

Caracterización histórico-tendencial del proceso de intervención comunitaria del trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Historical-trend characterization of the community intervention process of
attention deficit hyperactivity disorder

MSc. Cesar Enrique Prego Beltrán¹

Dra.C. Carmen Almaguer Riverón²

Esp. Annia Elena Novellas Rosales^{1*}

<https://orcid.org/0000-0002-4801-2639>

Esp. Yudit Suárez López¹

Esp. Nieves María García Pozo¹

¹ Policlínico Universitario Pedro del Toro Saad. Holguín, Cuba.

² Universidad de Holguín. Holguín, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: anrosaleshlg@infomed.sld.cu

RESUMEN

El pobre conocimiento de las tendencias históricas de la intervención comunitaria del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) permiten proponer un análisis consecuente de dificultades y contribuciones de este proceso. Para ello se establecieron las siguientes etapas: primeras definiciones e intervenciones del trastorno, 1902 a 1979; introducción del término TDAH en manuales diagnósticos y estadísticos, 1980 a 1997 y énfasis en la pobre inhibición conductual desde 2000. Respecto a la intervención comunitaria del TDAH se concluye que: el tratamiento con psicoestimulante es el más empleado, aunque se requiere terapia multimodal. La integración paciente-familia-comunidad y el entrenamiento a profesionales relacionados con el trastorno tienen efectos positivos.

La intersectorialidad, el automanejo y el empoderamiento familiar son procesos transversales. Las actividades sociales tienen influencia positiva reconocida, pero la actividad sociocompensatoria no se revela en la producción teórica. La categoría actividad médica social y su expresión objetiva es insuficiente en las investigaciones del TDAH.

Palabras clave: caracterización histórico-tendencial, intervención comunitaria, trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

ABSTRACT

Social attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) historical trends poor knowledge, lead us to propose a consistent analysis of difficulties and contributions within this process, divided into the following stages: definitions and interventions of the disorder (1902 to 1979), introduction of the term ADHD in diagnostic and statistical manuals (1980 to 1997) and emphasis on poor behavioral inhibition (since 2000). Community intervention of ADHD, we concluded that: treatment with psychostimulant is the most used, but the need for multimodal therapy is recognized. Patient-family-community integration and professional training related to the disorder, have positive effects. Inter-sectoriality, self-management and family empowerment are transversal processes. Social activities have recognized positive influence, but the socio-compensatory activity is not revealed in theoretical production. The social medical activity category and its objective expression are insufficient for ADHD investigations.

Key words: historical-tendential characterization, community intervention, Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

Recibido: 12/09/2017.

Aprobado: 15/01/2018.

Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) como problema de salud, revela las siguientes características: es uno de los trastornos infantiles que más atención ha suscitado, generador de problemas que duran toda la vida.

La prevalencia varía de 0,78% (Hong Kong) a 17,8% (Alemania); en Cuba se reporta entre 3 y 5%. En la vida del enfermo y los familiares provoca malestar, deterioro significativo, tensión familiar, depresión y problemas conyugales. Con frecuencia se asocia con alteraciones específicas del aprendizaje, trastornos neuróticos, apnea del sueño y accidentes. Esos pacientes duplican los costos en los servicios de salud y salud mental en relación a los individuos de su edad sin TDAH. ⁽¹⁻³⁾

Los adolescentes con TDAH, no diagnosticados ni tratados tienen mayores posibilidades de abandonar los estudios; sus notas son peores y han repetido más cursos durante la secundaria; tienen menos posibilidades de terminar estudios superiores o pueden cambiar varias veces de carrera. Participan en más actividades antisociales; tienen menos amigos; más dificultad para integrarse con estabilidad en grupos; están entre los jóvenes más impopulares; aceptan mal la disciplina. Inician relaciones sexuales a edad más temprana con mayor riesgo de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual. Iniciación temprana del consumo e intoxicaciones etílicas; poseen comorbilidad con trastornos de ansiedad, depresión y trastorno disocial. ^(4,5)

En las últimas décadas del siglo XX se reconocen la influencia del entorno social en el origen, tratamiento, y rehabilitación de las enfermedades mentales. ⁽⁶⁾ Lo anterior revela la necesidad de incorporar en el tratamiento del TDAH opciones no fármaco terapéutico, recursos familiares, individuales, socioculturales, sanitarios y formativos de la comunidad. ^(7,8) Sin embargo, se mantienen falencias relacionadas con el reconocimiento de la influencia decisiva de la actividad médico social, intersectorial con automanejo, empoderamiento familiar y social. ⁽⁹⁾

Un análisis crítico que apporte las tendencias históricas de la atención comunitaria del trastorno puede brindar claves para comprender las falencias de ese proceso. Ello permite plantear el siguiente problema científico. Insuficiencias en el conocimiento de las tendencias históricas de la intervención comunitaria del TDAH que impiden revelar las dificultades de ese proceso. Para lo cual se propone cumplir el siguiente objetivo: revelar las tendencias históricas de la intervención comunitaria del TDAH.

Desarrollo

Antecedentes históricos en el estudio del TDAH

En 1845 el psiquiatra *Heinrich Hoffmann* publicó poemas infantiles donde reflejaba las características del TDAH. En la bibliografía psiquiátrica se registra a Ireland en 1877 en su libro *Medical and Education Treatment of various forms of idiocy*. Mientras Clouston señaló la sobreactividad y la inquietud como rasgos característicos. Bourneville (1897) describió los inquietos y sobreactivados, llamándolos niños inestables. El concepto clínico de TDAH es el resultado de investigación y precisión diagnóstica abordadas desde dos posiciones:⁽¹⁰⁻¹⁹⁾

En la conceptualización europea. La escuela francesa se centra en los aspectos conductuales desadaptativos, tendencia moralista de la psiquiatría francesa de la época donde existe gran predominio del psicoanálisis opuesto a cualquier clasificación neurobiológica como posible sustrato etiopatogénico. Frente a esa corriente, en la década de 1980, con la publicación del DSM-III, surge en Francia otra corriente liderada por *Michel Dugas* (1987) que propone una psicopatología infanto-juvenil basada en la evidencia científica alejada de especulaciones del psicoanálisis. Esta psicopatología es básicamente descriptiva y va al individuo en lo esencial.

En la conceptualización anglosajona. El síndrome hipercinético de la infancia está centrada en la medición y la neurobiología como posible sustrato etiopatogénico. Con los instrumentos de evaluación neuropsicológica, producen acercamiento a la conceptualización actual del TDAH.

La intervención comunitaria del TDAH transita por momentos históricos que determinan sus tendencias, expresiones del desarrollo de las ciencias médicas.

Este estudio toma como referencia la sistematización histórica propuesta por Calderón Garrido unido a fuentes teóricas y empíricas.⁽¹⁷⁾

Criterios e indicadores para una caracterización histórico-tendencial del proceso de intervención comunitaria del TDAH

Criterios:

- La concepción e investigación de la intervención comunitaria del TDAH y la actividad médico social para el desarrollo de una metodología del proceso desde las primeras descripciones del trastorno desde 1902.
- La concepción e investigación de la intervención comunitaria del TDAH y la actividad médico social para el desarrollo de una metodología del proceso a partir de la introducción del término en los manuales diagnósticos y estadísticos.
- La concepción e investigación de la intervención comunitaria del TDAH y la actividad médico social para el desarrollo de la metodología del proceso desde la inhibición de respuestas y la memoria de trabajo como objeto de estudio en los modelos explicativos del TDAH a partir de 1997.

Indicadores.

- Principales tendencias, diagnóstico y alternativas terapéuticas en el proceso de intervención del TDAH.
- Reconocimiento de la participación paciente-familia-comunidad en la intervención del TDAH.
- La intersectorialidad, el automanejo, el empoderamiento familiar y la actividad sociocompensatoria como procesos transversales en la intervención comunitaria del trastorno desde la producción teórica y práctica de las ciencias médicas.
- Comportamiento de la actividad médico social en la intervención del TDAH.

Estos criterios e indicadores permiten estratificar tres etapas históricas:

- **Etapa 1 (1902 a 1979):** primeras definiciones e intervenciones del trastorno.

Sir George F. Still en 1902 fue el primer autor que acuñó el término hiperactividad. El analizó a niños con problemas de conducta, movimientos coreiformes, anomalías congénitas menores como epicantos y paladar ojival. Para ese autor, las alteraciones eran resultado de un daño pre o postnatal que afectaba una cualidad denominada *control moral*.⁽¹⁹⁾

Tredgold (1908), describió niños con problemas de conducta, clasificados como deficientes mentales –no idiotas– incapaces de beneficiarse de las enseñanzas ordinarias, que progresaban con atención individual y clases especializadas. Ellos mostraban rasgos peculiares como tamaño y forma anormal de la cabeza, anomalías del paladar y signos neurológicos leves. Para este autor esos problemas resultaban de anoxia durante el nacimiento no detectada a tiempo con daño en un área del cerebro donde residía, el sentido de la moral. Las secuelas del daño, se transmitían a otras generaciones en formas de hiperactividad, migraña, epilepsia, histeria y neurastenia.

La concepción de esos autores debe considerarse en el contexto social y científico de la época. Marcada por el poder económico, la revolución industrial; la estructura jerárquica de la sociedad inglesa donde las clases bajas sufrían frecuentemente las consecuencias adversas de transformaciones económicas como: la mortalidad infantil, las dificultades de aprendizaje y la delincuencia. Las deficiencias morales e intelectuales de las clases bajas se identificaron como causa, más que consecuencia, de tales circunstancias, expresión del *darwinismo social* de la época.

El término niños inestables fue recogido por *Heuyer* (1914) en su tratado sobre *niños anormales y delincuentes juveniles*. En España, *Rodríguez Lafora* en 1917, al hablar de las perturbaciones de la motilidad, hace referencia a la constitución psicopática de los niños inestables. Ellos atribuyen al trastorno un origen orgánico con poca o nula influencia ambiental. Después de la epidemia de encefalitis de 1917-1918 en América numerosos clínicos encontraron que la enfermedad mostraba secuelas conductuales y cognitivas similares a los niños con hiperactividad. *Hohman*, 1922 y *Ebaugh*, describieron a 28 niños que padecieron encefalitis que, al parecer, les habría provocado ligera disfunción cerebral.

Un año después, *Streker y Ebaugh* (1924) describían secuelas neurológicas y conductuales en niños que padecieron encefalitis, tales como hiperactividad, inestabilidad emocional, irritabilidad, problemas de atención y de memoria.

Kahn y Cohen (1934) describieron déficits orgánicos en tres casos en los que el principal problema era la hiperactividad.

Según ellos, una alteración en la organización del tronco cerebral causada por daño prenatal, perinatal o defecto congénito, afectaba a la modulación del nivel de actividad cerebral. Ellos acuñaron el término *síndrome de impulsividad orgánica*, caracterizada por hiperactividad, impulsividad, conducta antisocial y labilidad emocional.

En 1937 *Bradley* usó el metilfenidato en niños con problemas conductuales secundarios a la encefalitis viral, así tiene lugar el “efecto de la calma paradójica”, por la mejoría que los psicoestimulantes producían en los niños hiperactivos. Los niños hiperactivos tratados con benzedrina, mejoraban su conducta y rendimiento respecto a los que no tenían tratamiento. Los psicoestimulantes desde entonces es la alternativa más reconocida.

Entre el 20-30, empezó a reconocerse la interacción entre factores orgánicos y ambientales en la explicación de la hiperactividad. Al comprobarse que los niños víctimas de encefalitis presentaban secuelas conductuales que condicionaban la sospecha de conducta desinhibida y el exceso de actividad como consecuencia de disfunción cerebral.

Esas lógicas condujeron a la idea de que los niños con hiperactividad presentaban algún tipo de problema cerebral. *Strauss, Kephart y Lehtinen y Goldberg* en 1955 nombraron al trastorno como “lesión cerebral mínima” con el daño cerebral como única causa. La popularidad de ese término como explicación de los problemas de los niños hiperactivos se incrementó por el énfasis de los autores en la necesidad de detectar el problema a tiempo, para tratarlo adecuadamente en el ámbito psicológico o educativo.

Pasamick, Rogers, Lihienfeld (1956); *Knobloch y Pasamick* 1959, ayudaron a defender e impulsar este concepto.

El término lesión cerebral se observó en un grupo heterogéneo de niños con problemas de conducta y/o de aprendizaje. En los años 50, se diseñaron en EEUU programas de educación especial para niños con algún tipo de lesión cerebral. Ellos eran colocados en cubículos para que no se distrajeran con estímulos novedosos y/o extraños.

A finales de esa época, los estudios para comprobar la relación entre daño cerebral e hiperactividad y la explicación del daño cerebral como única causa del trastorno se cambió, ya que no se evidenció el daño. En los años 60 seguían considerando como causa del trastorno una disfunción cerebral, aunque no se afirmaba el daño cerebral en la explicación de la hiperactividad.

El cambio de término de “daño cerebral” a “disfunción cerebral” resultó del trabajo de Clements (1966) donde defendía la disfunción cerebral mínima, asociada a disfunciones del sistema nervioso central, como responsables de trastornos de conducta y problemas de aprendizaje de niños con inteligencia normal. Para este autor, la etiología del cuadro se debía a variaciones genéticas, irregularidades bioquímicas, daño pre, perinatal, o en la maduración del sistema nervioso central.

Según esta concepción, los niños hiperactivos presentaban desajustes perceptivo-motores, inestabilidad emocional, déficits generales en la coordinación óculo-manual, déficits de memoria, problemas de lenguaje y audición, signos neurológicos menores, dificultades en la lectura, escritura, matemática y irregularidades electroencefálicas con un origen orgánico.

En la Clasificación Internacional de Enfermedades Octava Edición (CIE-8, 1967) se incluyó el síndrome hipercinético de la infancia como categoría diagnóstica. El sistema clasificatorio de enfermedades en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, segunda edición (DSM-II, 1968) es el primero de los manuales en abordar la hiperactividad y la impulsividad en niños, denominándolo ‘reacción hipercinética infantil’.

A principios de los años 70 la insatisfacción con el término “disfunción cerebral mínima” aumentó. También se acrecentó la tendencia a conceptualizar la hiperactividad como síndrome conductual, al no demostrar la existencia de lesión orgánica o disfunción cerebral mínima como etiológica del trastorno. Autores como *Morrison y Steward* (1971); *Needleman, Gunnue y Lenton* (1979) y *Sandberg, Wielgerberg y Shaffer* (1980) enfatizaron en los factores psicológicos y ambientales en la explicación del trastorno.

Morrison y Steward (1971) señalaron la presencia de algún tipo de psicopatología en los padres, tales como el alcoholismo y/o problemas afectivos, como factores de riesgo. Idea recogida, más tarde, por *Needleman, Gunnue y Lenton* (1979) para referirse a los niños hiperactivos.

Un hecho importante en este periodo fue la comunicación presentada por *Douglas* (1972) en la Asociación Canadiense de Psicólogos, donde subrayaba los aspectos cognitivos del trastorno y apuntó la idea de que la deficiencia básica de los niños hiperactivos era su incapacidad para mantener la atención y controlar su impulsividad, y no la hiperactividad. Ello supuso un nuevo planteamiento del problema.

Al final de los años 70 existen tres posturas epistemológicas respecto a la hiperactividad infantil: la que centran su interés en aspectos psicosociales (ecológica), la postura biologicista y el modelo biopsicosocial en que la etiopatogenia de la hiperactividad involucra variables biológicas, personales y del desarrollo, psicológicas y sociales. En esta se sitúa Weiss (1975) quien afirma que los tratamientos con psicoestimulantes solo mejorarían la hiperactividad sin ningún beneficio sobre los déficits neurocognitivos, los trastornos de conducta, ni siquiera prevendrían los riesgos conductuales durante la adolescencia.

De otra parte, insiste en la necesidad de producir reajustes significativos en el medio familiar ya que, según este autor, los problemas evolutivos –pronósticos- asociados a la hiperactividad serían la consecuencia de desajustes precoces en la relación hijo–padres debido a la hiperactividad.

En esa línea *Cunnigham* (1978) señala que la intervención exclusiva sobre los aspectos motores (hiperactividad) dejan al niño solo frente a sus dificultades de realización que le harían vulnerable a las distintas fuerzas sociales que inducirían futuros problemas de conducta, frecuentes, en etapas posteriores del desarrollo.

Esta racionalidad revela la complejidad del trastorno en su expresión psicopatológica y apunta a la necesidad de considerar diferentes recursos de intervención para la modificación global de las dificultades de estos pacientes. Consideración indispensable en cualquier metodología de intervención del trastorno.

En el segundo quinquenio de los 70 la hiperactividad figuraba en la edición 9^a de la CIE de 1975-1977. Se nombraba indistintamente, como *síndrome de inestabilidad en la infancia* de clara influencia francesa o de *síndrome hipercinético de la infancia* procedente de la influencia inglesa.

Con la publicación de los manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales, el TDAH comenzó a tener un referente epidemiológico y elementos de validez psicométrica a partir de estudios de casos y controles que enfatizaron la sistematización de síntomas conductuales para generar categorías diagnósticas dicotómicas.

En la CIE-9 (1978) el síndrome hiperquinético infantil quedaba definido como un trastorno cuyas características esenciales era la falta de atención y la distracción. Se señalaban, además, como síntomas habituales, la impulsividad, la agresividad, la desinhibición, la pobreza organizativa, la labilidad emocional y la sobreactividad motora. Para 1979, *Douglas y Peters* argumentaron que el déficit en los sujetos con TDAH se relacionaba con el mantenimiento de la atención y el esfuerzo, lo cual generaba dificultades en la inhibición de impulsos comportamentales, problemas en la regulación de los niveles de la activación en situaciones que lo demanden, así como una fuerte necesidad de refuerzo inmediato.

- **Etapa 2 (1980 a 1997):** partir de la introducción del término TDAH en los manuales diagnósticos y estadísticos.

Con el DSMIII (APA, 1980), se introdujeron nuevos criterios para la definición del trastorno denominándolo “déficit de atención con o sin hiperactividad”.

Aquí se otorgó mayor énfasis a la atención como síntomas nucleares y consideró la semiología neurocognitiva. Se empezaron a hacer precisiones sobre el curso y la clasificación, de acuerdo a la presencia de síntomas o su remisión. La clasificación multiaxial de Rutter, en la nueva clasificación y la introducción del trastorno residual, brindó una visión evolutiva de la hiperactividad infantil. Esto supone, por primera vez, acercarse clínicamente al trastorno de forma ecléctica, empírica para la puesta en común de criterios diagnósticos facilitadores de lenguaje común e investigación.

En 1981, *Meichenbaum* y *Goodman* diseñaron un estudio para examinar los efectos del entrenamiento autoinstruccional y el modelamiento en un grupo de 15 niños impulsivos. Los resultados indicaron que el modelamiento cognitivo, más que las autoinstrucciones, era el método más eficaz para cambiar el tiempo de decisión y reducir los errores en la ejecución de tareas. Así se generó una corriente encaminada a la utilización de las autoinstrucciones para modificación de la conducta del niño.

Con este enfoque se promovieron tratamientos para la creación de estilos más reflexivos en programas de entrenamiento para solución de problemas y mejora del autocontrol.

Las autoinstrucciones demostraron eficacia en niños de 6 y 12 años con incremento de la capacidad atencional y la conducta dirigida a la tarea durante la fase de tratamiento. Entre los efectos a corto plazo por los tratamientos cognitivo-conductuales se hallan: mejoría de la conducta, atención, rendimiento académico; relación social, con sus compañeros y adultos de su entorno; disminución de la sobreactividad y las interacciones sociales inapropiadas.

Los criterios propuestos en el DSM-III para el trastorno recibieron críticas, argumentando que los síntomas del cuadro no eran específicos de este síndrome, pues lo comparten otros trastornos de la psicopatología infantil.

Eso dio lugar a la tercera edición revisada DSM-III-R en 1988, donde se agrupó los síntomas en un único subtipo, el *trastorno por déficit de atención con hiperactividad*.

Este ajuste en la conceptualización del trastorno no estuvo exento de críticas, entre ellas la escasa referencia a los instrumentos o medidas necesarios para evaluar el trastorno, la ausencia de criterios psicométricos definitorios de la alteración, la escasa atención prestada al grado de severidad conductual necesaria para considerar al niño como hiperactivo y la escasa especificidad del criterio temporal según García *et al.* 1997, referido por Calderón Garrido.⁽¹⁷⁾ La CIE-10 enmarca la hiperactividad dentro de la sección F.98 denominada “trastorno del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia”.

Los sistemas categoriales como el DSM o la CIE proporcionan criterios diagnósticos y agrupación de síntomas que permiten a los profesionales el establecimiento de reglas y de criterios específicos para efectuar el diagnóstico y orientar el tratamiento. Ambos sistemas son clasificaciones descriptivas y no etiológicas.

En otra dirección el éxito de las técnicas cognitivas en el tratamiento de la hiperactividad infantil se vio empañado por la incapacidad de los investigadores para conseguir que las habilidades adquiridas en la clínica se mantuviesen al finalizar la intervención.

Por otra parte, la mejora en la capacidad de atención del niño no se traducía en una mejora del rendimiento escolar.

Esto hizo que los investigadores incorporasen las técnicas operantes en el tratamiento de la hiperactividad infantil. Asimismo, autores referidos por Calderón Garrido¹⁷ reconocen que los padres y profesores perciben mejoras en el comportamiento del niño, un mayor autocontrol y una reducción del estrés familiar y escolar.

Los años 90 la *función ejecutiva*, aparece como término en la mayoría de los estudios sobre psicopatología del desarrollo, que incluye el TDAH. La *función ejecutiva* es el proceso que incluyen las siguientes capacidades: autorregulación, secuenciación de la conducta, flexibilidad de pensamiento, la memoria de trabajo, la planificación, inhibición de respuestas y organización de la conducta.

En esta década el DSM-IV (APA, 1995), y DSM-IV-TR (2001), mantienen la denominación de TDAH, que se incluye dentro de los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.

El TDAH puede manifestarse de tres formas: con predominio del déficit de atención, con predominio hiperactivo-impulsivo o combinado.^(18,19)

Desde la última década de esta etapa se acumularon evidencias que indican alto porcentaje de casos, donde el TDAH se presenta acompañado de amplio espectro de trastornos psicopatológicos (Bennet, 2000, referidos por Calderón Garrido).⁽¹⁷⁾ Eso dificulta el estudio del cuadro nosológico y plantea la cuestión del diagnóstico diferencial y los trastornos con los que coexiste. Aspecto a considerar al desarrollar metodologías de intervención del trastorno.

La persistencia de estos trastornos comórbidos constituye cuadros psicopatológicos asociados del TDAH. Los subgrupos de sujetos con TDAH, delineados sobre la base de la comorbilidad, pueden tener factores de riesgo, curso clínico, factores neurobiológicos, respuesta farmacológica, evolución y pronóstico diferentes.¹⁹ Ello indica la necesidad de una clasificación exhaustiva que aborde toda su complejidad.

En cuanto al tratamiento, los estimulantes y el metilfenidato, en particular, constituyen la medicación elegida para la hiperactividad infantil; se han utilizado también los antidepresivos y los tranquilizantes, aunque su utilización y eficacia estén menos documentadas.

Estudios en esta dirección citados por Calderón Garrido⁽¹⁷⁾ afirman que los psicoestimulantes disminuyen la agresividad física y verbal de niños tratados, parece que esta mejora es más notoria en niños tratados que presentan TDAH y problemas de conducta. Sin embargo, Calderón Garrido⁽¹⁷⁾ también cita autores que reconocen como a largo plazo, los efectos beneficiosos sobre la conducta y el aprendizaje no mantienen las mejoras en la interacción y la relación social.

En especial si el TDAH se acompaña de trastorno negativista-desafiante y/o trastorno de conducta. Tampoco se aprecian mejoras significativas en las habilidades académicas, sobre todo si el TDAH se acompaña de un trastorno de aprendizaje.

Particularmente, en aquellos pacientes que viven en ambientes familiares desestructurados o en medios socio-económicos desfavorecidos, el tratamiento con psicoestimulantes produce poco o ningún efecto beneficioso a largo plazo.

Este resultado indica la necesidad de valorar la influencia de las intervenciones sociales, educativas y no farmacológicas combinadas. Situación con escasa referencia en la práctica asistencial e investigativa. En consecuencia, las terapias cognitivas se unieron muy pronto a los tratamientos farmacológicos y conductuales del TDAH y constituyeron, durante un tiempo, la alternativa esperada para el entrenamiento en autocontrol del niño hiperactivo. La combinación de tratamientos aplicados con más frecuencia en el TDAH incluye la medicación activadora y el tratamiento cognitivo-conductual.⁽¹⁹⁾

Se reportan estrategias de intervención no farmacológicas como el programa extra de educación física de *Krauch* que él denominó “clase dirigida”. Así la jornada escolar se dividía en intervalos de 15 a 20 minutos, con actividades diferentes combinando un sistema de recompensas para reforzar la tarea asignada. En el día también se programaban practicar deporte o actividad física para que el niño hiperactivo liberara su hiperactividad.

Otra de las estrategias basadas en los principios de modificación de conducta es el entrenamiento a padres para disminuir las conductas desajustadas de los niños con TDAH. Utiliza a los padres como cooterapeutas.⁽¹⁹⁾

El terapeuta enseña a los padres técnicas destinadas a fomentar conductas y eliminar otras. Recurso conocido también como escuela de padres o actividad pisoeducativa. Lo que demostró eficacia para disminuir la hiperactividad, impulsividad, incumplimiento de normas, agresividad, aumenta las conductas de trabajo y atención a tareas escolares. Los padres aprendían a identificar las conductas apropiadas y desajustadas en su hijo, con el reforzamiento de conductas apropiadas e ignorando o castigando las inapropiadas.

Varios autores sugirieron que los beneficios de este tratamiento podrían sumarse a los obtenidos con tratamientos farmacológicos.^(20- 23)

Diversos autores sugieren que el tratamiento unimodal (farmacológico o psicosocial) no es suficiente para tratar todos los síntomas de los niños hiperactivos, dado el alto grado de heterogeneidad con relación a la presencia e intensidad de los síntomas de TDAH y de las alteraciones comórbidas.^(24- 26)

Entre las razones para el auge de la combinación de terapias se encuentran: mejora en el desarrollo de las técnicas de modificación de conducta; la constatación de las limitaciones de las terapias farmacológicas, conductuales y cognitivas, por separado; la necesidad de potenciar de forma conjunta, los efectos de las diferentes intervenciones, que afectan a dominios de conducta complementarios; y la preocupación de mantener resultados a largo plazo.^(1- 8, 27) Por otro lado, en la etapa la actividad médico social en la intervención del TDAH no es aludido en los análisis epistemológicos.^(28, 29)

-Etapa 3 (desde 2000): énfasis en la pobre inhibición conductual.

Las teorías en esta etapa enfatizan el constructo impulsividad como característica esencial del TDAH según *Barkley*, 1997; *Tannock*, 1998 citados por Calderón Garrido.⁽¹⁷⁾ La pobre inhibición conductual, la dificultad para inhibir o retrasar respuestas conductuales, son las características distintivas del trastorno en esta etapa.

El modelo propuesto por *Barkley* (1997) defiende que esos niños presentan déficit en la capacidad de inhibir la conducta ante un estímulo. La mayoría de los niños, conforme van creciendo, adquieren la capacidad de poner en práctica actividades mentales que ayudan a apartarse de las distracciones, fijarse metas y a dar los pasos necesarios para alcanzarlas. Pero los niños con TDAH les falta autodominio y poder de restricción precisos para inhibir las conductas que interfieren en la adquisición y funcionamiento de las funciones ejecutivas.

Los niños con TDAH presentan un fallo en la inhibición conductual que retrasa la adquisición de la capacidad para interiorizar y efectuar las funciones mentales ejecutivas. Los déficits de atención, la hiperactividad y la impulsividad de estos niños vendrían causados por un fallo en el sistema de inhibición conductual y sobre todo en el control de la interferencia.

Los problemas de atención serían una dificultad para dirigir sus conductas hacia una meta, formular y seguir un plan para conseguir la meta propuesta, conseguir la motivación necesaria para mantener la conducta, prescindir de las distracciones. ^(3,16)

El modelo de *Barkley* para el tratamiento del TDAH tiene como objetivos: ayudar a estos niños a mejorar su capacidad en definir los problemas, analizar sus partes, y buscar las opciones que mejor convengan a cada situación teniendo en cuenta múltiples perspectivas; mejorar sus autoinstrucciones, saber automotivarse y mantener el esfuerzo hacia sus objetivos, y combinar este aprendizaje con ambiente adecuado, suficientemente estructurado que permita aumentar su capacidad de inhibir y regular su conducta.

En el tratamiento del TDAH los estimulantes, y el metilfenidato, es la medicación más elegida para la hiperactividad infantil. Los procedimientos conductuales y cognitivo-conductuales se han dirigido primordialmente a los déficits en la atención sostenida, al control de la impulsividad y a la mejora en el rendimiento académico; y la otra, a reducir la actividad excesiva, las conductas oposicionistas-desafiantes y las conductas agresivas.

Existe una gran heterogeneidad en los resultados obtenidos con la aplicación conjunta de estos tratamientos. Se considera que la combinación de tratamientos es la alternativa terapéutica más eficaz. ⁽²⁹⁾

En 2007 se publicaron los algoritmos del tratamiento farmacológico para el TDAH en escolares, en el Primer Consenso Latinoamericano de TDAH ⁽²⁷⁾. Aquí se plantea el manejo multidisciplinario, integral e individualizado, denominado multimodal; el enfoque psicofarmacológico constituye la piedra angular del tratamiento con opciones farmacológicas diversas, en el TDAH solo o comórbidos, como medicamentos no estimulantes (atomoxetina, antidepresivos tricíclicos, agonistas alfa adrenérgicos y modafinilo). ⁽²⁹⁾

En el segundo Consenso Latinoamericano de TDAH, en 2008, citado por de la Peña Olvera, quedó clara la necesidad de incorporar a los algoritmos la perspectiva psicosocial como complemento del tratamiento farmacológico.⁽⁷⁾

El tratamiento debe abarcar, medidas psicosociales, pedagógicas y farmacológicas e intervenciones de entrenamiento o psicoterapéuticas, a los padres, niños y los profesores. (24-30)

En el 2008 se publica en Cuba las Normas de Procedimientos Diagnóstico Terapéutico del TDAH donde se reconocen las siguientes direcciones: el diagnóstico se hace basado en la clínica con los criterios diagnósticos creados al efecto. Los sistemas diagnósticos empleados en Cuba son el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su cuarta revisión (DSM IV). Se publica la quinta versión de DSM (DSM V, 2013) y el Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría. Con puntos de coincidencia en cuanto a este trastorno. En el proceso de diagnóstico se incluye, el funcionamiento y el manejo familiar del niño.

La Liga Latinoamericana para el estudio del TDAH (LILAPETDAH) entre sus objetivos propone: mejorar la educación y entrenamiento en el campo de los problemas del TDAH y sus comorbilidades a los profesionales encargados de la atención de niños, adolescentes y adultos. Favorecer la distribución de información didáctica y científica a la sociedad con el fin de entender el problema de salud referente al TDAH y trastornos comórbidos, lo cual pretende disminuir la estigmatización social de esos pacientes.

Esta organización propone en su estatuto III: Coordinar a diversos actores sociales de diferentes niveles o sectores en la conformación de proyectos organizados para impulsar prácticas y actividades relacionadas con la promoción de acciones o investigaciones que mejoren el conocimiento y comprensión del TDAH.

Lo anterior da cuenta de la importancia y vigencia de la inter y transdisciplinariedad, la intersectorialidad y la información hacia diversos actores relacionados con el trastorno.

En la Guía Pediátrica del 2011 se reconoce que en el diagnóstico de TDAH la información debe obtenerse principalmente de los padres, maestros, y médicos de salud mentales u otros relacionados en el cuidado del niño. En este sentido se reporta el empleo de la terapia multifamiliar en función de las dificultades que se generan en el manejo del TDAH.

En la evaluación del niño con TDAH, en la atención primaria debe incluir la valoración de condiciones que coexisten con el trastorno como: alteraciones emocionales, conductual del desarrollo del lenguaje, trastorno físico y condiciones de vida.

Las recomendaciones para el tratamiento de los niños y jóvenes con TDAH varían dependiendo de la edad del paciente. Es importante que cada terapeuta tenga en cuenta que el tratamiento es personalizado, sobre la base de las particularidades del niño y su entorno familiar y escolar. El manejo terapéutico integral está dirigido al paciente, la familia donde se incluye la actividad psicoeducativo y psicoterapia a la familia y la escuela.

Un esfuerzo en equipo con los padres, profesores y profesionales de la salud mental trabajando en conjunto, es la mejor manera de ayudar a los niños con TDAH.⁽⁴⁾ Sin embargo en la práctica asistencial en la comunidad la actividad psicoeducativa es insuficiente y cuando se emplea predomina en el contexto escolar con un enfoque didáctico y con falta de una orientación hacia el desarrollo de automejoramiento, empoderamiento familiar y protagonismo del paciente y la familia. En el campo pedagógico se asume la importancia de la incorporación intracurricular de la enseñanza de estrategias cognitivas y metacognitivas como una alternativa para mejorar los procesos de aprendizaje.

Conclusiones

La intervención del TDAH en relación con las tendencias diagnósticas se transforma desde diferentes nomenclaturas marcadas por la lógica psicoanalítica a la definición de criterios diagnósticos establecidos en sistemas clasificatorios que imponen el término: TDAH, marcado por una racionalidad neurobiológica. Se reconoce la complejidad diagnóstica del trastorno que involucra coexistencia de perturbaciones psicológicas orgánicas, los entornos familiar, escolar, comunitario y las potencialidades del paciente en la expresión del TDAH. Pero en la práctica médica se mantiene un diagnóstico que ignora la lógica anterior.

El tratamiento con psicoestimulante es el más empleado. Se reconoce la necesidad de la terapia multimodal, sin embargo las alternativas no psicoterapéuticas o sociocompensatorias se emplean de manera insuficiente en la comunidad. Se reconoce el efecto positivo de la integración paciente-familia-comunidad y la necesidad de entrenamiento a profesionales relacionados con el trastorno. Pero el ejercicio profesional en la comunidad no es coherente con estas realidades.

La intersectorialidad, el automanejo, el empoderamiento familiar son procesos transversales a la intervención comunitaria del TDAH para la mejoría de la hiperactividad, pero no revelan una respuesta coherente en la práctica asistencial. Se reconoce la influencia positiva de actividades sociales en la mejoría del trastorno.

La actividad médica social como categoría de la ciencia en la intervención del TDAH no tiene reflejo en las investigaciones. La actividad médica se limita al diagnóstico y la intervención psicofarmacológica, con insuficiencias en los aspectos sociales, educativos y compensatorios.

Referencias Bibliográficas

1. López Sánchez L, López Sánchez GF, Díaz Suárez A. Efectos de un programa de actividad física en la frecuencia cardiaca, tensión arterial y saturación de oxígeno de escolares con TDAH. Rev Electr Activ Fís Cienc. 2015 [citado 30 jul 2017]; 7 (1):1-24 Disponible en:
<http://revistas.upel.edu.ve/index.php/actividadfisicayciencias/article/view/5020/2600>
2. Mazadiego Infante TJ, Durán Cruz CA, Rincón Miranda AA. Propuesta para descrementar el déficit de atención en una muestra de niños de Educación Básica. Voc Educ. 2016 [citado 9 ago 2017]; 1 (2). Disponible en:
<https://revista.vocesdelaeducacion.com.mx/index.php/voces/article/view/23>

3. Chen YY, Liaw LJ, Liang JM, Hung WT, Guo LY, Wu WL. Timing perception and motor coordination on rope jumping in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Phys Ther Sport.* 2013 [citado 9 ago 2017]; 14(2): 105-109. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1466853X12000260>

4. Cid Foix A. Propuestas de políticas sociales con el objetivo de mejorar la calidad de vida en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Cuad Bioét.* 2011. [citado 6 ago 2017]; 22 (2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87519895006>

5. Torres Molina A. Parsimonias: alteraciones del sueño frecuentes en el niño con síndrome de apnea obstructiva del sueño. *Medisur.* 2010[citado 6 ago 2017];8(6): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000600007

6. Marfá J, Castillo P, González R, Ferreira I. Análisis de la Implementación de los Programas de Integración Escolar (PIE) en Establecimientos que han incorporado Estudiantes con Necesidades Educativas Especiales Transitorias (NEET). Chile: Centro de Innovación en Educación;2013[citado 6 ago 2017].Disponible en: https://especial.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/31/2016/08/Resumen_Estudio_ImplementacionPIE_2013.pdf

7. Peña Olvera F, Barragán Pérez E, Rohde LA, Luis Rodrigo Patiño Durán, Zavaleta Ramírez P, Ulloa Flores RE. Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Escolares Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Sal Ment.* 2009. [citado 10 sep 2017]; 32 (Supl 1): 517-529. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2009/sams091c.pdf>

8. Raposo Rivas M, Salgado Rodríguez AB. Estudio sobre la intervención con Software educativo en un caso de TDAH. *Rev Educ Inclu.* 2015 [citado 25 jul 2017];8(2): 121-138. Disponible en:

<http://www.revistaeducacioninclusiva.es/index.php/REI/article/view/110/107>

9. Martín Fernández-Mayoralas D, Fernández-Perrone A.L., Fernández-Jaén A. Actualización en el tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Acta Pediatr Española. 2012. [citado 10 sep 2017]; 70 (6): 239-246. Disponible en: <http://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/revision/747-actualizaci%C3%B3n-en-el-tratamiento-farmac%C3%B3gico-del-trastorno-por-d%C3%A9ficit-de-atenci%C3%B3n-e-hiperactividad#.XW6zibivP2s>
10. Puddu G, Rothhammer P, Carrasco X, Aboitiz F, Rothhammer F. Déficit Atencional con Hiperactividad, heredabilidad y comorbilidad genética. Rev Med Chile .2017[citado 25 jul 2017]; 145(3): 368-372. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872017000300011&script=sci_arttext&tlang=en
11. Idiazábal Alecha MA, Kosno M. Trastorno por déficit de atención/ hiperactividad y epilepsia en la infancia. Rev Neurol.2012 [citado 2 ago 2017]; 54 (Supl 1): 589-593. Disponible en: <http://institutoincia.es/wp-content/uploads/2018/04/TDAH-EPILEPSIA-2012.pdf>
12. Sánchez CR, Ramos C, Simón M. Trastorno por déficit de atención/ hiperactividad: validación de la escala EDAH en población canaria de educación primaria. Rev Neurol. 2012[citado 25 jul 2017]; 54(1): 10-16. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2011049>
13. Peña M. Análisis crítico de discurso del Decreto 170 de Subvención Diferenciada para Necesidades Educativas Especiales: El diagnóstico como herramienta de gestión. Rev Psicoperspectivas. 2013. [citado 30 nov 2017]; 12(2):93-103. Disponible en: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/252/286>
14. Borges Machín CE. Algunas consideraciones sobre los factores potencialmente psicopatógenos del Medio. Gac Méd Espirituana. 2005[citado 1 Ago 2017]; 7 (Supl 1). Disponible en: <http://www.revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/913>

15. dos Santos RC. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Medicalização na infância: Uma análise crítica das significações de trabalhadores da educação e da atenção básica em saúde[Tesis]. [Botucatu]: Universidade Estadual Paulista Júlio De Mesquita Filho Faculdade de Medicina;2017. 148p. Disponible en:

<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/150123>

16. Párraga JL, Calleja Pérez B, López Martín S, Albert J, Martín Fernández-Mayoralas D, Fernández Perrone AL, et al. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad y hábitos de vida en niños y adolescentes. Actas Española Psiquiatr. 2019[citado 1 ago 2019]; 47 (4): 158-164. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7029037>

17. Calderón Garrido C. Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad: Programa de tratamiento cognitivo-conductual. (Tesis). España: Universidad de Barcelona;2003.

18. Rubia K, Alegría AA, Brinson H. Anomalías cerebrales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Rev Neurol. 2014[citado 3 ago 2018]; 58 (Supl 1):3-18. Disponible en: <https://medes.com/publication/89848>

19. Fernández-Fernández MA. El TDAH debe ser una realidad para todos. Rev Méd-Científ Luz Vida. 2013[citado 3 ene 2018]; 4 (1):65-66. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=325029251014>

20. Lara Muñoz C, Herrera García S, Romero Ogawa T, Torija L , García ML. Psychometric characteristics of the Spanish version of the Wender++-Utah Scale of retrospective evaluation of ADHD. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines. 1998. [citado 3 ene 2018]; 26 (3): 165-171. Disponible en: <https://europepmc.org/abstract/med/9717341>

21. Saiz Fernández H, Gallardo Fernández IM. El trabajo con las familias en el contexto educativo no formal. Apertura de canales de comunicación para fomentar la participación y la formación. Innovagogia 2016, III Congreso Internacional Sobre Innovación Pedagógica y praxis educativa. 28,29-30 nov 2016. Sevilla, España: Afoe Formación. Disponible en:

<http://roderic.uv.es/handle/10550/58267>

22. Barragán Pérez E, de la Peña Olvera F, Ortiz León S, Ruiz García M, Hernández Aguilar J, Palacios Cruz L, *et al.* Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Bol Med Hosp Infant Mexico. 2007[citado 15 sep 2017]; 64 (5): 326-343.
Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=13657>

23. Saiz Fernandez H, Morote Blanco D, Vidal Esteve M, Gallardo Fernández I. Los espacios inclusivos de encuentros y el modelo de apoyo. XVI Congreso Nacional y VII Congreso Iberoamericano de Pedagogía; 28-30 jun 2016. Madrid, España: Facultad de Educación de la Universidad Complutense de Madrid; 2016

24. Armijos Tello B C. Plan estratégico de Evaluación e Intervención para niños con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad. [Tesis]. [Machala, Ecuador]: Universidad Técnica de Machala; 2017.35 p. Disponible en:

<http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/10438/1/ECUACS%20DE00009.pdf>

25. Soutullo Esperón C, Álvarez Gómez MJ. Bases para la elección del tratamiento farmacológico en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Rev Neurol. 2013[citado 15 nov 2017]; 56 (Extra1): 119-129. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4366630>

26. Castell Florit Serrate P. Intersectorialidad en Cuba, su expresión a nivel global y local. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.

27. Macías Llanes ME .Sistema de superación profesional para el tratamiento de las relaciones ciencia - tecnología - sociedad en el sector de la salud. [Tesis]. [Camagüey]: Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey Carlos J. Finlay; 2015. Disponible en:
<https://docplayer.es/82951483-Sistema-de-superacion-profesional-para-el-tratamiento-de-las-relaciones-ciencia-tecnologia-sociedad-en-el-sector-de-la-salud.html>

28. Cardo E, Bustillo M, Riutort L, Bernad MM, Meisel V, García Banda G, *et al.* ¿Cuál es la combinación de síntomas, según padres y maestros, más fiable para el diagnóstico del TDAH? An Pediatr. 2009. [citado 4 ago 2017]; 71(2):142 – 147. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403309002732>

29. Esher A, Coutinho T. Uso racional de medicamentos, farmaceuticalização e usos do metilfenidato. Ciênc Saúde Coletiva. 2017. [citado 10 ene 2018];22(8):2571-2580.
Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.08622017>

30. Jarque Fernández, S. Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Anua Psicol. 2012[citado 13 ago 2017]; 42(1):19-33. Disponible en:
<https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/253520>