privada. Una puntuación elevada indica que la persona pretende protegerse de cualquier intromisión, quizás por desconfianza hacia los demás.
- Aprensión (O). Alude a la posibilidad de que la persona sea demasiado recelosa, se preocupe por las cosas y tenga sentimientos de desconfianza.
- Apertura al cambio (Q1). Las personas que puntúan alto en esta escala son las que buscan nuevas ideas y están abiertas a mejorar lo ya existente.
- Autosuficiencia (Q2). Escala que indica que el individuo toma las decisiones por él mismo.
- Perfeccionismo (Q3). La escala especifica si la persona quiere hacer bien las cosas y es organizada, por lo que pone todo en su lugar, está atenta a los detalles y planea las necesidades.
- Tensión (Q4). La escala narra la tensión nerviosa que presenta la persona.

Los siguientes aspectos que comentaremos son los referidos a las preferencias ocupacionales. El APQ contempla los tipos Manual, Científico, Artístico, Ayuda, Gestión o comercio y Organización. Estas preferencias ocupacionales según Schuerger (2013) están basadas en los seis tipos clásicos de Holland: Realista, Investigador, Artístico, Social, Emprendedor y Convencional. En el cuestionario 16 PF-APQ los posibles tipos son los siguientes:

- **Manual.** Está aludiendo a jóvenes que les gusta utilizar las manos para trabajar, se interesan por las cosas de tipo material más que por las personas. Son prácticos ante las situaciones cotidianas de la vida. Al tener un estilo cognitivo práctico y concreto les gustan menos las ocupaciones de tipo intelectual. Algunas profesiones que se identifican con este tipo de intereses son las de carpintero, ingeniero y granjero.
- **Científico.** Son jóvenes que les gustan las ideas y la investigación. Su estilo cognitivo racional y de curiosidad les hace no poner atención en los puestos de dirección y persuasión hacia los demás. Ciertas profesiones que están impregnadas de estas preferencias son las de biólogo, físico, analista de sistemas, médico de laboratorio y también director de investigación.
- **Artístico.** Requieren de tareas no muy estructuradas, con un enfoque interior ante la vida. Poseen un estilo cognitivo creativo y divergente. Suelen desear y ser artistas, editores, actores o músicos. Tampoco les preocupan las situaciones donde pueda existir cierta ambigüedad.
- **Ayuda.** Son adolescentes que les motiva el ayudar a la gente, cuando están con otras personas se sienten satisfechos, sobre todo si pueden emprender actos

solidarios. Son menos dados a la realización de trabajos manuales. La mayoría de ellos tienen un estilo cognitivo inductivo e interactivo. Las profesiones más usuales de este tipo son las de maestro o profesor, médicos, enfermeros y técnicos especialistas para la comunidad, entre otras.

- **Gestión o comercio.** También es propio de los jóvenes que con facilidad entablan relación con otras personas. Pero en esta modalidad elegida no pretenden ayudarles, sino que buscan persuadirles y hacerse responsables de estas personas. El estilo cognitivo que suelen poseer es el racional, lógico y persuasivo y tienden a tener como meta destacada la dominancia sobre otros.
- **Organización.** Son diferentes profesiones las que recoge este tipo de preferencia ocupacional, como son las de secretario, cajero de banco y administrativo. No desean oficios que provoquen situaciones ambiguas o inseguras. Por tanto, le van tareas más concretas, las cosas establecidas dentro de un orden y asimismo la realización de inventarios y recuentos.

A continuación pasaremos a describir las puntuaciones referidas a las Dificultades cotidianas, las cuales están agrupadas en cuatro partes: 1) Malestar personal; 2) Meterse en problemas; 3) Contexto de las dificultades; y 4) Afrontamiento.

Cada parte, expresada anteriormente, contiene varias escalas, y para su interpretación debemos siempre volver a tener en cuenta en consideración las puntuaciones obtenidas en respuestas en blanco, centrales y manipulación de la imagen (Rb, Rc y MI). Veamos la descripción de este grupo de escalas.

- **Desánimo (Des).** La persona muestra desánimo, cierta apatía y perturbación. Deben obtener una puntuación bastante regular sino es una muestra clínica. En

caso de que sea una persona con tendencia a pensar que la vida tiene pocas cosas que merezcan la pena, que se sienten muy solos o posibles pensamientos suicidas habrá que indagar qué está pasando.

- Preocupación (Pre). Aquí se recogen las preocupaciones que los adolescentes suelen tener; por ejemplo, que les cuesta aceptarse y se rebelan contra ellos mismos. También se recogen determinadas situaciones que les dan miedo y aspectos de la ansiedad destacados.
- Imagen pobre de sí mismo (Ima). En este caso se evalúan las preocupaciones que tienen los adolescentes en cuanto a su cuerpo, como son las referidas a su peso, alimentación y aspectos físicos en general.
- Disconformidad general (Dis). En ella quedan recogidas las escalas de desánimo, preocupación e imagen pobre de sí mismo.
- Ira-agresión (Ira). Aquí se recogen las acciones y sentimientos que provocan situaciones violentas hacia los demás.
- Dificultades con la autoridad (Aut). Valora la posibilidad de que los adolescentes presenten problemas serios y tiendan a no respetar la autoridad.
- Dificultades con alcohol y drogas (Adi). No es fácil que los adolescentes informen sobre estas problemáticas, relacionadas con el alcohol y drogas. Las puntuaciones elevadas suelen recogerse en chavales que ya tienen inconvenientes con su consumo.
- Total en dificultades (Tot). Aquí se recogen todos indicadores de las escalas anteriores de ira, alcohol o drogas y dificultades con la autoridad.

- Dificultades en casa (Cas). Alude a conflictos en el contexto familiar. También puede contribuir a otras escalas como la de adicciones.
- Dificultades en el colegio (Col). Además de recoger elementos de otras escalas, principalmente se refiere a lo que acontece en el contexto educativo.
- Afrontamiento deficiente (Afr). Hace referencia a la competencia social, la capacidad para librar tareas, resolver problemas, presentar valores razonables y cambios de actitud que requiera el momento.

**Criterios diagnósticos DSM-5** (APA, 2013). Respecto a la información relativa al TDAH (el subtipo concreto y la posible presencia de comorbilidad, en particular TND, una de las más frecuentes), se recabó información mediante un dossier de escalas con los criterios diagnósticos del DSM-5 cumplimentados por la familia y los profesores (véase el Anexo 1) y completados por la valoración de un especialista en TDAH.

### 5.3.3. Procedimiento

Para seleccionar a los participantes se realizó un muestreo intencional. Por ello, para administrar los cuestionarios de inteligencia y personalidad se contó con el consentimiento informado de los padres de los participantes. La aplicación de los cuestionarios fue llevada a cabo por psicólogos con alta formación en TDAH, en sesiones individuales. Se realizó un control riguroso de los estímulos que pudieran interferir en el correcto desarrollo de las pruebas. Ambos cuestionarios, K-BIT y 16PF-APQ, fueron realizados en días diferentes para que pudiera prevenirse el posible agotamiento de los menores. Asimismo, se emplearon las escalas con los criterios del

DSM-5 para TDAH y TND, que fueron cumplimentadas por los padres y profesores de los adolescentes, completándose la información sobre el diagnóstico por un clínico especializado.

#### **5.3.4. Análisis de datos**

Los datos fueron analizados por medio del programa informático SPSS, versión 21.0 para Windows. Las diferencias consideradas estadísticamente significativas son aquellas cuya  $p < 0.05$ .

Para el análisis general de las variables se han empleado los métodos descriptivos básicos. Para las variables cualitativas se ha considerado el número de casos presentes en cada categoría y el porcentaje correspondiente, y para las variables cuantitativas hemos obtenido la media y desviación típica.

Se han analizado los resultados de ambos grupos, adolescentes con TDAH (subtipo inatento o combinado) y TND, acerca de las puntuaciones obtenidas en las diferentes variables del test de personalidad 16PF-APQ (Estilos de Respuesta, Escalas Primarias, Preferencias Ocupacionales, Dificultades cotidianas y Dimensiones globales) y el Test breve de inteligencia de Kaufman, K-BIT (Vocabulario, Matrices y CI Compuesto). También presentamos los resultados obtenidos en los dos grupos (adolescentes con TDAH subtipo inatento o combinado y TND) respecto a la variable sexo, así como la comparación entre ambos grupos (subtipo inatento o combinado y presencia de TND).

A raíz de los resultados de la prueba de normalidad, se han analizado los datos a través de la prueba Chi-cuadrado de Pearson para observar la relación entre la variable sexo, y el subtipo de TDAH y la presencia o ausencia de TND.

También mediante la misma prueba hemos examinado la relación existente entre el subtipo de TDAH y la presencia o ausencia de TND y las variables del test de personalidad 16PF-APQ. A fin de comparar las puntuaciones en las distintas variables del 16PF-APQ, para la comparación de medias entre grupos, se ha empleado el test no paramétrico U Mann-Whitney, para dos grupos, en función del tipo de variable analizada y cumplimiento de los supuestos paramétricos.

Por último, se ha examinado la relación entre las variables del test de inteligencia K-BIT y el subtipo de TDAH y la presencia o ausencia de TND, aunque, dado que todas las variables eran continuas, se ha aplicado la prueba t-Student de diferencias entre medias para muestras independientes, para comparar los dos subtipos de TDAH (inatento y combinado).

En consecuencia, se ha aplicado la prueba t-Student para comparar las medias de los dos grupos en las tres variables del K-BIT. La normalidad se ha comprobado con el test de Kolmogorov-Smirnov y hemos empleado el test ANOVA para el caso de más de dos grupos, sin TND, con TND en un ambiente o con TND en dos ambientes, una vez comprobado el supuesto de homogeneidad con el test de Levene.

## **5.4. Resultados**

### **5.4.1. Estadísticos descriptivos**

En la Tabla 4 se observa el análisis descriptivo de la muestra. En ella apreciamos que el número total de participantes asciende a 121 adolescentes. La media de edad de los mismos era de 13.9 años. También apreciamos en relación al sexo que el 81.8% del total eran varones frente al 18.2% que eran mujeres.

En cuanto a los subtipos de TDAH vemos que el combinado era el que

predominaba dentro de la muestra con un 57%, frente al porcentaje que presentaba subtipo inatento, siendo éste de un 43%.

Referente a la comorbilidad estudiada, tenemos una población sin mostrar TND, que corresponde al 52.1%, y el resto que sí lo presenta asciende a un total del 47.9 %.

Tenemos que destacar que dentro del porcentaje de adolescentes que presentan TND, el 27.3% lo manifiesta en un ambiente y el 20.7% en dos ambientes.

Tabla 4. Análisis descriptivo de la muestra

<i>Variable</i>	<i>Tipo</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Media (DT)</i>
Edad		121		13.9 (1.7)
Sexo	Hombre	99	81.8	
	Mujer	22	18.2	
Subtipo	Inatento	52	43.0	
	Combinado	69	57.0	
TND	No	63	52.1	
	Sí	58	47.9	
	Un ambiente	33	27.3	
	Dos ambientes	25	20.7	

A continuación, en la Tabla 5, se expone la distribución de la muestra en relación al subtipo de TDAH que presenta y según el sexo del participante. Podemos observar que hay un mayor número de participantes masculinos, exactamente 99 varones en comparación con la muestra femenina, 22 mujeres. Existe una incidencia mayor de TDAH subtipo combinado en hombres, 58.6%, que en mujeres, con un total del 50%.

Dentro de la muestra de varones, el TDAH subtipo combinado es predominante con el 58.6%, frente al inatento que representa el 41.4%. En cambio dentro de la

muestra de mujeres ambos subtipos están presentes por igual, correspondiente al 50% cada uno.

La prueba Chi-cuadrado evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos ( $\chi^2 (1) = .541$ ;  $p < .462$ ), por tanto podemos afirmar que el subtipo de TDAH es independiente del sexo del individuo.

Tabla 5. Tabla de contingencias Subtipo vs Sexo

Subtipo	Sexo n (%)		
	Hombre	Mujer	Total
Inatento	41 (41.4)	11 (50.0)	52 (43.0)
Combinado	58 (58.6)	11 (50.0)	69 (57.0)
Total	99 (100.0)	22 (100.0)	121 (100.0)

En la siguiente, Tabla 6, comprobamos que el 48.5% de los hombres presentan TND frente a un 45.5% de las mujeres. Esta diferencia no es estadísticamente significativa ( $\chi^2 (1) = .066$ ;  $p < .797$ ). Por tanto, el TND se puede presentar independientemente del sexo.

Tabla 6: Tabla de contingencia TND vs Sexo

TND	Sexo n(%)		
	Hombre	Mujer	Total
No	51 (51.5)	12 (54.5)	63 (52.1)
Sí	48 (48.5)	10 (45.5)	58 (47.9)
Total	99 (100.0)	22 (100.0)	121 (100.0)

Asimismo, en la Tabla 7, el 61.9% de los que no presentan TND son inatentos frente a un 22.4% que sí lo muestran. El 38.1% de los que no presentan este trastorno

son subtipo combinado frente a un 77.6% que sí presentan TND. Estas diferencias son estadísticamente significativas ( $\chi^2 (1)=19.21$ ;  $p < .001$ ).

Tabla 7: Tabla de contingencia Subtipo vs TND

Subtipo	TND n(%)		Total
	No	Sí	
Inatento	39 (61.9)	13 (22.4)	52 (43.0)
Combinado	24 (38.1)	45 (77.6)	69 (57.0)
Total	63 (100.0)	58 (100.0)	121 (100.0)

En la Tabla 8 observamos que el 4% de los que presentan TND en dos ambientes son inatentos frente a un 36.4% que lo manifiestan en un ambiente y un 61.9% que no presentan TND. El 96% de los que muestran TND en dos ambientes son subtipo combinado frente a un 63.6% que lo presentan en un ambiente y un 38.1% que no manifiestan TND. Estas diferencias son estadísticamente significativas pero no en el nivel 0.05 ( $\chi^2 (2)= 25.297$ ;  $p < .001$ ).

Tabla 8: Tabla de contingencia Subtipo vs TND

Subtipo	TND n(%)			Total
	No	Un ambiente	Dos ambientes	
Inatento	39 (61.9)	12 (36.4)	1 (4.0)	52 (43.0)
Combinado	24 (38.1)	21 (63.6)	24 (96.0)	69 (57.0)
Total	63 (100.0)	33 (100.0)	25 (100.0)	121 (100.0)

Los datos representados en la Tabla 9 muestran que el 4% de los que presentan TND en dos ambientes (casa+escuela) son predomino inatento, frente a un 36.4% que muestran TND en casa. Un 42.9% presentan el trastorno en la escuela y un 61.9% no manifiestan rasgos de TND. El 96% de los adolescentes que muestran TND en dos

ambientes (casa+escuela) son subtipo combinado frente a un 65.6% que sí lo presentan en casa, un 57.1% que lo muestran en el contexto educativo y un 38.1% que no presentan TND. Estas diferencias son estadísticamente significativas ( $\chi^2(3) = 25.45$ ;  $p < .001$ ).

Tabla 9: Tabla de contingencia Subtipo vs TND

Subtipo	TND n(%)				Total
	No	Casa	Escuela	Casa+escuela	
Inatento	39a (61.9)	9a (36.4)	3a (42.9)	1b (4.0)	52 (43.0)
Combinado	24a (38.1)	17a (65.4)	4a (57.1)	24b (96.0)	69 (57.0)
Total	63 (100.0)	26 (100.0)	7 (100.0)	25 (100.0)	121 (100.0)

En la Tabla 10 se muestran los estadísticos descriptivos correspondientes a las variables cognitivas evaluadas con el test K-BIT en los dos subtipos de TDAH; es decir, las variables Vocabulario, Matrices y CI Compuesto.

La puntuación media obtenida en vocabulario para el subtipo inatento fue de 104.2 (DT=2.2) y para el subtipo combinado de 105.6 (DT=1.5). La puntuación media en matrices fue de 103.2 (DT=19.7) para el grupo de inatentos, y de 105.4 (DT=18.5) para el subtipo combinado.

Con respecto a la puntuación media alcanzada en la escala de CI compuesto, para el subtipo inatento fue de 212.0 (DT=25.4) y de 214.7 (DT=20) para el subtipo combinado. Las puntuaciones en cada una de las escalas para los dos subtipos se distribuían de forma normal ( $p > .005$ ).

Tabla 10: Descriptivo escala K-BIT por subtipo

Variable	Subtipo	N	Mínimo	Máximo	Media	DT	Normalidad K-S
							p-valor
Vocabulario	Inatento	52	61	133	104.2	15.5	.583
	Combinado	69	60	141	105.6	12.7	.379
Matrices	Inatento	52	28	128	103.2	19.7	.492
	Combinado	69	11	128	105.4	18.5	.742
CI Compuesto	Inatento	52	156	260	212.0	25.4	.470
	Combinado	69	163	263	214.7	20.0	.644

En la Tabla 11 apreciamos que no existen diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en los valores de vocabulario, matrices y CI compuesto entre los subtipos con predominio inatento y combinado ( $p > .005$ ).

Tabla 11: Comparación puntuación media en K-BIT entre Subtipos

Variable	Subtipo		Prueba T para la igualdad de medias			
	Inatento Media (ET)	Combinado Media (ET)	Dif. Media	ET dif.	t	p
Vocabulario	104.2 (2.2)	105.6 (1.5)	-1.44	2.57	-0.561	.576
Matrices	103.2 (2.7)	105.4 (2.2)	-2.22	3.49	-0.637	.525
CI Compuesto	212 (3.5)	214.7 (2.4)	-2.73	4.12	-0.661	.510

A continuación, en la Tabla 12, se recoge la puntuación media obtenida en CI compuesto. Para los individuos que no presentan TND fue de 211.8 (DT=23.3), de 214.8 (DT=20.2) para los alumnos con TND en un ambiente y de 216.4 (DT=21.1) para los alumnos que lo manifiestan en dos ambientes. Las puntuaciones en CI compuesto para los grupos de TND se distribuían de forma normal ( $p > .005$ ) y con igualdad de varianzas ( $p = .582$ ).

Tabla 12: Descriptivo escala K-BIT por TND

Variable	TND	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Normalidad	Homogeneidad
							K-S	Test Levene
							p-valor	p-valor
CI Compuesto	No	63	156	250	211.8	23.3	0.120	.582
	Un ambiente	33	163	255	214.8	20.2	0.359	
	Dos ambientes	25	191	263	216.4	21.1	0.357	

De acuerdo con la Tabla 13, no existen diferencias significativas en la puntuación media en la variable CI compuesto entre los grupos de adolescentes que presentan TND ( $p=.639$ ).

Tabla 13: Comparación puntuación media en CI compuesto entre grupos de TND

Variable	TND	Media	ET	ANOVA	
				F	p-valor
CI Compuesto	No	211.80	3.20	0.449	.639
	Un ambiente	214.80	3.50		
	Dos ambientes	216.40	3.40		

#### 5.4.2. Comparación de medias entre los subtipos de TDAH y los Estilos de respuesta del APQ

Para que las puntuaciones del test de personalidad APQ puedan interpretarse, las puntuaciones en “Estilos de Respuesta” deben oscilar en torno a los valores medios. Para comprobar si este supuesto se cumple, y por tanto para demostrar si existe asociación entre los subtipos inatento y combinado, utilizamos la prueba Chi-cuadrado.

En la Tabla 14 se muestran los resultados obtenidos de este análisis. En manipulación de la imagen, el 73.9% (51) de los adolescentes con subtipo combinado y un 71.2% (37) de los adolescentes con subtipo inatento tienen una puntuación media.

Respecto al análisis de las respuestas centrales de personalidad, el 57.7% corresponde al grupo subtipo inatento y el 55.1% (38) al grupo con predominio de TDAH subtipo combinado. Vemos que se sitúan en los valores medios. También para la variable referente a las respuestas centrales de dificultades, el 88.5% (46) de inatentos y el 79.7% (55) de combinados tienen puntuaciones medias. La prueba Chi-cuadrado evidencia que no existe asociación entre la puntuación obtenida en las dimensiones del test de personalidad y los subtipos de TDAH.

Tabla 14. Relación entre subtipos de TDAH y puntuaciones medias en Estilos de Respuesta

Estilos de respuesta	Puntuación	<i>Subtipo n(%)</i>			Chi-cuadrado	g.l.	p
		Inatento	Combinado	Total			
Manipulación de la imagen	Baja	9 (17.3)	12 (17.4)	21 (17.4)	0.273	2	.872
	Media	37 (71.2)	51 (73.9)	88 (72.7)			
	Alta	6 (11.5)	6 (8.7)	12 (9.9)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Resp. centrales personalidad	Baja	18 (34.6)	21 (30.4)	39 (32.2)	1.382	2	.501
	Media	30 (57.7)	38 (55.1)	68 (56.2)			
	Alta	4 (7.7)	10 (14.5)	14 (11.6)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Resp. centrales dificultades	Baja	---	---	---	1.646	1	.199
	Media	46 (88.5)	55 (79.7)	101 (83.5)			
	Alta	6 (11.5)	14 (20.3)	20 (16.5)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			

Para comparar las puntuaciones en los distintos estilos de respuesta entre los subtipos inatento y combinado, utilizamos la prueba U de Mann-Whitney. En la Tabla 15 se muestran los resultados, observándose que no existen diferencias estadísticamente significativas en los estilos de respuesta entre el subtipo inatento y el combinado ( $p > .05$ ).

Tabla 15: Comparación puntuación en estilos de respuesta entre subtipos

Estilos de respuesta	Subtipo (n)		Test U de Mann-Whitney		
	Inatento (52)	Combinado (69)	U	Z	p-valor
	Mediana± RI	Mediana± RI			
Manipulación de la imagen	50 ± 42.5	50 ± 35	1726.0	-0.359	.720
Resp. centrales personalidad	30 ± 45	40 ± 50	1575.0	-1.155	.248
	25 ± 30	50 ± 55	1547.0	-1.344	.179

En la Tabla 16 se distinguen los diferentes estilos de respuesta, entre los distintos subtipos, incluyendo la variable TND. No se constatan diferencias significativas en ninguno de los diferentes estilos por subtipo.

Tabla 16: Comparación puntuación en estilos de respuesta entre subtipos

Estilos de respuesta	Inatento+TND	Combinado+TND	Test U de Mann-Whitney		
	Mediana± RI	Mediana± RI	U	Z	p-valor
Manipulación de la imagen	42.5 ± 47.5	50 ± 35	99.0	-1.028	.304
Resp. centrales personalidad	35 ± 50	40 ± 55	115.5	-0.399	.690
Resp. centrales dificultades	55 ± 52.5	25 ± 50	111.5	-0.566	.571

A continuación, en la Tabla 17, se muestran los resultados obtenidos con la prueba Chi-cuadrado para comprobar si existe asociación entre los subtipos inatento y combinado, dentro de la categoría “escalas primarias”. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ( $p < .05$ ) en los siguientes subíndices:

En la variable Animación el 65.2% de los individuos con TDAH subtipo combinado presentaron una puntuación media en animación, frente al 46.2% del grupo con subtipo inatento. Por tanto, el porcentaje de adolescentes con este último subtipo que alcanzaron puntuaciones medias de animación fue significativamente inferior con respecto a los combinados ( $\chi^2(2) = 5.999$ ;  $p < .049$ ).

Asimismo, dentro de las puntuaciones medias en la variable Sensibilidad, los adolescentes con TDAH subtipo combinado se sitúan en el 69.6% de los casos frente al 46.2% del grupo de TDAH subtipo inatento. Como vemos el grupo con subtipo inatento obtiene una puntuación media menor en esta variable respecto al subtipo combinado ( $\chi^2(2)= 7.203$ ;  $p < .027$ ).

Por el contrario en el rango de las puntuaciones bajas en la variable Vigilancia existe un 2.9% de individuos con TDAH combinado frente a un 17.3% del subtipo con predominio inatento. De este modo, observamos que el porcentaje del subtipo combinado que se sitúa en una puntuación baja es significativamente inferior, respecto al grupo TDAH subtipo inatento ( $\chi^2(2)= 8.113$ ;  $p < .017$ ).

A esto añadimos que en la variable Aprensión el 76.9% de los menores con TDAH subtipo inatento se ubican en la puntuación media de esta variable. Por el contrario el grupo subtipo combinado se sitúa en los valores medios en el 59.4% de los casos. Estas diferencias, en la distribución de ambos grupos en esta variable, son significativas ( $\chi^2(2)= 6.025$ ;  $p < .049$ ).

Por último, tenemos que respecto a la puntuación media en Perfeccionismo podemos contemplar que el 77.1% del grupo subtipo inatento supera al 53.6% del grupo con predominio combinado. De este modo, comprobamos que la distribución en la puntuación media es superior en el grupo de adolescentes con subtipo inatento ( $\chi^2(2)= 5.995$ ;  $p < .050$ ).

Tabla 17. Relación entre subtipos de TDAH y puntuaciones medias en Escalas Primarias

Escalas primarias	Puntuación	Subtipo <i>n</i> (%)			Chi-cuadrado	g.l.	P
		Inatento	Combinado	Total			
Afabilidad	Baja	9 (17.3)	13 (18.8)	22 (18.2)	.056	2	.972
	Media	35 (67.3)	46 (66.7)	81 (66.9)			
	Alta	8 (15.4)	10 (14.5)	18 (14.9)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Razonamiento	Baja	14 (26.9)	20 (29.0)	34 (28.1)	.526	2	.769
	Media	31 (59.6)	37 (53.6)	68 (56.2)			
	Alta	7 (13.5)	12 (17.4)	19 (15.7)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Estabilidad emocional	Baja	7 (13.5)	11 (15.9)	18 (14.9)	.168	2	.919
	Media	37 (71.2)	47 (68.1)	84 (69.4)			
	Alta	8 (15.4)	11 (15.9)	19 (15.7)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Dominancia	Baja	5 (9.6)	4 (5.8)	9 (7.4)	1.012	2	.603
	Media	33 (63.5)	42 (60.9)	75 (62.0)			
	Alta	14 (26.9)	23 (33.3)	37 (30.6)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Animación	Baja	12a (23.1)	13a (18.8)	25 (20.7)	5.999	2	.049*
	Media	24a (46.2)	45b (65.2)	69 (57.0)			
	Alta	16a (30.8)	11a (15.9)	27 (22.3)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Atención a las normas	Baja	---	4 (5.8)	4 (3.3)	3.118	2	.210
	Media	44 (84.6)	55 (79.7)	99 (81.8)			
	Alta	8 (15.4)	10 (14.5)	18 (14.9)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Atrevimiento	Baja	3 (5.8)	6 (8.7)	9 (7.4)	.423	2	.809
	Media	39 (75.0)	49 (71.0)	88 (72.7)			
	Alta	10 (19.2)	14 (20.3)	24 (19.8)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Sensibilidad	Baja	16a (30.8)	14a (20.3)	30 (24.8)	7.203	2	.027*
	Media	24a (46.2)	48b (69.6)	72 (59.5)			
	Alta	12a (23.1)	7a (10.1)	19 (15.7)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Vigilancia	Baja	9a (17.3)	2b (2.9)	11 (9.1)	8.113	2	.017*
	Media	35a (67.3)	50a (72.5)	85 (70.2)			
	Alta	8a (15.4)	17a (24.6)	25 (20.7)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			

UNIVERSIDAD DE MURCIA

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación

Escalas primarias	Puntuación	Subtipo <i>n</i> (%)			Chi-cuadrado	g.l.	P
		Inatento	Combinado	Total			
Abstracción	Baja	7 (13.5)	5 (7.2)	12 (9.9)	3.304	2	.192
	Media	2a (53.8)	48 (69.6)	76 (62.8)			
	Alta	17 (32.7)	16 (23.2)	33 (27.3)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Privacidad	Baja	4 (7.7)	3 (4.3)	7 (5.8)	1.693	2	.429
	Media	37 (71.2)	45 (65.2)	82 (67.8)			
	Alta	11 (21.2)	21 (30.4)	32 (26.4)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Aprensión	Baja	6a (11.5)	12a (17.4)	18 (14.9)	6.025	2	.049*
	Media	40a (76.9)	41b (59.4)	81 (66.9)			
	Alta	6a (11.5)	16a (23.2)	22 (18.2)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Apertura al cambio	Baja	11 (21.2)	12 (17.4)	23 (19.0)	1.393	2	.498
	Media	31 (59.6)	48 (69.6)	79 (65.3)			
	Alta	10 (19.2)	9 (13.0)	19 (15.7)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Autosuficiencia	Baja	3 (5.8)	5 (7.4)	8 (6.7)	.562	2	.755
	Media	37 (71.2)	44 (64.7)	81 (67.5)			
	Alta	12 (23.1)	19 (27.9)	31 (25.8)			
	Total	52 (100.0)	68 (100.0)	120 (100.0)			
Perfeccionismo	Baja	14a (26.9)	29a (42.0)	43 (35.5)	5.995	2	.050*
	Media	38a (73.1)	37b (53.6)	75 (62.0)			
	Alta	---	3 (4.3)	3 (2.5)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Tensión	Baja	1 (1.9)	3 (4.3)	4 (3.3)	2.204	2	.332
	Media	36 (69.2)	39 (56.5)	75 (62.0)			
	Alta	15 (28.8)	27 (39.1)	42 (34.7)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			

\* $p < .05$

*a, b.* Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de Subtipo categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

Para comparar las puntuaciones en las escalas primarias obtenidas por los subtipos inatento y combinado utilizamos la prueba U de Mann-Whitney.

En la Tabla 18 se muestran los resultados, observándose que no existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas primarias entre el subtipo inatento y el combinado ( $p > .05$ ), a excepción de la variable Vigilancia donde la

puntuación percentil registrada por el grupo subtipo inatento fue significativamente inferior que la del grupo TDAH subtipo combinado ( $p=.033$ ).

Tabla 18. Prueba U de Mann-Whitney para la comparación de medias entre subtipos de TDAH.

Escalas primarias	Inatento	Combinado	Test U de Mann-Whitney		
	Mediana± RI	Mediana± RI	U	Z	p-valor
Afabilidad	50 ± 50	40 ± 50	1695.5	-0.519	.604
Razonamiento	35 ± 35	35 ± 60	1758.0	-0.19	.850
Estabilidad emocional	45 ± 42.5	50 ± 50	1715.0	-0.415	.678
Dominancia	60 ± 55	70 ± 55	1531.0	-1.388	.165
Animación	45 ± 65	55 ± 50	1735.0	-0.311	.756
Atención a las normas	60 ± 37.5	45 ± 35	1478.0	-1.66	.097
Atrevimiento	47.5 ± 45	50 ± 50	1714.5	-0.417	.676
Sensibilidad	42.5 ± 55	50 ± 45	1781.0	-0.068	.945
Vigilancia	60 ± 55	70 ± 40	1388.5	-2.130	.033*
Abstracción	65 ± 55	65 ± 40	1765.0	-0.152	.879
Privacidad	65 ± 42.5	70 ± 40	1625.0	-0.889	.374
Aprensión	40 ± 37.5	45 ± 50	1734.5	-0.313	.755
Apertura al cambio	37.5 ± 52.5	50 ± 45	1782.5	-0.061	.952
Autosuficiencia	55 ± 45	60 ± 50	1662.5	-0.691	.489
Perfeccionismo	35 ± 40	20 ± 35	1490.5	-1.595	.111
Tensión	60 ± 50	80 ± 49	1455.5	-1.785	.074

\* $p<.05$

En la Tabla 19 se muestran los resultados pertenecientes a las 16 escalas primarias en relación al subtipo (Inatento o Combinado) cuando coexisten con el TND. De este análisis se desprenden diferencias significativas en las variables Estabilidad Emocional y Vigilancia. En la primera, el grupo de inatentos se ubica en un percentil menor (Pc45) frente al grupo de TDAH combinado (Pc65), confirmando que este último grupo presenta una mayor inestabilidad emocional.

Atendiendo a la variable Vigilancia, de nuevo se advierte otra diferencia significativa. En este caso el grupo de TDAH predominio inatento se ubica en el percentil 40, mientras que el grupo subtipo combinado se sitúa en el percentil 70. Estas diferencias indican que el grupo TDAH subtipo combinado con presencia de TND alcanza una puntuación significativamente superior frente al grupo con predominio inatento.

Tabla 19: Comparación puntuación en escalas primarias entre subtipos

Escalas primarias	Inatento+TND	Combinado+TND	Test U de Mann-Whitney		
	Mediana± RI	Mediana± RI	U	Z	p-valor
Afabilidad	35 ± 32.5	40 ± 40	100.5	-0.96337	.335
Razonamiento	35 ± 40	35 ± 50	109.0	-0.64269	.520
Estabilidad emocional	45 ± 25	65 ± 40	69.5	-2.13018	.033*
Dominancia	87.5 ± 59	60 ± 30	97.5	-1.07947	.280
Animación	82.5 ± 50	55 ± 40	80.0	-1.74007	.082
Atención a las normas	45 ± 35	40 ± 30	112.0	-0.52734	.598
Atrevimiento	45 ± 42.5	65 ± 50	106.5	-0.733	.463
Sensibilidad	60 ± 65	50 ± 35	103.5	-0.847	.397
Vigilancia	40 ± 47.5	70 ± 25	73.5	-1.972	.049*
Abstracción	50 ± 50	55 ± 45	123.5	-0.094	.925
Privacidad	60 ± 52.5	60 ± 40	115.5	-0.395	.693
Aprensión	47.5 ± 20	45 ± 60	122.5	-0.132	.895
Apertura al cambio	37.5 ± 40	60 ± 35	123.5	-0.095	.924
Autosuficiencia	60 ± 60	45 ± 45	106.0	-0.752	.452
Perfeccionismo	27.5 ± 25	20 ± 15	113.0	-0.490	.624
Tensión	60 ± 37.5	80 ± 34	86.5	-1.498	.134

A continuación, en la Tabla 20, se muestran los resultados obtenidos con la prueba Chi-cuadrado para comprobar si existe relación entre los subtipos inatento y combinado, dentro de la categoría “Preferencias Ocupacionales”.

De este modo, observamos que el porcentaje del subtipo combinado que se sitúa en una puntuación baja es significativamente inferior respecto al grupo TDAH subtipo inatento ( $\chi^2(2) = 8.113$ ;  $p < .017$ ).

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ( $p < .05$ ), en el rango de las puntuaciones bajas, en la variable “Manual” de Preferencias Ocupacionales, existiendo un 8,7% de individuos con TDAH combinado frente a un 23.1% del subtipo con predominio inatento. Comprobamos que el porcentaje del subtipo combinado con una puntuación baja es significativamente inferior comparado con el grupo TDAH subtipo inatento ( $\chi^2(2) = 6.387$ ;  $p < .041$ ).

Tabla 20: Tabla de contingencia Subtipo vs Puntuación en preferencias ocupacionales

Pref. Ocupacionales	Puntuación	Subtipo			Chi-cuadrado	g.l.	p
		Inatento	Combinado	Total			
Manual	Baja	12a (23.1)	6b (8.7)	18 (14.9)	6.387	2	.041*
	Media	26a (50.0)	40a (58.0)	66 (54.5)			
	Alta	14a (26.9)	23a (33.3)	37 (30.6)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Científico	Baja	5 (9.6)	9 (13.0)	14 (11.6)	2.989	2	.224
	Media	37 (71.2)	54 (78.3)	91 (75.2)			
	Alta	10 (19.2)	6 (8.7)	16 (13.2)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Artístico	Baja	---	1 (1.4)	1 (0.8)	.887	2	.642
	Media	32 (61.5)	44 (63.8)	76 (62.8)			
	Alta	20 (38.5)	24 (34.8)	44 (36.4)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Ayuda	Baja	9 (17.3)	14 (20.3)	23 (19.0)	.792	2	.673
	Media	39 (75.0)	47 (68.1)	86 (71.1)			
	Alta	4 (7.7)	8 (11.6)	12 (9.9)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Gestión o comercio	Baja	---	---	---	.173	1	.677
	Media	32 (61.5)	45 (65.2)	77 (63.6)			
	Alta	20 (38.5)	24 (34.8)	44 (36.4)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Organización	Baja	15 (28.8)	15 (21.7)	30 (24.8)	.804	2	.669
	Media	28 (53.8)	41 (59.4)	69 (57.0)			
	Alta	9 (17.3)	13 (18.8)	22 (18.2)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			

\* $p < .05$  a,b. Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de Subtipo categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel 0.05.

Para comparar las puntuaciones en preferencias ocupacionales obtenidas por los subtipos inatento y combinado utilizamos la prueba U de Mann-Whitney. En la Tabla 21 se muestran los resultados, observándose que no existen diferencias estadísticamente significativas en esta escala entre el subtipo inatento y el combinado ( $p > .05$ ).

Tabla 21: Comparación puntuación en preferencias ocupacionales entre subtipos

Pref. Ocupacionales	Inatento	Combinado	Test U de Mann-Whitney		
	Mediana± RI	Mediana± RI	U	Z	p-valor
Manual	62.5 ± 70	70 ± 40	1557.0	-1.266	.205
Científico	55 ± 45	55 ± 50	1434.5	-1.915	.065
Artístico	65 ± 37.5	65 ± 40	1628.0	-0.879	.379
Ayuda	50 ± 40	50 ± 40	1756.0	-0.202	.840
Gestión o comercio	70 ± 45	70 ± 45	1733.5	-0.321	.748
Organización	25 ± 57.5	40 ± 50	1532.5	-1.389	.165

En la Tabla 22 presentamos una relación entre las preferencias ocupacionales y los subtipos TDAH incluyendo TND. No obstante no se aprecian diferencias significativas entre las distintas variables.

Tabla 22: Comparación puntuación en preferencias ocupacionales entre subtipos

Pref. Ocupacionales	Inatento+TND	Combinado+TND	Test U de Mann-Whitney		
	Mediana± RI	Mediana± RI	U	Z	p-valor
Manual	50 ± 60	70 ± 35	107.0	-0.729	.466
Científico	67.5 ± 60	35 ± 60	100.0	-0.991	.322
Artístico	85 ± 44	65 ± 40	92.0	-1.287	.198
Ayuda	47.5 ± 30	50 ± 40	116.0	-0.379	.704
Gestión o comercio	90 ± 32.5	70 ± 52	103.0	-0.875	.382
Organización	20 ± 25	40 ± 50	83.0	-1.640	.101

Seguidamente, en la Tabla 23, se muestran los resultados obtenidos con la prueba Chi-cuadrado para comprobar si existe relación entre los subtipos inatento y combinado, dentro de la categoría “Dificultades cotidianas”. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables que se incluyen en este apartado ( $p > .05$ ).

UNIVERSIDAD DE MURCIA

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación

Tabla 23: Tabla de contingencia Subtipo vs Puntuación en dificultades cotidianas

Dificultades cotid.	Puntuación	Subtipo n(%)			Chi-cuadrado	g.l	p
		Inatento	Combinado	Total			
Desánimo	Baja	9 (17.3)	15 (21.7)	24 (19.8)	.425	2	.808
	Media	32 (61.5)	39 (56.5)	71 (58.7)			
	Alta	11 (21.2)	15 (21.7)	26 (21.5)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Preocupación	Baja	6 (11.5)	12 (17.4)	18 (14.9)	.849	2	.654
	Media	30 (57.7)	36 (52.2)	66 (54.5)			
	Alta	16 (30.8)	21 (30.4)	37 (30.6)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Imagen pobre de sí mismo	Baja	7 (13.5)	8 (11.6)	15 (12.4)	.198	2	.906
	Media	33 (63.5)	43 (62.3)	76 (62.8)			
	Alta	12 (23.1)	18 (26.1)	30 (24.8)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Disconformidad general	Baja	6 (11.5)	10 (14.5)	16 (13.2)	.906	2	.636
	Media	36 (69.2)	42 (60.9)	78 (64.5)			
	Alta	10 (19.2)	17 (24.6)	27 (22.3)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Ira-agresión	Baja	---	---	---	2.013	1	.156
	Media	44 (84.6)	51 (73.9)	95 (78.5)			
	Alta	8 (15.4)	18 (26.1)	26 (21.5)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Dificultades con la autoridad	Baja	9 (17.3)	8 (11.6)	17 (14.0)	.993	2	.609
	Media	32 (61.5)	43 (62.3)	75 (62.0)			
	Alta	11 (21.2)	18 (26.1)	29 (24.0)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Dificultades con la adicción	Baja	---	---	---	.369	1	.544
	Media	49 (94.2)	63 (91.3)	112 (92.6)			
	Alta	3 (5.8)	6 (8.7)	9 (7.4)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Total en dificultades	Baja	8 (15.4)	7 (10.1)	15 (12.4)	1.418	2	.492
	Media	35 (67.3)	45 (65.2)	80 (66.1)			
	Alta	9a (17.3)	17a (24.6)	26 (21.5)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			

Dificultades cotid.	Puntuación	Subtipo n(%)			Chi-cuadrado	g.l	p
		Inatento	Combinado	Total			
Dificultades en casa	Baja	11 (21.2)	16 (23.2)	27 (22.3)	.7	2	.705
	Media	28 (53.8)	32 (46.4)	60 (49.6)			
	Alta	13 (25.0)	21 (30.4)	34 (28.1)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Dificultades en el colegio	Baja	8 (15.4)	9 (13.0)	17 (14.0)	.137	2	.934
	Media	38 (73.1)	52 (75.4)	90 (74.4)			
	Alta	6 (11.5)	8 (11.6)	14 (11.6)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Afrontamiento deficiente	Baja	4 (7.7)	3 (4.4)	7 (5.8)	.591	2	.744
	Media	33 (63.5)	44 (64.7)	77 (64.2)			
	Alta	15(28.8)	21 (30.9)	36 (30.0)			
	Total	52 (100.0)	68 (100.0)	120 (100.0)			

*a,b. Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de Subtipo categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.*

Para comparar las puntuaciones en las distintas variables de las Dificultades cotidianas, entre los TDAH subtipo inatento y combinado, utilizamos la prueba U de Mann-Whitney. En la Tabla 24 se muestran los resultados, observándose que no existen diferencias estadísticamente significativas en este tipo de dificultades entre el subtipo inatento y el combinado ( $p > .05$ ), a excepción de la variable Dificultades con la autoridad, ( $p = .045$ ) que arroja unas diferencias en la distribución, entre el perfil inatento que se situaría en el percentil 57.5 y el grupo combinado ubicado en el percentil 80.

Tabla 24: Comparación puntuación en dificultades cotidianas entre subtipos

Dificultades cotidianas	Inatento	Combinado	Test U de Mann-Whitney		
	Mediana± RI	Mediana± RI	U	Z	p-valor
Desánimo	55 ± 35	55 ± 40	1720.0	-0.392	.695
Preocupación	65 ± 65	65 ± 65	1742.5	-0.271	.786
Imagen pobre de sí mismo	60 ± 50	60 ± 55	1730.5	-0.335	.738
Disconformidad general	55 ± 45	60 ± 45	1785.0	-0.047	.962
Ira-agresión	55 ± 60	60 ± 65	1487.0	-1.650	.099
Dificultades con autoridad	57.5 ± 30	80 ± 35	1495.0	-1.767	.045*
Dificultades con la adicción	30 ± 40	25 ± 40	1680.5	-0.640	.522
Total en dificultades	55 ± 50	70 ± 35	1496.0	-1.567	.117
Dificultades en casa	55 ± 45	70 ± 55	1754.5	-0.208	.835
Dificultades en el colegio	55 ± 35	65 ± 35	1745.0	-0.265	.791
Afrontamiento deficiente	65 ± 60	65 ± 60	1619.0	-0.928	.353

\*p<.05

En la Tabla 25 se incluyen las variables relativas a la categoría “Dificultades cotidianas” y se establece una comparación entre subtipos de TDAH y TND. Como se advierte, hallamos diferencias significativas en la variable Desánimo ( $p > .05$ ). Así pues comprobamos que, aunque ambos grupos comparten el TND, el grupo formado por individuos con predominio inatento se sitúa en un percentil 70 mientras que el grupo con TDAH combinado se ubica en el percentil 45.

Tabla 25. Comparación de puntuación en dificultades cotidianas entre subtipos.

Dificultades cotidianas	Inatento+TND	Combinado+TND	Test U de Mann-Whitney		
	Mediana± RI	Mediana± RI	U	Z	p-valor
Desánimo	70 ± 30	45 ± 40	58.5	-2.570	.010*
Preocupación	65 ± 25	45 ± 55	81.5	-1.680	.093
Imagen pobre de sí mismo	60 ± 55	60 ± 50	117.5	-0.321	.748
Disconformidad general	62.5 ± 25	55 ± 50	91.0	-1.315	.188
Ira-agresión	62.5 ± 27.5	55 ± 60	100.5	-0.974	.330
Dificultades con la autoridad	72.5 ± 42.5	65 ± 30	99.0	-1.030	.303
Dificultades con la adicción	65 ± 52.5	25 ± 25	83.5	-1.693	.090
Total en dificultades	72.5 ± 37.5	60 ± 35	80.0	-1.728	.084
Dificultades en casa	57.5 ± 77.5	50 ± 60	110.5	-0.589	.556
Dificultades en el colegio	80 ± 35	45 ± 35	94.5	-1.216	.224
Afrontamiento deficiente	72.5 ± 60	65 ± 55	115.0	-0.418	.676

A continuación, en la Tabla 26, se muestran los resultados obtenidos con la prueba Chi-cuadrado para comprobar si existe relación entre los subtipos inatento y combinado, dentro de la categoría “Dimensiones globales”. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas respecto a esta categoría en “Independencia”.

De este modo, podemos observar las diferencias encontradas entre las puntuaciones bajas y las puntuaciones medias. En el primer caso, los individuos pertenecientes al subtipo inatento conforman el 23.1% de los casos frente al 8.7% del subtipo combinado. No obstante, esta relación se invierte en el segundo caso, siendo el subtipo combinado el que más presencia tiene con un 73.9%, respecto al 51.9% del grupo con síntomas predominantes de inatención ( $\chi^2(2) = 7.178$ ;  $p < .028$ ).

Tabla 26: Tabla de contingencia Subtipo vs Puntuación en dimensiones globales

Dimen. globales	Puntuación	<i>Subtipo</i>			Chi-cuadrado	g.l.	p
		Inatento	Combinado	Total			
Extraversión	Baja	8 (15.4)	13 (18.8)	21 (17.4)	1.461	2	.482
	Media	39 (75.0)	53 (76.8)	92 (76.0)			
	Alta	5 (9.6)	3 (4.3)	8 (6.6)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Ansiedad	Baja	7 (13.5)	14 (20.3)	21 (17.4)	1.984	2	.371
	Media	38 (73.1)	42 (60.9)	80 (66.1)			
	Alta	7 (13.5)	13 (18.8)	20 (16.5)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Dureza	Baja	6 (11.5)	6 (8.7)	12 (9.9)	.655	2	.721
	Media	28 (53.8)	42 (60.9)	70 (57.9)			
	Alta	18 (34.6)	21 (30.4)	39 (32.2)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Independencia	Baja	<i>12a</i> (23.1)	<i>6b</i> (8.7)	18 (14.9)	7.178	2	.028*
	Media	<i>27a</i> (51.9)	<i>51b</i> (73.9)	78 (64.5)			
	Alta	13a (25.0)	12a (17.4)	25 (20.7)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			
Autocontrol	Baja	16 (30.8)	16 (23.2)	32 (26.4)	1.702	2	.427
	Media	33 (63.5)	51 (73.9)	84 (69.4)			
	Alta	3 (5.8)	2 (2.9)	5 (4.1)			
	Total	52 (100.0)	69 (100.0)	121 (100.0)			

\* $p < .05$

*a, b. Comparación proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de Subtipo categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.*

De nuevo utilizamos la prueba U de Mann-Whitney para comparar la puntuación en las distintas variables de las Dimensiones globales, entre las categorías inatento y combinado. En la Tabla 27 se muestran los resultados, observándose que no existen diferencias estadísticamente significativas en las Dimensiones globales entre ambos subtipos ( $p > .05$ ), a excepción de la variable Extraversión, donde la puntuación de los inatentos fue significativamente superior con respecto a los combinados ( $p = .049$ ). A su vez, comprobamos que el grupo con síntomas preponderantes de

inatención se ubican en el percentil 48, superando en esta variable al grupo constituido por adolescentes con TDAH combinado (pc 37).

Tabla 27: Comparación puntuación en dimensiones globales entre subtipos

Dimensiones globales	Inatento	Combinado	Test U de Mann-Whitney		
	Mediana± RI	Mediana± RI	U	Z	p-valor
Extraversión	48 ± 53.5	37 ± 35	1442.5	-1.986	.049*
Ansiedad	36.5 ± 32.5	43 ± 58	1738.0	-0.293	.769
Dureza	57.5 ± 59	63 ± 48	1755.0	-0.204	.838
Independencia	38.5 ± 66	57 ± 47	1507.0	-1.503	.133
Autocontrol	39.5 ± 48.5	27 ± 34	1647.0	-0.770	.441

\*p<.05

Por último, en la Tabla 28 se relacionan las puntuaciones obtenidas en las distintas dimensiones globales comparando los perfiles de TDAH y TND. No obstante, no podemos remarcar ninguna puntuación significativa.

Tabla 28: Comparación puntuación en dimensiones globales entre subtipos

Dimensiones globales	Inatento+TND	Combinado+TND	Test U de Mann-Whitney		
	Mediana± RI	Mediana± RI	U	Z	p-valor
Extraversión	44.5 ± 59	50 ± 30	121.5	-0.168	.866
Ansiedad	38 ± 21.5	47 ± 65	120.5	-0.206	.837
Dureza	39.5 ± 62.5	65 ± 41	92.0	-1.273	.203
Independencia	49.5 ± 66	61 ± 30	123.5	-0.094	.925
Autocontrol	20 ± 29.5	31 ± 42	95.0	-1.161	.246

#### 5.4. Discusión y conclusiones

Los resultados hallados en esta investigación se circunscriben a dos términos: características descriptivas de la muestra y su desempeño en las pruebas de evaluación.

En primer lugar, en el análisis descriptivo, evidenciamos que existen diferencias en la distribución de frecuencias de los subtipos inatento/combinado en relación al sexo. De esta forma comprobamos que hay un mayor número de mujeres con TDAH y con predominio inatento. También que el subtipo combinado es más frecuente en hombres. No obstante, aunque estas diferencias no son significativas tras el análisis estadístico, sí que existe evidencia en la literatura científica de que las niñas con TDAH suelen presentar una mayor tasa de síntomas de inatención, frente a los niños en los cuales predominan los síntomas de hiperactividad e impulsividad (APA, 2013; Biederman et al., 2002; Valdizán, Mercado, & Mercado-Undanivia, 2007).

En esta misma línea, encontramos que el TND se presenta independientemente del sexo y suele ir vinculado a problemas de adaptación en más de un ambiente. Además, en la mayoría de los casos, comparte los rasgos asociados con el subtipo combinado, coincidiendo así con Ramos-Quiroga et al. (2006). Así pues, podemos establecer la coexistencia de rasgos de inatención, impulsividad e hiperactividad como un posible factor de riesgo para la aparición del TND (APA, 2013).

Además, en nuestro estudio vemos que el 47.9 % de la muestra presenta TND, una de las comorbilidades más frecuentes en el TDAH junto al trastorno de conducta (Barkley, 2002; Biederman, 2005). Conociendo la alta incidencia de este trastorno debemos realizar una evaluación, intervención y seguimiento muy exhaustivo de su evolución, pues sabemos que tiene una mayor probabilidad de incluir problemas

internalizantes, peor presentación de la sintomatología, peor rendimiento académico, mayores dificultades en la vida cotidiana y un peor pronóstico a largo plazo (Gillberg, 2004; Rommelse, 2009; Wahlseadt, Thorell, & Bohlin, 2009).

No podemos obviar que si no se diseña una intervención muy estructurada, cuando adolescentes con TDAH muestran un patrón de comportamiento TND podemos favorecer la instauración de trastornos adicionales como ansiedad o depresión, empeorando así el cuadro clínico que manifiestan (Bauermeister et al., 2007).

En segundo lugar, cabe destacar los hallazgos referentes al rendimiento cognitivo y las diferencias encontradas en la prueba de personalidad. Por lo que respecta a las variables cognitivas (vocabulario, matrices y CI compuesto), evaluadas mediante el Test K-BIT, no se constatan diferencias significativas entre los grupos de TDAH con predominio inatento y combinado. Del mismo modo, la inclusión de la variable presencia o no de TND no parece influir en el rendimiento de los adolescentes a la hora de medir el CI Compuesto.

De este análisis concluimos que, en nuestro estudio, la condición de hiperactividad y el trastorno de conducta no implican un menor desempeño en las tareas de evaluación del rendimiento cognitivo. Es preciso señalar que al transformar a percentiles las puntuaciones típicas obtenidas por los participantes, en las pruebas de vocabulario, matrices y CI Compuesto, estos quedan recogidos en el valor “Medio” de la distribución normal.

En definitiva, confirmamos que no existen diferencias significativas cognitivas entre los distintos subtipos de TDAH descritos en la muestra (con o sin la comorbilidad de TND) y tampoco cuando los comparamos con su grupo normativo. La ausencia de

diferencias entre los adolescentes con TDAH y su grupo de iguales coincide con los resultados obtenidos en distintas investigaciones que confirman esta tesis (López-Villalobos et al., 2007; Orjales, 1991; Pérez et al., 2009; Wicks-Nelson & Israel, 2008). De alguna forma, estos hallazgos contribuyen a reducir los estereotipos existentes respecto a la inferioridad cognitiva de las personas con TDAH en las pruebas de exploración cognitiva.

A continuación, tras el análisis de los datos recogidos por el cuestionario de personalidad 16PF-APQ establecemos las siguientes conclusiones:

Respecto a la categoría identificada como “Estilos de Respuesta”, no encontramos diferencias significativas al comparar los adolescentes que presentan subtipos inatento y combinado. Del mismo modo, al incluir el TND tampoco aparecen diferencias significativas entre ambos subtipos.

Sin embargo, las diferencias significativas se manifiestan cuando analizamos la distribución de los individuos que presentan perfil TDAH-I y TDAH-C en los 16 factores de las escalas primarias determinados por el test. Las diferencias significativas atienden a los subíndices: Animación, Sensibilidad, Vigilancia, Aprensión y Perfeccionismo.

Las diferencias anteriormente expuestas sugieren que el subtipo combinado muestra un perfil de personalidad más animado, espontáneo y activo que el subtipo inatento, tal y como mencionan algunos autores (Martínez-Ortega et al., 2010). También presentan una mayor subjetividad y se centran más en sus gustos e intereses. Por el contrario, el subtipo inatento tiende a ser más introvertido.

En cambio los adolescentes del grupo inatento aparecen como más confiados y adaptables, pero también más despreocupados, seguros con su imagen y perfeccionistas cuando los comparamos con el subtipo combinado. Estos resultados coinciden con los extraídos en otras investigaciones enfocadas en definir un perfil característico del TDAH (Martel, Goth-Owens, Martínez-Torteya, & Nigg, 2010).

Cabe añadir en el análisis de las escalas primarias, referente al grupo con presencia de TND, que los factores que resultaron significativos fueron Estabilidad Emocional y Vigilancia.

El factor Estabilidad Emocional refleja que los niños con TDAH y TND reaccionan negativamente ante los retos de la vida y suelen carecer de estrategias de afrontamiento contra el estrés cotidiano, dificultando su adaptación y desembocando frecuentemente en trastornos de ansiedad. Además, a mayor inestabilidad emocional peores resultados obtendrán en su día a día académico (Anastopoulos et al., 2011; García-Arias, 2012; Seymour, Chronis-Tuscano, Iwamoto, Kurdziel, & MacPherson, 2014; Yen et al., 2013).

Así mismo, el factor Vigilancia concuerda con la idiosincrasia de este grupo y su tendencia a manifestar conductas suspicaces o de rechazo ante los demás (Robin, Tzelepis, & Bedway, 2008).

Continuando con la siguiente categoría, denominada por el 16PF-APQ como Preferencias Ocupacionales, encontramos diferencias significativas en el subíndice Manual. Tanto el subtipo inatento como el combinado presentaron puntuaciones bajas en esta área, correspondiéndose con una actitud de rechazo a profesiones que requieran

destreza manual. Sin embargo, no aparecieron diferencias significativas en los perfiles que incluían TND dentro de la categoría de preferencias ocupacionales.

Esta afirmación guarda sentido si atendemos a los estudios que ponen de manifiesto los problemas en motricidad fina y destreza manual en las personas con TDAH (Gillberg, 2003; Goulardins, Marques, & Casella, 2011; Piek, 2004; Pitcher, Piek, & Hay, 2003; Poblano, Luna, & Reynoso, 2014).

La siguiente categoría a analizar identifica las dificultades cotidianas y los resultados siguen siendo congruentes con las características del TDAH, puesto que la única variable significativa es Dificultades con la Autoridad. Esto refleja las dificultades tanto del grupo de adolescentes inatentos como de combinados en este ámbito.

Dentro de la misma categoría, encontramos que en el grupo de TDAH con TND obtiene diferencias significativas en la variable Desánimo. Esta variable, como ya describimos previamente, guarda una estrecha relación con la apatía y el estado de ánimo bajo. Podemos concluir en este caso que los menores con TDAH y TND tienen una probabilidad mayor de presentar sintomatología coincidente con un cuadro depresivo y/o ideación suicida (Agosti, Chen, & Levin, 2011; Bangs, Wietecha, Wang, Buchanan, & Kelsey, 2014; Biederman et al., 2012; Bushe & Savill, 2013; Meinzer et al., 2013; Panevska, ZafirovaIvanovska, Vasilevska, Isjanovska, & Kadri, 2015; Seymour et al., 2014).

De la misma manera, en lo referente a las Dimensiones Globales de personalidad, tras el análisis observamos que, dentro de la dimensión Independencia, los adolescentes con perfiles inatentos son más propensos a ser dependientes.

Para concluir, destacamos el valor práctico que este estudio empírico tiene para futuras investigaciones, puesto que constatamos que las variables o factores estudiados en distintas pruebas de personalidad están asociados a la posible aparición de comorbilidades (Gomez & Corr, 2014; Martel, Goth-Owens, Martinez-Torteya, & Nigg, 2010; Parker, Majeski, & Collin, 2004; Robin, Tzelepis, & Bedway, 2008; Stanton & Watson, 2015; Valero et al., 2012; White, 1999).

En nuestra opinión, el valor o utilidad de realizar un estudio de personalidad con una muestra de adolescentes con TDAH reside en la posibilidad de saber cuáles son las tendencias de los distintos subgrupos para presentar un perfil clínico determinado (problemas de ansiedad, depresión, suicidio...).

Conocer este tipo de relación, factores de personalidad-comorbilidad, facilita el abordaje por parte de los profesionales. Por un lado, desde la prevención primaria y secundaria y, por otro lado, permitiendo una intervención más ajustada, individualizada y eficaz.

De este modo, aunque las pruebas de evaluación centradas en la personalidad no formen parte de los criterios clínicos para el diagnóstico del TDAH, sí que nos ofrecen una información imprescindible, práctica y valiosa. Así, esperamos que este trabajo contribuya a valorar la inclusión de este tipo de pruebas en el proceso de evaluación llevado a cabo por los distintos profesionales.

### **5.6. Limitaciones del estudio y consideraciones para futuras investigaciones**

A continuación señalamos cuáles han sido las principales dificultades de este estudio, atendiendo a características de la muestra, validez, características de las pruebas empleadas y disponibilidad de estudios.

En cuanto a las particularidades de la muestra tenemos que decir que, al tratarse de un estudio descriptivo con muestra intencional orientado a profundizar en el conocimiento de los diferentes subtipos de TDAH, descartamos la opción de incluir en el estudio empírico un grupo control para comparar la muestra TDAH con población normal. No obstante, cabría plantearse en futuros estudios incluirlo de cara a obtener información sobre diferencias respecto a la población normal.

Además, a la hora de comparar entre sí los subtipos, tenemos que considerar que el bajo tamaño muestral de los subgrupos puede afectar a la potencia estadística de los contrastes de hipótesis y a la posibilidad de extrapolar los resultados. Junto a esto añadimos que, como anteriormente advertimos, existe una diferencia importante tanto en el número de participantes, como en la composición de la muestra. De hecho observamos una diferencia reseñable entre el número de varones y mujeres participantes en el estudio.

Además, en el proceso de muestreo no se hallaron casos de TDAH con predominio hiperactivo. Este hecho puede estar explicado por las limitaciones en el tamaño de la muestra o por el propio curso evolutivo del TDAH. De acuerdo a distintos estudios, los síntomas de hiperactividad tienden a disminuir, como muestra del componente de maduración genético y neurobiológico del trastorno, siendo más persistentes los síntomas de inatención y la dificultad para identificar esos síntomas por los

observadores. Esto se debe a que en la adolescencia las conductas de hiperactividad pueden limitarse a conductas de juego, nerviosismo o inquietud (Gjone et al., 1996; Hart et al., 1995; Hechtman, 1996; Levy, 1996; APA, 2013) y en el futuro evolucionar a un subtipo combinado (Barkley, 2009). Sería conveniente acometer nuevos trabajos con una mayor representatividad de los diferentes subtipos.

Siguiendo con las limitaciones de la muestra, una variable extraña relevante y que no ha sido controlada es que los participantes han estado sometidos a una intervención multimodal con el equipo terapéutico de ADA±HI. Esta evidencia puede afectar a los resultados de las pruebas.

Otras limitaciones que se suman pueden ser ciertas particularidades de las pruebas de evaluación empleadas para describir el nivel cognitivo y de personalidad. Si bien es cierto que el K-BIT es una prueba de screening y de sencilla aplicación, muestra serias limitaciones a la hora de explorar otras áreas cognitivas (memoria de trabajo, velocidad de procesamiento, razonamiento visoespacial...).

Por un lado, es necesario añadir que la mayoría de publicaciones emplean las pruebas de Weschler y es difícil contrastar los resultados obtenidos con los de otras investigaciones. No obstante, nos decantamos por esta prueba al estar más libre de influencias culturales. Además, la parte de matrices del K-BIT aporta una descripción sólida de la inteligencia fluida. De este modo, pretendíamos tener una medida más acertada de las capacidades que presentan los TDAH. En cualquier caso, en próximos estudios, sería deseable incorporar otras pruebas de inteligencia con el fin de llegar a encontrar las más adecuadas a esta población.

Por otro lado, nos encontramos con algunas dificultades relativas a la escasez de investigaciones centradas en el estudio específico de variables de personalidad en personas con TDAH y, que a su vez, empleen el 16PF-APQ, limitando de esta forma la posibilidad de contrastar los datos obtenidos con los referenciados en otros estudios.

Una cuestión más a tener en cuenta, en la prueba empleada, es el modo en el que están formulados los enunciados de ciertos ítems, un tanto ambiguos sobre todo para los menores con TDAH, en el cuadernillo que contiene los elementos del cuestionario. Así, esta forma poco concreta de plantear las cuestiones puede confundir al individuo que realiza la prueba, repercutiendo, a nuestro modo de ver, en que las conductas asociadas a su grupo normativo no estén descritas adecuadamente.

En este orden de cosas, destacaremos que el hecho de que algunos de los resultados obtenidos no hayan resultado significativos estadísticamente puede ser debido al modo en el que están delimitados los intervalos de la curva normal en el 16-PF-APQ. Podemos apreciar que esta influencia se pone de manifiesto al constatar que los niveles medios de la distribución, de cualquier variable del test, quedan recogidos entre los percentiles 16 y 84, abarcando una gran amplitud en la distribución.

Esto se comprueba al observar que la distribución de los adolescentes, aun no siendo puntuaciones significativas estadísticamente, se sitúa en el rango promedio de las distintas variables existentes en el 16PF-APQ (Estilos de Respuesta, Escalas Primarias, Preferencias Ocupacionales, Dificultades Cotidianas y Dimensiones Globales). Deberían realizarse futuros estudios para confirmar esta tendencia.

Para finalizar, también señalamos que se ha restringido el estudio de las posibles comorbilidades a la presencia o no de TND, sin contar con otros cuadros clínicos

contemplados como probables comorbilidades del TDAH, como por ejemplo: depresión, ansiedad, dificultades de aprendizaje, trastorno bipolar, etc. Todas ellas constituyen nuevas perspectivas de análisis para futuros trabajos de investigación.

---

## **REFERENCIAS**

---



**REFERENCIAS**

- Acosta, M., Triana, J., Gaitán, A., Fonseca, L., & Alonso, D. (2012). Neuropsychological assessment of a preteen with conduct disorder. *Psychology & Neuroscience*, 5(1), 47-55.
- Agosti, V., Chen, Y., & Levin, F.R. (2011). Does Attention Deficit Hyperactivity Disorder increase the risk of suicide attempts? *Journal of Affective Disorders*, 133(3), 595-599.
- Albert, J., López-Martín, S., Fernandez-Jaén, A., & Carretié, I. (2008). *Alteraciones emocionales en el Trastorno por déficit de Atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas*. *Revista de Neurología*, 47(1), 39-45.
- Albores-Gallo, L., Saucedo-García, J. M., Ruiz-Velasco, S., & Roque-Santiago, E. (2011). El acoso escolar (bullying) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México. *Salud Pública de México*, 53(3), 220-227.
- Alda, J.A., Arango, C., Castro, J., PetitBò, M. D., Soutullo, C., & San, Ll. (2009). *Trastornos del comportamiento en la infancia y adolescencia: ¿qué está sucediendo?* Esplugues de Llobregat: Hospital Sant Joan de Déu.
- Álvarez-García, D., Menéndez Hevia, S., González-Castro P., & Rodríguez Pérez, C. (2012). Hiperactividad-Impulsividad y déficit de atención como predictores de participación en situaciones de violencia escolar. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2), 185-202.
- Amador Campos J.A., Idiázabal Alecha, M.A., Sangorrín García, J. Espadaler Gamissans, J.M., & Forns i Santacana, M. (2002). Utilidad de las escalas de Conners para discriminar entre sujetos con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicotema*, 14 (2), 350-356.

- Amador Campos, J.A. (2013). *La escala de inteligencia de Wechsler para adultos, cuarta edición (WAIS-IV)*. Documento de trabajo. Barcelona: Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.
- Amador, J. A., Forns, M., & González, M. (2010). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad TDAH*. Madrid: Síntesis.
- Amador, J.A., Forns, M., & Martorell, B. (2001). Características del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de Psicología*, 32(4), 5-21.
- Amador, J.A., Forns, M., Guàrdia, J., & Però, M. (2005). Estructura factorial y datos descriptivos del perfil de atención y del cuestionario TDAH para niños en edad escolar. *Psicothema*, 18(4), 696-703.
- Amador, J.A., Forns, M., Guàrdia, J., & Però, M. (2005). Utilidad diagnóstica del cuestionario TDAH y del perfil de atención para discriminar entre niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Trastornos del aprendizaje y controles. *Anuario de Psicología*, 36(2), 211-224.
- Amador, J.A., Forns, M., Guàrdia, J., & Però, M. (2006). DSM-IV Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms Agreement Between Informants in Prevalence and Factor Structure at Different Ages. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28(1), 23-33.
- American Academy of Pediatrics (2011). ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 128(5), 1-16.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*. Washington, DC: Author (trad. cast. Barcelona: Masson, 1984).

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised*. Washington, DC: Author (trad. cast. Barcelona: Masson, 1988).

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: Author (trad. cast. Barcelona: Masson, 1995).

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC: Author (trad. cast. Barcelona: Masson, 2002).

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: Author (trad. cast. Madrid: Médica Panamericana, 2014).

Anastopoulos, A.D., Smith, T.F., Garrett, M.E., Morrissey-Kane, E., Schatz, N.K., Sommer, J.L., Ashley-Koch, A. (2011). Self-Regulation of Emotion, Functional Impairment, and Comorbidity Among Children With AD/HD. *Journal of Attention Disorders, 15*(7), 583–592. <http://doi.org/10.1177/1087054710370567>

Angélica Sandoval I., Natalia Acosta G., Francesca Grovotto G., & Mónica León A. (2009). *Enfrentamiento Terapéutico del Trastorno por Déficit Atencional en una población infantil escolar*. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 47*(1), 34-42.

- Asherson, P., Brookes, K., Franke, B., Chen, W., Gill, M., Ebstein, R.P., et al. (2007). Confirmation that a specific haplotype of the dopamine transporter gene is associated with combined-type ADHD. *American Journal of Psychiatry*, *164*(4), 674–677.
- Ayllon, T., & Milan, M. (1997). Desorden de déficit de atención e hiperactividad (pp. 563-611). En C. Luciano Soriano (Dir.), *Manual de psicología clínica. Infancia y adolescencia*. Valencia: Promolibro.
- Banaschewski, T., Becker, K., Scherag, S., Franke, B., & Coghill, D. (2010). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *19*(3), 237-257.
- Bangs, M.E., Wietecha, L. A., Wang, S., Buchanan, A.S., & Kelsey, D.K. (2014). Meta-Analysis of Suicide-Related Behavior or Ideation in Child, Adolescent, and Adult Patients Treated with Atomoxetine. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *24*(8), 426–434. <http://doi.org/10.1089/cap.2014.0005>
- Barkley, R.A. (1995). *Niños hiperactivos Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.
- Barkley, R.A. (1997). Behavioral Inhibition, Sustained Attention and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, *121*(1), 65-94.
- Barkley, R.A. (1997). *Defiant children* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2002). Major life activity and health outcomes associated with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *63*(12), 5-10.

- Barkley, R.A. (2002). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(12), 36-43.
- Barkley, R.A. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Revista de Neurología*, 48(2), 101-106.
- Barkley, R.A., & Benton, C.M. (2000). *Hijos desafiantes y rebeldes. Consejos para recuperar el afecto y lograr una mejor relación con su hijo*. Barcelona: Paidós.
- Barkley, R.A., Cook, E.H., Diamond, A., Zametkin, A., Thapar, A., Teeter, A., et al. (2002). International Consensus Statement on ADHD-January 2002. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(2), 89-111.
- Barkley, R.A., Cook, E.H., Diamond, A., Zametkin, A., Thapar, A., Teeter, A., et al. (2002). International consensus statement on ADHD. January 2002. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(2), 89-111.
- Barkley, R.A., Fischer, M., Edelbrock, C.S. & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I, An 8-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 546-557.
- Barkley, R.A., Murphy, K.R., & Bauermeister, J. (1998). *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Un manual de trabajo clínico* (2ª ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Barkley, R.A., Murphy, K.R., & Fischer, M. (2008). *El TDAH en adultos. Lo que nos dice la ciencia*. Barcelona: J & C Ediciones Médicas.

- Barkley, R.A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: Adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(2), 192-202.
- Bauermeister, J.J., Barkley, R.A., Bauermeister, J.A., Martínez, J.V., & McBurnett, K. (2012). Validity of the Sluggish Cognitive Tempo, Inattention, and Hyperactivity Symptom Dimensions: Neuropsychological and Psychosocial Correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 683-697. DOI 10.1007/s10802-011-9602-7
- Bauermeister, J.J., Shrout, P.E., Ramírez, R., Bravo, M., Alegría, M., Martínez-Taboas, A., & Canino, G. (2007). ADHD correlates, comorbidity, and impairment in community and treated samples of children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(6), 883-898.
- Bauermeister, J.J., & Barkley, R.A. (2010). A New Milestone in ADHD History: Dr. Gonzalo Rodríguez-Lafora (1917) and the “Unstables”. *The ADHD Report*, 18(1), 12-13.
- Bauermeister, J.J., Matos, M., Reina, G., Salas, C.C., Martínez, J.V., Cumba, E., & Barkley, A. (2005). Comparison of the DSM-IV combined and inattentive types of ADHD in a school-based sample of Latino/Hispanic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(2), 166-179.
- Becker, S.P., Langberg, J.M., Evans, S.W. (2015). Sleep problems predict comorbid externalizing behaviors and depression in young adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Children and Adolescent Psychiatry*, 24, 897-907.

- Bedregal, P. (2008). Instrumentos de medición del desarrollo en Chile. *Revista Chilena de Pediatría*, 79, 32-36.
- Beltran-Ortiz, M.F., Todd de Barra, H., Franzani, P., Martinich, C., & D. Castillo, R. (2012). Terapia psicológica. El cuestionario Five to Fefteen (FTF) para una Evaluación Integral del desarrollo: propiedades psicométricas y caracterización de muestra de niños chilenos. *Terapia Psicológica*, 30(3), 31-47.
- Benito-Moraga, R. (2008). *Evolución en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida: Infancia, Adolescencia, Madurez*. Madrid: Draft Editores, S.L.
- Berthiaume, K.S. (2006). Story comprehension and academic deficits in children with ADHD: What is the connection? *School Psychology Review*, 35(2), 309-323.
- Biederman, J. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A selective Overview. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1215-1220.
- Biederman, J., & Faraone, S.V. (2004). *A controlled study of functional impairments in 500 ADHD adults*. Paper Presented at Annual Meeting of the American Psychiatric Association, New York.
- Biederman, J., & Faraone, S.V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366, 237-248.
- Biederman, J., Faraone, S.V, Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K.A., et al. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal Psychiatry*, 150(12), 1792-1798.

- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S.V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., et al. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *American Journal Psychiatry*, 159(1), 36-42.
- Biederman, J., Petty, C.R., Day, H., Goldin, R.L., Spencer, T., Faraone, S.V., ... Wozniak, J. (2012). Severity of the Aggression/Anxiety-Depression/Attention Child Behavior Checklist Profile Discriminates Between Different Levels of Deficits in Emotional Regulation in Youth With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 33(3), 236–243. <http://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3182475267>
- Bock, J., & Braun, K. (2011). The impact of perinatal stress on the functional maturation of prefronto-cortical synaptic circuits: implications for the pathophysiology of ADHD? *Progress in Brain Research*, 189, 155-169.
- Brossard-Racine, M., Shevell, M., Snider, L., Bélanger, S. A., & Majnemer, A. (2012). Motor skills of children newly diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder prior to and following treatment with stimulant medication. *Research in Developmental Disabilities*, 33(6), 2080-2087.
- Brown, T.E. (2000). *Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents and Adults*. Arlington: American Psychiatric Press, Inc.
- Brown, T.E. (2003). *Trastorno por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona: Masson.
- Brown, T.E. (2006). *Trastorno por déficit de atención. Una mente desenfocada en niños y adultos*. Barcelona: Masson.

- Bushe, C.J., & Savill, N.C. (2013). Suicide related events and attention deficit hyperactivity disorder treatments in children and adolescents: a meta-analysis of atomoxetine and methylphenidate comparator clinical trials. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 19.
- Campeño Martínez, Y. (2014). *Intervención psicopedagógica en niños afectados por el síndrome TDAH. Estudio experimental*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Educación. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.
- Cardo, E., & Servera, M. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*, 15(1), 11-15.
- Castells, P. (2013). Escuela de tortura: acoso escolar entre iguales (bullying). *Redipe Virtual*, 28, 1-27.
- Cebrián Garrido, I., & Pérez Galán, R. (2005). *Las conductas hiperactivas en el colegio a través de los diarios de campo*. Málaga: Aljibe.
- Chang, Y.K., Hung, C.L., Huang, C.J., Hatfield, B. D., & Hung, T.M. (2014). Effects of an Aquatic Exercise Program on Inhibitory Control in Children with ADHD: A Preliminary Study. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 29(3), 217–223.  
<http://doi.org/10.1093/arclin/acu003>
- Chronis-Tuscano, A., Lewis-Morrarty, E., Woods, K.E., O'Brien, K. A., Mazursky-Horowitz, H., & Thomas, S.R. (2014). Parent-Child Interaction Therapy With Emotion Coaching for Preschoolers With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*.  
<http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.11.001>

- Conners, C. K., & Staff, M.H.S. (Eds.) (2000). *Conners' Continuous Performance Test II: Computer Program for Windows Technical Guide and Software Manual*. North Tonwanda, NY: Multi-Health Systems.
- Consejería de Sanidad y Consumo y Consejería de Educación, Formación y Empleo, Región de Murcia (2008). *Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias en la detección y diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDAH*. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Murciano de Salud. Subdirección General de Salud Mental.
- Consejería de Sanidad y Consumo y Consejería de Educación, Formación y Empleo, Región de Murcia (2012). *Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias en la detección y diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDAH. Revisado*. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Murciano de Salud. Subdirección General de Salud Mental.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. *Evaluación del test WISC- IV*. El currículo de la Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. BORM número 206 de 6 de Madrid.
- Córdoba, L. & Verdugo, A. (2003). Aproximación a la calidad de vida de familiares de niños con TDAH: un enfoque cualitativo. *Siglo Cero*, 34, 19-33.
- Cortese, S. (2014). Sleep and ADHD: what we know and what we do not know. *Sleep Medicine*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2014.10.003>.
- Cuetos, F., Ramos, J., & Ruano, E. (2004). *PROESC. Evaluación de los procesos de escritura*. Madrid: TEA.

- Cuetos, F., Rodríguez, B., Ruano, E., & Arribas, D. (2014). *PROLEC-R. Bateria de evaluación de los procesos lectores, revisada, 5ª Edición*. Madrid: TEA.
- Dafny, N., & Yang, P.B. (2006). The role of age, genotype, sex, and route of acute and chronic administration of methylphenidate: a review of its locomotor effects. *Brain Research Bulletin, 68*(6), 393-405.
- De la Osa-Langreo, A., Mulas, F., Téllez de Meneses, M., Gandía, R., & Mattos, L. (2007). Psicofarmacología de los trastornos comórbidos asociados al trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología, 44*(Supl. 2), S31-S35.
- Decreto n.º 198/2014, de 5 de septiembre, por el que se establece el currículo de la Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. BORM núm. 206 de 6 de septiembre de 2014.
- Decreto n.º 220/2015, de 2 de septiembre, por el que se establece el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. BORM núm. 203 de 3 de septiembre de 2015.
- Decreto n.º 359/2009, de 30 de octubre por el que se establece y regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de Murcia. BORM núm. 254 de 3 de noviembre de 2009.
- Del Campo, N., Chamberlain, S.R., Sahakian, B.J., & Robbins, T.W. (2011). The roles of dopamine and noradrenaline in the pathophysiology and treatment of ADHD. *Biological Psychiatry, 69*, 145-167.

- Del Cura, M. (2003). Sobre la aportación de G. R. Lafora (1886-1971) a la psicopedagogía: “Los Estados Psicopáticos en la escuela”. *FRENIA: Revista de la Historia de la Psiquiatría*, 3(2), 147-160.
- Diamond, A. (2005). Attention deficit disorder (attention deficit/hyperactivity disorder without hyperactivity): A neurobiologically and behaviorally distinct disorder Attention deficit-hyperactivity disorder (with hyperactivity). *Developmental Psychopathology*, 17, 803-825.
- Diario de Sesiones Pleno de la Asamblea Regional (2006). VI Legislatura. *MOCIÓN 277, sobre trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y su repercusión en el fracaso escolar*. Formulada por D. Pedro Manuel Hernández López, del g.p. popular (vi-9494). Presentada a la Mesa de la Asamblea regional el 14 de noviembre de 2005.
- Díaz Atienza, J. (2006). Comorbilidad en el TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 6(1), 44-55.
- Elder, T.E. (2010). The importance of relative standards in ADHD diagnoses: evidence based on exact birth dates. *Journal of Health Economics*, 29(5), 641-656.
- Emilsson, B., Gudjonsson, G., Sigurdsson, J., Baldursson, G., Einarsson, E., Olafsdottir, H., & Young, S. (2011). Cognitive behavior therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent Symptoms: A randomized controlled trial. *Biomedical Psychiatry*, 11, 1-10.
- Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica Específico de Dificultades de Aprendizaje. *Plan de actuación (2010-2011)*. Murcia: Autor.

- Fanti, K. A., & Kimonis, E. R. (2013). Dimensions of juvenile psychopathy distinguish “bullies,” “bully-victims,” and “victims”. *Psychology of Violence, 3*(4), 396–409.  
<http://doi.org/10.1037/a0033951>
- Faraone, S.V., & Biederman, J. (1998). Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry, 44*(10), 951-958.
- Faraone, S.V, Perlis, H.R, Doyle, A., Smoller, J., Goralnick, J., Holmgren, M., & Sklar, P. (2005). Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder *Society of Biological Psychiatry, 57*, 1313-1323.
- Farré, A., & Narbona, J. (2013). *EDAH. Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*. Madrid: TEA.
- Félix Mateo, V. (2011). Cuestionario BRIEF como tarea complementaria a la Evaluación Neuropsicológica del Funcionamiento Ejecutivo. *Quaderns Digitals, 66*.
- Ferrán, P., Claustre, M., Canals, J., Esparó, G., Ballespi, S., & Doménech, E. (2008). Evaluación de la psicopatología del preescolar mediante el Early ChildhoodInventory-4 (ECI-4): concordancia entre padres y maestros. *Psicothema, 20*, 481-486.
- Flapper, B.C.T., Houwen, S., & Schoemaker, M.M. (2006). Fine motor skills and effects of methylphenidate in children with attention-deficit-hyperactivity disorder and developmental coordination disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology, 48*(3), 165–169.  
<http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1017/S0012162206000375>

- Flores, C.L. (2009). *Características de comorbilidad en los diferentes subtipos de Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad*. *Psicothema*, 21(4), 592-597.
- Fundació Sant Joan de Déu (Coord.) (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Niños y Adolescentes*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_477\\_TDAH\\_AIAQS\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_477_TDAH_AIAQS_compl.pdf)
- Furukawa, E., Bado, P., Tripp, G., Mattos, P., Wickens, J.R., Bramati, I.E., et al. (2014). Abnormal Striatal BOLD Responses to Reward Anticipation and Reward Delivery in ADHD. *Public Library of Science*, 9(2), 97-103.
- García Arias, M.A. (2012). *Las funciones ejecutivas cálidas y el rendimiento académico*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos).
- Garrido Fernández, V. (2012). *Comorbilidad en el niño y adolescente*. Tesis Doctoral. Valladolid: Universidad de Valladolid. Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría.
- Gillberg, C. (2003). Deficits in attention, motor control, and perception: a brief review. *Archives of Disease in Childhood*, 88(10), 904–910.
- Gillberg, C., Gillberg, I.C., Rasmussen, P., Kadesjo, B., Soderstrom, H.R., Johnson, M., & Niklasson, L. (2004). Co-existing disorders in ADHD. Implications for diagnosis and intervention. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 180-192.

- Gjone, H., Stevenson, J., & Sundet, J.M. (1996). Genetic influence on parent-reported attention-related problems in a Norwegian general population twin sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(5), 588-596.
- Goikolea, J.M. (2011). TDAH y Trastornos afectivos. El problema con los trastornos bipolares. En *I Jornadas Andaluzas de la Asociación Española de Patología Dual*. Marbella: Asociación Española de Patología Dual.
- Golden, C.J. (2001). *Stroop: Test de colores y palabras* (3ª ed.). Madrid: TEA.
- Goldman, S., Genel, M., Bezman, R., & Slanetz, P., (1998). Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Journal American Medical Association*, 279(14), 1100-1107.
- Goldstein, S. (2002). *Clinician's guide to adult ADHD: assessment and intervention*. Continuity of ADHD in adulthood: hypothesis and theory meet reality. San Diego: Academic Press.
- Goulardins, J.B., Marques, J.C.F.B., & Casella, E.B. (2011). Quality of life and psychomotor profile of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 69(4), 630–635.
- Granero, R., Ezpeleta, L., Domenech, J.M, & de la Osa (2008). What single reports from children and parents aggregate to attention deficit-hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder diagnoses in epidemiological studies. *European Children Adolescent Psychiatry*, 17, 352-364.
- Grant, D.A., & Berg, E.A. (1996). *Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (WCST)*. Madrid: TEA.

- Gratch, L.O. (2009). *El Trastorno por Déficit de Atención (ADD-ADHD). Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Hae-Kook, L., Jong-Hyun, J., Na-Young, K., Min-Hyeon, P., Tae-Won, K., Ho-Jun, S., Hyun-Kook, L., Seung-Chul, H., Jin-Hee, H. (2014). Sleep and cognitive problems in patients with attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1779-1805.
- Haeussler, I., & Marchant, T. (2002). *Tepsi. Test de desarrollo psicomotor 2-5 años*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Halperin, J.M., Marks, D.J., Bedard, A.C.V., Chacko, A., Curchack, J.T., Yoon, C.A., & Healey, D. . (2013). Training Executive, Attention, and Motor Skills: A Proof-of-Concept Study in Preschool Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 17(8), 711-721. <http://doi.org/10.1177/1087054711435681>
- Hariprasad, V.R., Arasappa, R., Varambally, S., Srinath, S., Gangadhar, B.N. (2013). Feasibility and efficacy of yoga as an add-on intervention in attention deficit-hyperactivity disorder: and exploratory study. *Indian Journal Psychiatry*, 55, 379-384.
- Hart, L., Lahey, B., Loeber, R., Applegate, B., & Frick, P.J. (1995). Developmental change in attention-deficit hyperactivity disorder in boys: a four-year longitudinal study. *Journal Abnormal Child Psychology*, 23(6), 729-749.

- Harvey, W.J., Reid, G., Grizenko, N., Mbekou, V., Ter-Stepanian, M., & Joobar, R. (2007). Fundamental Movement Skills and Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Peer Comparisons and Stimulant Effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(5), 871-882. <http://doi.org/10.1007/s10802-007-9140-5>
- Heaton, R.K., Chelune, G.J., Talley, J.L., Kay, G.G., & Curtiss, G. (2009). *Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin*. Adaptación española de De la Cruz López, M<sup>a</sup> Victoria. Madrid: TEA.
- Hechtman, L. (1996). *Attention-Deficit Hyperactivity-Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Henríquez-Henríquez, M., Zamorano-Mendieta, F., Rothhammer-Engel, F., & Aboitiz, F. (2010). Modelos neurocognitivos para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad y sus implicaciones en el reconocimiento de endofenotipos. *Revista de Neurología*, 50(2), 109-116.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2007). *Fundamentos de metodología de la investigación*. Madrid: McGraw-Hill.
- Herrera, E., Bermejo, R., Fernández, M.C., & Soto, G. (2011). Déficit de atención e hiperactividad. En M.D. Prieto (Coord.), *Psicología de la Excepcionalidad* (pp.139-152). Madrid: Síntesis.
- Herrera-Gutiérrez, E. (1996). Bases Psicológicas de la Educación Especial: Una propuesta curricular en la formación del profesorado. *Anales de Psicología*, 12(1), 29-39.

- 
- Herrera-Gutiérrez, E. (1999). Necesidades Educativas Especiales: Aportaciones desde el ámbito de la Psicología. En E. Herrera-Gutiérrez y F. Cerezo (Eds.), *Bases Psicológicas de la Educación Especial* (2ª ed.) (pp. 9-26). Murcia: ICE-Universidad de Murcia / DM.
- Herrera-Gutiérrez, E. (2015). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: su investigación desde la perspectiva del desarrollo integral. *Boletín de Investigación de la Facultad de Educación*, 2, 196-203. Disponible en: <http://www.um.es/documents/299436/1725297/Boletin+de+Investigacio%CC%81n+Facultad+de+Educacio%CC%81n+julio+2015.pdf/6097283d-16e2-472e-9780-0b90b884e1d0>
- Herrera-Gutiérrez, E., Calvo, M.T., & 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.
- Herrera-Gutiérrez, E., Rodríguez, J.M., Sánchez-Mármol, D.J., & Peyres, C. (2011). Estudio de los aspectos culturales del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en una muestra de inmigrantes de la Región de Murcia. En J.M. Román, M.A. Carbonero, & J.D. Valdivieso (Comps.), *Educación, aprendizaje y desarrollo en una sociedad multicultural* (pp. 1683-1699). Madrid: Ediciones de la Asociación Nacional de Psicología y Educación.
- Hiscock, H., Sciberras, E., Mensah, F., Gerner, B., Efron, D., Khano, S., & Oberklaid, F. (2015). Impact of behavioural sleep intervention on symptoms and sleep in children with attention déficit hiperactivity disorder, and parental mental health: randomised controlled trial. *Biomedical Journal*, 350, doi: 10.1136/bmj.h68

- Huang, F., Qian, Q., & Wang, Y. (2015). Cognitive behavioral therapy for adults with attention-deficit hyperactivity disorder: study protocol for a randomized control trial. *Trials*, *16*, doi 10.1186/s13063-015-0686-1.
- Hvolby, A. (2015). Associations of sleep disturbance with ADHD: implications for treatment. *ADHD Attention déficit hyperactivity disorder*, *7*, 1-18. doi 10.1007/s12402-014-0151-0
- Irueste, P.G. (2012). *Capacidades Intelectuales diferenciales en niños designados por sus docentes como dispersos e hiperactivos*. Tesis Doctoral. Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Secretaría de Graduados en Ciencias de la Salud.
- Ives, L.E. (2006). Intervenciones no farmacológicas en el entorno familiar de niños con trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad. *Revista de Pediatría*, *8*(4), 57–67.
- Jarque Fernández, S. (2012). Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Anuario de Psicología*, *42*(1), 19-33.
- Jensen, P. S. (2002). *The Effects of Yoga on the Behaviour of Boys with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*. School of Behavioural and Community Health Sciences, University of Sydney.
- Jensen, P., Hinshaw, S., Kraemer, H., Leonora, N., Newcorn, J., Abikoff, H., et al. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*(2), 147-158.

- Kadesjö, B., Janols, L. O., Korkman, M., Mickelsson, K., Strand, G., Trillingsgaard, A., & Gillbert, C. (2004). The FTF (Five to Fifteen): the development of a parent questionnaire for the assessment of ADHD and comorbid conditions. *European Child & Adolescent Psychiatry, 13*(3), 3-13.
- Kaplan, B.J., Dewey, D.M., Crawford, S.G., & Wilson, B.N. (2001). The term comorbidity is of questionable value in reference to developmental disorders: Data and theory. *Journal of Learning Disabilities, 34*(6), 555-565.
- Kaufman, A., & Kaufman, N. (1997). *Test Breve de Inteligencia de Kaufman, K-BIT*. Madrid: TEA.
- Kaufmann, F., Kalbfleisch, M., & Castellanos, F. (2000). *Attention deficit disorders and gifted students: What do we really know?* Storrs, CT: University of Connecticut.
- Korzeniowski, C., & Ison, M.S. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 17*(1), 65-71.
- Kubik, J.A. (2010). Efficacy of ADHD Coaching for Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders, 13*(5), 442-453. <http://doi.org/10.1177/1087054708329960>
- Lange, K., Makulska-Gertruda, E., Hauser, J., Reissmann, A., Kauzinger, I., Tucha, L., Tucha, O., & Lange, K.W. (2014). *Yoga and physical therapy, 4*(3), doi:10.4172/2157-7595.1000168.

- Lara, C., Fayyad, J., de Graaf, R., Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M., & Sampson, N. (2009). Childhood predictors of adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biological Psychiatry*, *65*(1), 46-54. <http://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.10.005>
- Lasa-Zulueta, A. (2007). El TDAH en el momento actual: controversias, divergencias y convergencias. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, *2*, 9-16.
- Lerner, M. D., Mikami, A. Y., & McLeod, B. D. (2011). The alliance in a friendship coaching intervention for parents of children with ADHD. *Behavior Therapy*, *42*(3), 449–461.
- Levy, F., Hay, D., & Rooney, R. (1996). Predictors of persistence of ADHD symptoms in a large-scale twin study: preliminary report. *The ADHD Repor*, *4*(6), 12.
- Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE). BOE núm. 238, de 4 de octubre de 1990.
- Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación (LOCE). BOE núm. 307, de 24 de diciembre de 2002.
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE). BOE núm. 106, de 4 de mayo de 2006.
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE). BOE núm. 295 de 10 de diciembre de 2013.
- Lezak, M. (1995). *Neuropsychological assessment* (3th edition). New York: Academic Press.

- López Calzón, A. (2012). *Análisis y valoración de algunos patrones diagnósticos diferenciales en los subtipos de TDAH*. Tesis Doctoral. Oviedo: Universidad de Oviedo. Departamento de Psicología.
- López, C., Alcántara, M., Castro, M., Belchí, A., & Romero, A. (2013). Evaluación Psicológica. En C. López, & A. Romero (Coords), *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia* (pp.133-169). Madrid: Pirámide.
- López-Ortuño, J. (2010). El déficit de atención e hiperactividad: contagiar ganas y transmitir conocimientos. En Consejería de Educación, Formación y Empleo, Región de Murcia (Ed.), *Plan de mejora de la convivencia: IES Cañada de las Eras, curso 2007-2008* (pp. 65-78). Murcia: Autor.
- López-Villalobos, J.A., Montes Rodríguez, J.M., & Sánchez Azón, M.I. (2003). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Análisis discriminante de subtipos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 3, 108-119.
- López-Villalobos, J.A., Serrano Pintado, I., Delgado Sánchez Mateos, J., Ruiz Sanz, F., Sánchez Azón, M., & Sacristán Martín, A.M. (2007). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: perfil intelectual y factor de independencia a la distracción. *Revista de Neurología*, 44(10), 589–595.
- Mabres, M. (2012). *Hiperactividades y déficit de atención. Comprendiendo el TDAH*. Barcelona: Octaedro.
- Maedgen, J.W., & Carlson, C.L. (2000). Social functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder subtypes. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 30-42.

- Martel, M. M., Goth-Owens, T., Martinez-Torteya, C., & Nigg, J. T. (2010). A person-centered personality approach to heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Abnormal Psychology, 119*(1), 186–196. <http://doi.org/10.1037/a0017511>
- Martel, M. M., Nikolas, M., Schimmack, U., & Nigg, J. (2015). Integration of Symptom Ratings From Multiple Informants in ADHD Diagnosis: A Psychometric Model With Clinical Utility. *Psychological Assessment, 27*(3), 1060-1071.
- Martínez-Frutos, M.T., Herrera-Gutiérrez, E., & Peyres, C. (2014). Los conocimientos del profesorado sobre TDAH y su relación con el rendimiento del alumnado. En J. Maquilón y N. Orcajada (Eds.), *Investigación e innovación en formación del profesorado* (pp. 369-380). Murcia: Editum.
- Martínez-Frutos, M.T., Herrera-Gutiérrez, E., & López-Ortuño, J. (2014). Conocimientos y lagunas de los docentes sobre el TDAH: la importancia de la formación. En J. Navarro, M.D. Gracia, R. Lineros, & F.J. Soto (Coords.), *Claves para una educación diversa*. Murcia: Consejería de Educación, Cultura y Universidades. Disponible en: <http://diversidad.murciaeduca.es/publicaciones/claves/doc/mtmartinez.pdf>
- Martínez-Ortega, Y., Bosch, R., Gomà i Freixanet, M., Valero, S., Ramos-Quiroga, J.A., Nogueira, M., & Casas, M. (2010). Variables diferenciales de personalidad en los subtipos de TDAH en la edad adulta. *Psicothema, 22*(2), 236-241.
- McDonnell, K.A. , & Mathews, LL. (2001). Promoting enhanced parenting: a group for caregivers of children diagnosed with AD/HD. *Journal for Specialists in Group Work, 26*, 276-288.

- Meinzer, M.C., Lewinsohn, P.M., Pettit, J.W., Seeley, J.R., Gau, J.M., Chronis-Tuscano, A., & Waxmonsky, J.G. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescence predicts onset of major depressive disorder through early adulthood: Research Article: ADHD in Adolescence Predicts MDD. *Depression and Anxiety, 30*(6), 546-553. <http://doi.org/10.1002/da.22082>
- Mikami, A., Lerner, M., Swaim, M., McGrath, A., & Calhoun, C. (2010). Parental Influence on Children with Attention Hiperactivity Disorder: II. Results of a Pilot Intervention Training Parents as Friendship Coaches for Children. *Journal Abnormal Childhood Psychology, 38*(6), 737-749.
- Mikami, A.Y., Ransone, M. L., & Calhoun, C. D. (2011). Influence of Anxiety on the Social Functioning of Children With and Without ADHD. *Journal of Attention Disorders, 15*(6), 473-484. <http://doi.org/10.1177/1087054710369066>
- Miranda, A., Fernández, I., Roselló, B., & Colomer, C. (2012). Evolución de los síntomas del TDAH y problemas asociados: Efectos del tratamiento farmacológico. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1*(3), 93-104.
- Miranda, A., García, R., & Presentación, M.J. (2002). Factores moduladores de la eficacia de una intervención psicosocial en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología, 34*(1), 91-97.
- Miranda, A., García, R., & Soriano, M. (2005). Habilidad narrativa de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psichothema, 17*(2), 227-232.

- Miranda, A., Jarque, S., & Rosel, J. (2006). Tratamiento para niños con TDAH: programa psicopedagógico en la escuela frente a medicación psicoestimulante. *Psicothema, 18*, 335-341.
- Miranda, A., Soriano, M., Presentación, M.J., & Gargallo, B. (2000). Intervención psicoeducativa en estudiantes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica, 1*(1), 203-216.
- Molano Bilbao, A. (2012). *Desarrollo de un sistema de genotipado para la aplicación para la aplicación en el "trastorno por déficit de atención con hiperactividad" y su farmacogenética*. Tesis Doctoral. San Sebastián: Universidad del País Vasco.
- Morais-Nogueira, M. (2014). *Instrumentos de evaluación y diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en adultos: clínica y estudio de la comorbilidad con los trastornos por uso de sustancias (TUS)*. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona.
- Morrow, R.L., Garland, E.J., Wright, J.M., Maclure, M., Taylor, S., & Dormuth, C.R. (2012). Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention deficit/hyperactivity disorder in children. *Canadian Medical Association Journal, 184*(7), 755-762.
- MTA Cooperative Group (2004). National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD Follow-up: 24-Month Outcomes of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics, 113*(4), 754-761. <http://doi.org/10.1542/peds.113.4.754>

- Mulas, F., Rosell, B., Morant, A., Hernández, S., & Pitarch, I. (2002). Efectos de los psicoestimulantes en el desempeño cognitivo y conductual de los niños con déficit de atención e hiperactividad subtipo combinado. *Revista de Neurología*, 35(1), 17-24.
- Murphy, K., Barkley, R., & Tracie, M.A. (2002). Young Adults with Attention Deficit Hiperactivity Disorder: Subtyoe Differences in Comorbidity, Educational, and Clinical History. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(3), 147-157.
- Murphy, K., Ratey, N., Maynard, S., Sussman, S., & Wright, S.D. (2010). Coaching for ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 13(5), 546–552. <http://doi.org/10.1177/1087054709344186>
- National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE (2008). *Guía de referencia rápida. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Diagnóstico y manejo del TDAH en niños, adolescentes y adultos*. Londres: Autor.
- Niedekhofer, H., Hackenber, B., Lanzendorfer, K., Staffen, W., & Maffi, S. (2002). Family coherence and ADHD. *Psychological Reports*, 91, 123-126.
- O'Connor, B.C., Fabiano, G.A., Waschbusch, D.A., Belin, P.J., Gnagy, E.M., Pelham, W.E., ... Roemmich, J.N. (2014). Effects of a Summer Treatment Program on Functional Sports Outcomes in Young Children with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(6), 1005–1017. <http://doi.org/10.1007/s10802-013-9830-0>

Orden de 20 de noviembre de 2014, de la Consejería de Educación, Cultura y Universidades por la que se regula la organización y la evaluación en la Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. BORM núm. 270, de 22 de noviembre de 2014.

Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales (CIE-10). Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Autor.

Orjales, I. (1991). *Eficacia diferencial en técnicas de intervención en el síndrome hiperkinético*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Orjales, I. (2008). *Déficit de Atención con Hiperactividad: Manual para Padres y Educadores*. Madrid: CEPE.

Orjales, I., & Polaino-Lorente, A. (1994) Estilos atribucionales y autoestima en hiperactividad infantil. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47(4), 461-466.

Otfried, S., Reeser, A., y Edgel, D, (1996). *Developmental neuropsychology*. New York: Oxford University Press.

Othmer, E., & Othmer, S.C. (2003). *DSM-IV-TR, La entrevista clínica: Tomo II. El paciente difícil*. Barcelona: Masson (pp. 227-240).

Panevska, L., ZafirovaIvanovska, B., Vasilevska, K., Isjanovska, R., & Kadri, H. (2015). Relationship Between ADHD and Depression Among University Students in Macedonia. *Materia Socio Medica*, 27(1), 18. <http://doi.org/10.5455/msm.2014.27.18-21>

Parada Navas, J.L. (2012). La familia ¿un valor? En un mundo en cambio *Carthaginensia*, 27(52), 359-383.

- 
- Parellada, M. (2009). *TDAH, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Madrid: Psicología Alianza.
- Pascual-Castroviejo, I. (2008). Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). En Asociación Española de Pediatría (Ed.), *Protocolos Clínicos*. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20-tdah.pdf>
- Pérez, C. R., García, D. Á., Castro, P. G., García, J. A. G.-P., Pérez, J. C. N., Gutiérrez, A. B. B., & Pérez, L. Á. (2009). El cociente intelectual y el género como factores mediadores en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y las dificultades de aprendizaje. *Aula Abierta*, 37(1), 19–30.
- Piek, J. (2004). The relationship between motor coordination, executive functioning and attention in school aged children. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(8), 1063-1076. <http://doi.org/10.1016/j.acn.2003.12.007>
- Pitcher, T. M., Piek, J. P., & Hay, D. A. (2003). Fine and gross motor ability in males with ADHD. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 45(08), 525–535.
- Poblano, A., Luna, B., & Reynoso, C. (2014). Differential motor alterations in children with three types of attention deficit hyperactivity disorder. *Archivos de Neuro-Psiquiatria*, 72(11), 856–861. <http://doi.org/10.1590/0004-282X20140147>
- Poeta, L.S., & Rosa-Neto, F. (2007). Evaluación motora. *Revista de Neurología*, 44(3), 146-149.
- Polanczyk, G., & Rohde, A. (2007). Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 386-392.
- Presentación, M.J., & Siegenthaler, R. (2005). Problemática asociada al TDAH subtipo combinado en una muestra escolar. *Infancia y Aprendizaje*, 28(3), 261-275.

- Prevatt, F., Lampropoulos, G. K., Bowles, V., & Garrett, L. (2011). The Use of  
Between Session Assignments in ADHD Coaching With College Students.  
*Journal of Attention Disorders, 15*(1),18–27.
- Prieto, M.D. (Coord.) (2011). *Psicología de la Excepcionalidad*. Madrid: Síntesis.
- Puente García, R., Loro López, M., & Quintero Gutiérrez del Álamo, F.J. (2009).  
Comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad: importancia  
de su diagnóstico. En F.J. Quintero Gutiérrez del Álamo, J. Correas Lauffer, &  
F.J. Quintero Lumbreras (Eds.), *Trastorno por déficit de atención e  
hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*, 3ª Edición (pp. 215-249).  
Barcelona: Elsevier Masson.
- Quintero Gutiérrez del Álamo, F.J, Correas Lauffer, J., & Quintero Lumbreras, F.J.  
(2009). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de  
la vida*, 3ª Edición. Barcelona: Elsevier Masson.
- Quintero, J., Loro, M., Jiménez, B., & García Campos, N. (2011). Aspectos evolutivos  
del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): de los factores  
de riesgo al impacto socioacadémico y a la comorbilidad. *VERTEX Revista  
Argentina de Psiquiatría, 22*(96), 101-108.
- Quintero, J., Navas, M., Fernández, A., & Ortiz, T. (2009) Avances en el trastorno por  
déficit de atención e hiperactividad. ¿Qué nos aporta la neuroimagen? *Actas  
Españolas de Psiquiatría, 37*(6), 352-358.
- Rabito-Alcón, M.F., & Correas -Lauffer, J. (2014). Guías para el Trastorno por déficit  
de Atención e Hiperactividad: una revisión crítica. *Actas Españolas de  
Psiquiatría, 42*(6), 315-324.

- Ramos-Quiroga, J.A., Bosch-Munsó, R., Castells-Cervelló, X., Narcía-Giménez, E, Nogueira-Morais, M., García-Jiménez, E., & Casas-Brugué, M. (2006). Trastorno por déficit de Atención con hiperactividad en adultos: Caracterización clínica y terapéutica. *Revista de Neurología*, 42(10), 600-606.
- Ramos-Quiroga, J.A., Martínez, Y., Nogueira, M., Boch, R., & Casas, M. (2008). *Manual de tratamiento psicológico para adultos con TDAH. Una aproximación cognitivo-conductual*. Barcelona: Mayo.
- Reid, R., & Lienemann, T.O. (2006). Self-regulated strategy development for written expression with students with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Exceptional Children*, 73(1), 53-68.
- Resolución de 17 de diciembre de 2012, de la Dirección General de Planificación y Ordenación Educativa por la que se dictan orientaciones para la atención educativa del alumnado que presenta dificultades de aprendizaje (BORM núm. 295 de 22 de diciembre de 2012).
- Rey, A. (1997). *Rey. Test de copia y de reproducción de memoria de figuras geométricas complejas*. Madrid: TEA.
- Rivas Jueas, C. (2014). *Estudio sobre los factores psicosociales y estacionales del déficit de atención e hiperactividad y su posible diagnóstico*. Tesis Doctoral. Valencia: Universidad de Valencia. Facultad de Medicina y Cirugía. Departamento de Pediatría, Ginecología y Obstetricia.

- Rodríguez Pérez, C. (2015). *Nuevas técnicas de detección y tratamiento en el TDAH. Aspectos psicopedagógicos*. Instituto de Altos Estudios Universitarios. UE online. Universidades de España. Disponible en: <http://www.iaeu.edu.es/estudios/psicopedagogia/nuevas-tecnicas-de-deteccion-y-tratamiento-en-el-tdah-aspectos-psicopedagogicos/>
- Rodríguez, C., Fernández-Cueli, M., González-Castro, P., Álvarez, L., & Álvarez-García, D. (2011). Diferencias en la fluidez sanguínea cortical en los subtipos de TDAH. Un estudio piloto. *Aula Abierta*, 39, 25-36.
- Rodríguez, C., García-Sánchez, J.N., González-Castro, P., Álvarez-García, D., González-Pienda, J.A., Bernardo, A., Cerezo, R., & Álvarez-Pérez, L. (2011). TDAH y el solapamiento con las dificultades de Aprendizaje en escritura. *Revista de Psicología y Educación*, 6, 37-56.
- Rodríguez, C., García-Sánchez, J.N., González-Castro, P., Bernardo, A., Cerezo, R., & Álvarez-Pérez, L. (2010). Función y utilidad de los cuestionarios en el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 1(1), 29-49.
- Rodríguez, C., González-Castro, P., Álvarez, L., Vicente, L., Núñez, J.C., González-Pienda, J., Álvarez, D., Bernardo, A., & Cerezo, R. (2011). Nuevas técnicas de evaluación en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *European Journal of Education and Psychology*, 4(1), 63-73.

- Rodríguez, J.M., Herrera-Gutiérrez, E., & Sánchez, D.J. (2012). Implicaciones psicoeducativas del TDAH en población inmigrante. En E. Soriano, A.J. González, & R.M. Zapata (Eds.), *El poder de la comunicación en una sociedad globalizada* (pp. 65-77). Almería: Universidad de Almería.
- Rodríguez, L., López-Villalobos, M., Garrido, AM., Sacristán, MT., Martínez-Rivera, F., & Ruiz, F. (2009). *Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España)*. *Pediatría de Atención Primaria*, 11(42), 251-270.
- Rodríguez-Pérez, C., & García, J. N. (2008). Validación y utilización empírica de un instrumento de diagnóstico en una muestra de niños con el Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad (TDAH). El cuestionario Five to Fifteen (FTF). *INFAD*, 1, 241-250.
- Rommelse, N.N., Altink, M.E., Fliers, E.A., Martin, N.C., Buschgens, C.J., Hartman, C.A., Oosterlaan, J. (2009). Comorbid problems in ADHD: Degree of association, shared endophenotypes, and formation of distinct subtypes. Implications for a future DSM. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(6), 793-804.
- Ruiz García, M., Garza-Morales, S., Sánchez-Guerrero, O., & Loredó-Abdalá, A. (2003). Conclusiones del consenso de expertos sobre el tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. *Academia Mexicana de Pediatría*, 60, 349-355.
- Russell, M.T., & Farol Darcie, L. (2003). *16PF-5. Manual (6ª Ed.)*. Madrid: TEA.

- Safren, S., Otto, M., Sprich, S., Winett, C., Wilens, T.E., & Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 831-842.
- San Sebastián, J., Soutullo Esperón, C., & Figueroa Quintana, A. (2010). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), En AEPNYA (Ed.), *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente* (pp. 55-78). Madrid: Médica Panamericana.
- Sánchez Mármol, D.J., & Herrera-Gutiérrez, E. (2010). El alumno hiperactivo y su funcionamiento en el ámbito académico. En A. de Pro Bueno (Coord.), *Investigación e Innovación en Educación Infantil y Educación Primaria II* (pp. 579-598). Murcia: Facultad de Educación. Universidad de Murcia.
- Sánchez, C.R., Ramos, C., Díaz F., & Simón M. (2012). Validación de la escala de evaluación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (EDAH) en población adolescente. *Neurología de la Conducta*, 50 (5), 283-290.
- Sánchez, G. (2013). La FDA permite la comercialización del primer examen de ondas cerebrales para evaluar el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes. *Comunicado de prensa de la FDA. Información al consumidor: 888-INFO-FDA*. Disponible en: <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/ComunicadosdePrensa/2013/default.htm>
- Sandberg, S. (2002). *Hiperactivity and attention disorders of childhood*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Sandoval, A., Acosta, N., Crovetto, F., & León, M. (2009). Enfrentamiento terapéutico del trastorno por déficit atencional en una población infantil escolar perteneciente a la Región Metropolitana de Chile. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 47(1), 34-42.
- Scandar, R.O. (2003). *El niño que no podía dejar de portarse mal. TDAH: Su comprensión y tratamiento*. Buenos Aires: Distal.
- Schuerger, J. M. (2013). *Cuestionario de Personalidad para Adolescentes 16PF-APQ*. Madrid: TEA.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN (2009). *Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A national clinical guideline*. Edinburgh, Scotland: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).
- Servera Barceló, M., Trias Alcocer, C., & Ducet Teixeira, R. (2012). Análisis de los cambios en los criterios diagnósticos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el DSM-5: ¿Qué hacemos con el "Sluggish Cognitivo Tempo". *13.º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2012*. Disponible en: [www.interpsiquis.com-febrero2012.com](http://www.interpsiquis.com-febrero2012.com)
- Servera-Barceló, M. (2005). Modelo de autoregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Revista de Neurología*, 40, 358-368.

- Seymour, K. E., Chronis-Tuscano, A., Iwamoto, D. K., Kurdziel, G., & MacPherson, L. (2014). Emotion Regulation Mediates the Association Between ADHD and Depressive Symptoms in a Community Sample of Youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(4), 611-621. <http://doi.org/10.1007/s10802-013-9799-8>
- Sibley, M., Pelham, W., Gnagy, E., Waschbusch, D., Kuriyan, A., Babinski, D., Molina, B., Carefino, S., & Karch, K. (2011). Diagnosing ADHD in Adolescence. *American Psychological Association*, 80(1), 139-150.
- Silver, L.B. (2004). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Guía clínica de diagnóstico y tratamiento para profesionales de la salud*. Barcelona: Ars Médica.
- Skounti, M., Philalithis, A., & Galanakis, E. (2007). Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European Journal of Pediatrics*, 166, 117-123.
- Solanto, M.V, Marks, D.J., Mitchel, K.J, Wasserstein, J., & Kofman, M.D. (2008). Developmente of a New Psychosocial Treatment for Adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 728-736.
- Solanto, M.V., Marks, D.J., Wasserstein, J., Mitchel,K., Abikoff, H., Alvir, J.M. & Kofman, M.D. (2010). Efficacy of Metacognitive Therapy for Adult ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 167, 958-968.
- Soutullo-Esperón, C. (Coord.) (2013). *Informe PANDAH. El TDAH en España*. Barcelona: Adelphi.
- Soutullo-Esperón, C. y Díez, A. (2007). *Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH*. Madrid: Médica Panamericana.

- Spencer, T. (2006). ADHD and comorbidity in childhood. *Journal Clinical Psychiatry*, 67(18), 527-531.
- Spielberger, C.D. (1973). *State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Steinhausen, H.-C., Göllner, J., Brandeis, D., Müller, U. C., Valko, L., & Drechsler, R. (2012). Psychopathology and personality in parents of children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 1087054711427562.
- Stevenson, C., Whitmont, S., Bornholt, L., Livesey, D., & Stevenson, R.J. (2002). A cognitive remedation programme for adults with Attention Hiperactivity Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 610-616.
- Taylor, E., Doepfner, M., Sergeant, J., et al. (2004) European clinical guidelines for hyperkinetic disorder: first upgrade. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13(1), 1–30.
- Thome, J., & Jacobs, K.A. (2004), Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children´s book. *European Psychiatry*, 19, 303-306.
- Toro-Trallero, J., Cervera-Laviña, M. (2009) *Escala de Magallanes de Lectura y Escritura: EMLE, TALE-2000*. Bizkaia: Grupo Albor-Cohs.
- Valdizán, J.R., Mercado, E., & Mercado-Undanivia, A. (2007). Características y variabilidad clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en niñas. *Revista de Neurología*, 44(2), 27-30.
- Van-Wielink, G. (2005). *Déficit de Atención con Hiperactividad. Estrategias, habilidades, diagnóstico y tratamiento*. México: Trillas-Eduforma.

- Vaquerizo-Madrid, J. (2008). Evaluación Clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad, modelo de entrevista y controversias. *Revista de Neurología*, 46 (1), 37-41.
- Verret, C., Guay, M.-C., Berthiaume, C., Gardiner, P., & Beliveau, L. (2012). A Physical Activity Program Improves Behavior and Cognitive Functions in Children With ADHD: An Exploratory Study. *Journal of Attention Disorders*, 16(1), 71-80. <http://doi.org/10.1177/1087054710379735>
- Vidal-Estrada, R., Bosch-Munso, R., Nogueira-Morais, M., Casas-Brugue, M., & Ramos-Quiroga, J. A. (2012). Tratamiento psicológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: revisión sistemática. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(3), 147-154.
- Vidarte, J. A., Ezquerro, M., & Giráldez, M.A. (2009). Perfil psicomotor de niños de 5 a 12 años diagnosticados clínicamente de trastorno de atención/hiperactividad en Colombia. *Revista de Neurología*, 49(2), 69-75.
- Virta, M., Vedenpää, A., Grönroos, N., Chydenius, E., Partinen, M., Vataja, R., Kaski, M., & Iivanainen, M. (2008). Adults with ADHD benefit from Cognitive-Behaviorally Oriented Group Rehabilitation. *Journal of Attention Disorders*, 12(3), 218-226.
- Wahlstedt, C., Thorell, L.B., & Bohlin, G. (2009). Heterogeneity in ADHD: Neuropsychological pathways, comorbidity and symptom domains. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(4), 551-564.
- Wechsler, D. (1999). *Escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada* (5ª ed.). Madrid: TEA.

- Wechsler, D. (2012). *WAIS-IV. Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV*. Manual de aplicación y corrección. Madrid: NCS Pearson, Inc.
- Weijer-Bergsma, E., Formsma, A.R., Bruin, E.I, & Bögels, M.S. (2012). The Efectiveness of Mindfulness Training on Behavioral Problems and Attentional Functioning in Adolescents with ADHD. *Journal of Families and Children Studies, 21*, 775-787. doi 10.1007/s10826-011-9531-7
- Weiss, M., Murray, C., Wasdell, M., Greenfield, B., Giles, L., & Hechtman, L. (2012). A randomized controlled trial of CBT therapy for adults with ADHD with and without medication. *Biomedical Psychiatry, 12*, 1-9.
- Wicks-Nelson, R. & Israel, A. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice-Hall.
- Wilens T.E, McDermott, S.P., Biederman, J., Abrantes, A., Haahes, A., & Spencer, T.J. (1999). Cognitive therapy in the treatment of adults with ADHD: a systematic chart review of 26 cases. *Journal of Cognitive Psychotherapy Int Quarterly, 13*, 215-27.
- Yen, Y.C., Anderzhanova, E., Bunck, M., Schuller, J., Landgraf, R., & Wotjak, C.T. (2013). Co-segregation of hyperactivity, active coping styles, and cognitive dysfunction in mice selectively bred for low levels of anxiety. *Frontiers in Behavioral Neuroscience, 7*. <http://doi.org/10.3389/fnbeh.2013.00103>

---

# **ANEXOS**

---





## Anexo 1

### A.D.A±H

Rodear con un círculo: PADRE / MADRE / PROFESOR

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### DSM-5

RODEE CON UN CÍRCULO la palabra SÍ, en caso de que el niño presente este tipo de conducta y NO si no la presenta. Anote en el margen y por detrás lo que crea necesario para recoger aquello que usted considere importante destacar, así como los ejemplos que crea oportunos.

A menudo no presta atención suficiente a los detalles o comete errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades (por ejemplo, pierde objetos, el trabajo es erróneo).	SÍ	NO
A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades de juego (por ejemplo, dificultad para permanecer concentrado durante las conferencias, conversaciones, o leer textos largos).	SÍ	NO
A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente (su pensamiento parece estar en otra parte, incluso en ausencia de cualquier distracción evidente).	SÍ	NO
Con frecuencia no sigue instrucciones (comienza tareas, pero rápidamente pierde el foco y se desvía fácilmente, no finaliza tareas escolares, tareas del hogar o las tareas en el lugar de trabajo).	SÍ	NO
A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades. (Tiene dificultades para manejar las tareas secuenciales y mantener los materiales y objetos en orden. Es desordenado y desorganizado. Tiene mala gestión del tiempo y tiende a dejar de cumplir los plazos.)	SÍ	NO
Es característico evitar, parece que no les gusta, y es renuente a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos, o para los adolescentes mayores y adultos, la elaboración de informes, completar formularios, o la revisión de documentos largos).	SÍ	NO
Pierde frecuentemente objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, tareas escolares, lápices, libros, herramientas, carteras, llaves, documentos, o teléfonos móviles).	SÍ	NO
A menudo se distrae fácilmente con estímulos externos. (Para los adolescentes mayores y los adultos pueden incluir pensamientos no relacionados.)	SÍ	NO
A menudo es descuidado en las actividades diarias, las tareas y mandados (para adolescentes y adultos mayores, regresar las llamadas, pagar las cuentas, y las citas).	SÍ	NO

A menudo mueve en exceso manos o pies o se retuerce en su asiento.	SÍ	NO
A menudo parece ser incansable durante las actividades cuando los demás están sentados (puede dejar su lugar en el salón de clases, oficina u otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren permanecer sentado).	SÍ	NO
A menudo corre o trepa en los muebles y se mueve excesivamente en situaciones inapropiadas. En los adolescentes o adultos puede limitarse a sentirse inquieto o confinadas.	SÍ	NO
A menudo es demasiado fuerte o ruidoso durante el juego, el ocio o las actividades sociales.	SÍ	NO
A menudo está en continuo movimiento, actúa como si "tuviera un motor." Es incómodo estar quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones, etc. es visto por otros como inquieto y difícil de seguir el ritmo.	SÍ	NO
A menudo habla en exceso.	SÍ	NO
A menudo precipita una respuesta antes de que la pregunta se haya completado. Los adolescentes mayores o adultos acaban terminando las oraciones de los demás y "cambian de tema" en las conversaciones.	SÍ	NO
Tiene dificultad para esperar su turno o esperando en la cola.	SÍ	NO
A menudo interrumpe o se inmiscuye en los demás (con frecuencia se entromete en conversaciones, juegos o actividades, puede empezar a usar las cosas de los demás sin pedir o recibir permiso, adolescentes o adultos pueden invadir y apoderarse de lo que otros están haciendo).	SÍ	NO
Tiende a actuar sin pensar, como el inicio de las tareas sin la preparación adecuada o evitar la lectura o escuchar las instrucciones. Puede hablar sin considerar las consecuencias o tomar decisiones importantes en el fragor del momento, como la compra impulsiva de artículos, de pronto renunciar a un trabajo, o romper con un amigo.	SÍ	NO
Es a menudo impaciente, como lo demuestra sintiéndose inquieto al esperar por los demás y el deseo de moverse más rápido que los demás, querer que la gente llega puntualmente, acelerando mientras se conduce, e interrumpir el tráfico al ir más rápido que otros.	SÍ	NO
Le resulta difícil hacer las cosas con calma y de manera sistemática y con frecuencia se precipita en actividades o tareas.	SÍ	NO
Tiene dificultades para resistir las tentaciones y oportunidades, incluso si esto conlleva tomar riesgos (Un niño puede agarrar los juguetes de un estante de la tienda o jugar con objetos peligrosos, los adultos pueden comprometerse en una relación sin conocer apenas a la otra persona o tomar un trabajo o entrar en un acuerdo de negocios sin hacer la debida diligencia).	SÍ	NO

A menudo se encoleriza o incurre en pataletas.	SÍ	NO
A menudo discute con adultos.	SÍ	NO
A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas.	SÍ	NO
A menudo molesta deliberadamente a otras personas.	SÍ	NO
A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.	SÍ	NO
A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros.	SÍ	NO
A menudo es colérico y resentido.	SÍ	NO
A menudo es rencoroso o vengativo.	SÍ	NO

<http://speedupstill.com/dsm-5-proposal-adhd--making-lifelong-patients-healthy-people>

Appendix DSM5 – The American Psychiatric Association

