

El Trastorno por Déficit de Atención (TDA) y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): ¿Trastornos Diferentes?

José J. Bauermeister, Ph.D.
Instituto de Investigación de Ciencias de la Conducta
Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico
jjbauer@prtc.net

Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se caracteriza por un patrón persistente de falta de atención o hiperactividad e impulsividad, o ambos, cuya frecuencia y gravedad es mayor de lo típicamente observado en individuos con un nivel comparable de desarrollo (American Psychiatric Association, 1994). El TDAH es un trastorno heterogéneo, es decir, las personas presentan perfiles diferentes de síntomas primarios (p. ej., en el nivel de actividad), de trastornos asociados, de trasfondos familiares, de cursos evolutivos y de respuestas al tratamiento. Dada esta diversidad, el TDAH ha sido tipificado en subgrupos con características clínicas más homogéneas.

En esta conferencia nos proponemos resumir los hallazgos de las investigaciones que han estudiado grupos tipificados de acuerdo a la presencia o ausencia de hiperactividad-impulsividad. Estos son los que sólo presentan deficiencias atencionales (denominado trastorno por déficit de atención (TDA) o TDAH con predominio de déficit de atención) y los que presentan deficiencias atencionales e hiperactividad-impulsividad (denominado trastorno por déficit de atención con hiperactividad o TDAH, tipo combinado). En la medida en que la evidencia científica nos lo permita, quisiéramos dejarlos con la idea de que un grupo de los niños que reciben el diagnóstico de trastorno por déficit de atención (TDA) presentan un trastorno diferente al que presentan los niños con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad-impulsividad, tipo combinado (TDAH).

También describiremos las implicaciones que esta visión tiene para la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de los niños con estas dos condiciones. Pensamos que aun cuando estos dos grupos de niños no presenten trastornos diferentes, es necesario establecer objetivos terapéuticos distintos para ellos.

Algunas consideraciones críticas en la definición actual del TDA

Lamentablemente, los criterios disponibles en la actualidad para identificar el TDA se caracterizan por la imprecisión y por la ausencia de una definición clara del patrón de síntomas que describe a este trastorno. Estas limitaciones se explican a continuación.

Número de síntomas para el diagnóstico del TDA

En la nosología de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV por sus siglas en inglés; APA, 1994), los criterios para el diagnóstico del TDA requieren la presencia de 6 o más síntomas de falta de atención y 5

o menos de hiperactividad-impulsividad. En contraste, para el TDAH se requiere la presencia de 6 o más síntomas tanto de problemas de atención como de hiperactividad-impulsividad. Un punto de corte tan poco discriminatorio, sobre todo cuando la presencia de síntomas de una u otra clase depende de la interpretación clínica, falla en distinguir claramente estos dos tipos del trastorno. Además, contribuye a que el TDA incluya un grupo heterogéneo de niños, es decir, unos que pudieran tener problemas de atención y ser poco activos y poco impulsivos, y otros con problemas atencionales, pero casi tan activos e impulsivos como los niños que pertenecen al TDAH. Con los criterios actuales, es, pues, factible que algunos niños diagnosticados con el TDA (p. ej., aquéllos con 4 ó 5 síntomas de hiperactividad-impulsividad) sean casos subclínicos del TDAH. Es necesario tener en cuenta esta posibilidad al interpretar los resultados, a menudo inconsistentes, en la literatura científica y al momento de hacer un diagnóstico clínico (Milich, Balentine & Lynam 2001).

Tipos de síntomas de los problemas atencionales

Los resultados de un número reducido de estudios sugieren que los niños con el TDA, o un grupo de ellos, presentan un problema atencional asociado al Tempo Cognitivo Lento (TCL; p. ej., perdido en el espacio, lento, sueña despierto) que es diferente al que presenta el TDAH (p. ej., Barkley, DuPaul & McMurray, 1990; Lahey y colaboradores, 1985,1987). En un estudio con niños puertorriqueños, encontramos que los síntomas de TCL observados por los maestros en el aula distinguieron correctamente el 75% de los niños con el TDA y el TDAH, mientras que aquellos observados por las madres distinguieron correctamente el 71% de los casos (Bauermeister, Matos y colaboradores, 2005). De este tipo de evidencia surge, entonces, la hipótesis de que los síntomas que verdaderamente definen al TDA son aquéllos asociados al TCL, los cuales no son utilizados en la actualidad para el diagnóstico de este trastorno.

¿Tres subtipos del TDA?

La discusión anterior nos lleva a plantearnos la posibilidad de identificar niños con un pseudo-TDA que son en realidad casos del TDAH. Nos plantea también la posibilidad de identificar niños que no son hiperactivos-impulsivos, pero que presentan problemas atencionales diferentes: unos caracterizados mayormente por los síntomas de inatención definidos en la nosología actual y otros definidos mayormente por los síntomas de TCL.

El reto que tenemos los clínicos y los investigadores es tipificar el trastorno en grupos clínicamente homogéneos, no solamente a base de la presencia o ausencia de hiperactividad-impulsividad sino de los problemas atencionales que pudieran ser diferentes. Al presente no sabemos si estos dos grupos de niños con problemas atencionales diferentes y con niveles bajos de actividad presentan cuadros clínicos distintos y si son diferentes del TDAH.

Tipo de disturbio atencional

Los niños con el TDA que son identificados cuidadosamente (p. ej., con no más de 3 síntomas de hiperactividad-impulsividad) pueden presentar un disturbio atencional asociado al TCL, caracterizado por pasividad, lentitud, somnolencia, falta de energía, confusión, estar “perdido en el espacio” y soñar despierto. Aunque esta disfunción

atencional puede reflejarse en síntomas tradicionales de problemas de atención (p.ej., no prestar atención cuando se le habla, ser olvidadizo, perder cosas, etc.), la naturaleza de los síntomas del TCL sugiere que los niños con el TDA presentan problemas para regular el estar alerta o vigilante (McBurnett y colaboradores, 2001) o en la atención focalizada o selectiva (Barkley, 2006). Esta hipótesis también plantea que los niños con el TDAH presentan problemas en la habilidad para resistir distracciones y sostener el esfuerzo atencional (Barkley, 2006).

Conclusión basada en la revisión de la literatura

Como señalamos anteriormente, no se puede perder de vista que los niños con el TDA estudiados en las investigaciones científicas resumidas previamente presentaron con toda probabilidad problemas atencionales diferentes e inclusive pueden haber sido casos muy similares al TDAH en cuanto al número de síntomas de hiperactividad-impulsividad que presentaron. Esta situación limita la interpretación de los hallazgos. Además, muchas de estas investigaciones adolecen de otras limitaciones metodológicas serias, tales como la utilización de muestras muy pequeñas.

Milich y colaboradores (2001) han planteado que el TDA y el TDAH pueden considerarse como trastornos distintos o relativamente independientes en la medida en que difieren en características esenciales, características asociadas o comorbilidad, demografía y epidemiología, características neurocognitivas (inteligencia, aprendizaje y neuropsicología), historial de psicopatología familiar, respuesta a tratamiento y curso natural y pronóstico. El TDA y el TDAH pueden diferir en sus características esenciales. Un grupo de niños con el TDA parece caracterizarse por la presencia de un tempo cognitivo lento. Los dos trastornos difieren en las características asociadas o comorbilidad. El TDA no presenta un patrón de comorbilidad diagnóstica con trastornos perturbadores ni con el trastorno bipolar, mientras que el TDAH sí. Los dos trastornos también difieren en su patrón de interacciones sociales. Los niños con el TDAH tienden a ser dominantes y controladores en sus interacciones mientras que los que tienen el TDA tienden a ser más pasivos y retraídos. La prevalencia del TDAH es más alta y la edad de inicio más temprana, que la del TDA. Estos hallazgos apoyan la distinción de los dos trastornos.

Los dos trastornos no parecen diferir en características demográficas y neurocognitivas. No hay suficiente investigación en cuanto al historial de psicopatología familiar, respuesta a tratamiento y pronóstico. No obstante, la evidencia escasa disponible apoyaría la hipótesis preliminar de que ambos trastornos difieren en su respuesta a tratamiento y pronóstico.

Aun cuando la evidencia necesaria para apoyar el planteamiento de que el TDA y el TDAH son trastornos distintos sea inconclusa, el hecho de que ambos grupos presentan perfiles diferentes de síntomas y condiciones asociadas tiene implicaciones importantes para la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y la investigación.

Implicaciones para la evaluación

Evaluación médica. El niño debe recibir una evaluación médica cuidadosa que permita descartar otras condiciones responsables de los síntomas de falta de atención o hiperactividad-impulsividad o identificar aquéllas que agraven los mismos. Por ejemplo, el trastorno de convulsión de tipo ausencia puede presentar un cuadro de dificultades atencionales parecido al del TDA.

Evaluación psicológica. Consideramos que es esencial una evaluación psicoeducativa que examine el nivel de funcionamiento intelectual del niño y sus destrezas de lecto-escritura y matemáticas y que explore, además, la presencia de dificultades emocionales, motrices y en el lenguaje. Este tipo de evaluación es muy importante dado el nivel alto de comorbilidad de estas dificultades con el TDA y el TDAH y la necesidad de incluir en el proceso de tratamiento al psicólogo, al médico (neurólogo, pediatra especializado en el neurodesarrollo, psiquiatra), al logopeda y al terapeuta ocupacional, según sea necesario. Es recomendable evaluar también las destrezas sociales del niño.

Para lograr una evaluación abarcadora, como la que aquí se recomienda, es imprescindible obtener información acerca de las habilidades, el comportamiento y las dificultades que presenta el niño en la escuela. Esto se facilita cuando el maestro contesta cuestionarios o escalas diseñadas para evaluar la conducta del niño en el aula. Finalmente, es necesario identificar los talentos y recursos que presenta el niño, con miras a resaltar y desarrollar éstos como parte del programa de tratamiento.

Evaluación del ambiente y los recursos de la escuela. Con frecuencia, los niños con el TDA y el TDAH logran un funcionamiento adaptado en aquellas escuelas que: (1) tienen un equipo de profesionales preparados para ayudar a estudiantes con estilos de aprendizaje o de comportamiento diferentes, (2) utilizan métodos de enseñanza dinámicos, (3) tienen una dirección escolar dispuesta a respaldar los ajustes u otras estrategias de ayuda que implantan los maestros, y (4) tienen una filosofía de favorecer la comunicación y el intercambio de ideas entre los maestros, los padres y los profesionales a cargo del tratamiento del niño y de implantar las recomendaciones de estos especialistas. Características como éstas pueden ayudar al clínico en su análisis de si el niño debe continuar o no en la escuela a la que asiste.

Evaluación de la familia. La dinámica y el clima familiar deben ser también evaluados. Algunos aspectos a incluir son el estrés familiar, la discordia marital severa, las prácticas de crianza empleadas y la presencia de trastornos psiquiátricos en los padres, sobre todo el TDA, el TDAH, los trastornos del estado de ánimo y la conducta antisocial. Esta información es esencial para decidir: (1) el plan de tratamiento del niño, que pudiera incluir psicoterapia para los padres, la pareja o la familia y (2) si los padres tienen los recursos psicológicos para beneficiarse de un programa de entrenamiento conductual dirigido a ellos o para implantar recomendaciones de manejo de conducta del niño en el hogar.

Evaluación del impacto del contexto social en la vida familiar. Muchas familias pudieran autoimponerse valores culturales demasiado exigentes en los aspectos académicos, entre otros, lo cual pudiera convertirse en una presión psicológica para el niño. Es lógico pensar que este tipo de situación llevaría a la familia a experimentar un mayor estrés relacionado a las dificultades del niño que el que experimentarían si no tuviesen ese nivel de exigencia. Es necesario evaluar el impacto de este tipo de expectativa sobre la familia con el propósito de ayudar durante el tratamiento a que se tornen más realistas.

Implicaciones para el diagnóstico

Las diferencias planteadas entre el TDA y el TDAH tienen implicaciones importantes para el diagnóstico de estos trastornos. Estas implicaciones se resumen a continuación.

1. El TDA debe diagnosticarse integrando síntomas de inatención con los de TCL. Estos últimos (confuso, como en las nubes; soñoliento; letárgico; se pierde en sus propios pensamientos o sueña despierto; poco activo, lento para sus cosas o falta de energía) pueden ayudar a distinguir mejor a los niños con el TDA de aquellos con el TDAH.
2. La diferenciación del TDA y el TDAH se logra limitando los síntomas de hiperactividad-impulsividad a no más de tres. Cuando 4 ó 5 síntomas de este tipo están presentes en unión a 6 o más síntomas de inatención, se podría tratar de un caso subclínico del TDAH, es decir, un pseudo TDA.
3. El criterio de edad de inicio del trastorno antes de los 7 años no debe ser aplicado estrictamente al TDA, ya que los problemas con la atención tienden a ser más disfuncionales a medida que las demandas cognitivas en la escuela primaria y secundaria aumentan.
4. En comparación con los niños con el TDAH, los que presentan el TDA tienden a ser hipoactivos y a no presentar diagnósticos de trastorno negativista desafiante, disocial o problemas de comportamiento agresivo. No obstante, fuera del aula, los niños con el TDA no necesariamente son hipoactivos. El patrón de somnolencia, letargo y regulación insuficiente de la habilidad para estar alerta se observa mejor cuando el niño tiene que involucrarse en actividades pasivas, cumplir con los quehaceres del hogar o llevar a cabo tareas cognitivas complejas. Además, estos niños presentan conductas que son percibidas por los educadores y los padres como negativistas o desafiantes. Esta percepción está asociada probablemente a su estilo atencional, lentitud y pasividad al momento de requerirle que haga tareas escolares, quehaceres en el hogar, asearse, vestirse, etc. (Bauermeister, Matos y colaboradores, 2005).
5. Al igual que con el TDAH, es necesario distinguir entre personas que presentan el TDA de aquéllas que presentan un cuadro clínico de trastorno depresivo mayor, trastorno distímico o de ansiedad, sin olvidar que el TDAH y el TDA pueden coexistir con estos trastornos. La obtención de un historial de desarrollo cuidadoso que incluya información familiar y escolar relevante, el conocimiento preciso del cuadro de síntomas de cada uno de estos trastornos, así como su manifestación en diferentes etapas del desarrollo por parte del profesional, y una sólida formación clínica son esenciales para lograr esta diferenciación diagnóstica.

6. Es importante distinguir entre los síntomas del TDA y los síntomas de enfoque excesivo o sobre-enfoque propios del espectro de los trastornos generalizados en el desarrollo (p. ej., autismo infantil, Asperger) o trastornos en el pensamiento (p. ej., esquizofrenia infantil) tales como alejamiento afectivo, movimientos motores estereotipados, concentración excesiva o preocupación absorbente e interés fascinante en estímulos particulares.
7. Al igual que los niños con el TDA, aquellos con inhabilidades específicas en el aprendizaje típicamente presentan dificultades atencionales en el aula y al momento de estudiar, pero no necesariamente durante otras actividades (p. ej., al vestirse, al comer, etc.). Este tipo de observación puede ayudar en el diagnóstico diferencial de ambas condiciones, que también pueden coexistir.
8. Igualmente, los síntomas asociados a pérdida auditiva, a trastornos en el lenguaje receptivo, trastornos de procesamiento auditivo o de comprensión auditiva pueden confundirse con los del TDA. Es importante, por lo tanto, descartar estas condiciones mediante las evaluaciones correspondientes con el audiólogo o el logopeda. El niño con el TDA comprende adecuadamente una vez está prestando atención, cosa que el niño con problemas auditivos no necesariamente puede hacer.
9. Las subpruebas de las diferentes versiones de la Escala de Inteligencia Wechsler para Niños y las pruebas neuropsicológicas, incluyendo las de ejecución continua, no deben utilizarse para el diagnóstico diferencial del TDA y el TDAH. Aunque estas pruebas proveen información importante, carecen de precisión diagnóstica para estos fines. El porcentaje de falsos positivos y falsos negativos es demasiado alto como para utilizarse en el trabajo diagnóstico (véase Doyle, Biederman, Seidman, Weber & Faraone, 2000).
10. Es recomendable darle un peso mayor a la evaluación que hacen los maestros de los niveles de problemas de atención e hiperactividad del niño que a la de los padres. Estos últimos no siempre están en posición de evaluar estas conductas con relación a lo esperado para la edad o a la etapa de desarrollo del niño.

Implicaciones para el tratamiento: Principios generales

Las semejanzas y diferencias previamente resumidas permiten identificar componentes que deben estar presentes en el tratamiento del TDA y del TDAH. A continuación se resumen algunos principios generales para el tratamiento de estas dos condiciones.

1. Los padres y maestros deben ser ayudados a aceptar al niño como es y no como quisieran que fuera. Cuando se logra esta aceptación, se facilita seguir programas de tratamiento de forma consecuente e implantar recomendaciones.
2. El programa de tratamiento debe ser individualizado de acuerdo al patrón de síntomas, trastornos comórbidos (p. ej., trastorno depresivo, trastornos en el lenguaje, dislexia, etc.) y fortalezas del niño identificados en la evaluación. Las debilidades y fortalezas de la familia y la escuela, así como el impacto del contexto social, deben también tomarse en consideración.
3. El tratamiento, en la gran mayoría de los casos, debe ser multidisciplinario, en donde interviene el médico, el psicólogo, el educador, el terapeuta del lenguaje, etc.

4. El tratamiento más eficaz es aquél que se implanta en los escenarios importantes en donde el niño se desenvuelve a través de intervenciones psicosociales, medicación o ambas.
5. El tratamiento debe estar dirigido a fortalecer la autoestima del niño, a estimular una comunicación efectiva entre él, sus familiares y maestros, a facilitar los procesos de autorregulación, a incrementar su aprendizaje escolar, a mejorar las destrezas sociales y eventualmente a aceptar y manejar por sí mismo la condición.
6. La intervención psicosocial tiene dos modalidades principales: (a) educación a los miembros de la familia, con miras a incorporarlos en el diseño e implantación del tratamiento, y (b) terapia y manejo de la conducta en el hogar y en la escuela.
7. De las intervenciones psicosociales, la terapia conductual clínica ha demostrado ser la más eficaz para el TDAH en investigaciones científicas (Pelham, 2002). Este tipo de tratamiento debe incluir educación a los padres y maestros en cuanto al TDA y TDAH; entrenamiento a los padres o los maestros, o a ambos, en la implantación de estrategias de manejo conductual; y consultoría a los maestros y al personal escolar. Las investigaciones más recientes demuestran que los efectos de estas intervenciones se enriquecen si se incluye la enseñanza de estrategias cognitivo-conductuales (p. ej., pasos a seguir para solucionar problemas, cómo usar claves, estrategias de mediación verbal para focalizar y sostener la atención, entre otras) (Pelham, 2002; Pfiffner & McBurnett, 1997).
8. El tratamiento farmacológico más efectivo, sobre todo para el TDAH, es el que utiliza medicamentos psicoestimulantes de actuación prolongada durante el día, a través de mecanismos de secreción sostenida. La atomoxetina (Strattera), un nuevo medicamento no-estimulante, también ha demostrado ser efectiva para el tratamiento tanto del TDA como del TDAH. Este medicamento es un inhibidor selectivo de recaptación de norepinefrina.
9. Los efectos de la terapia conductual clínica sobre los síntomas del TDAH y sobre los patrones de conductas negativistas y agresivas asociados a este trastorno, no son tan robustos como los efectos del tratamiento farmacológico con psicoestimulantes (Pelham, 2002).
10. Es muy importante estimular la participación activa de los padres en grupos cuyos objetivos sean educar y apoyar.

Implicaciones para el tratamiento diferencial del TDA y del TDAH

La terapia conductual clínica, según definida anteriormente, es necesaria para el tratamiento del TDA y del TDAH. Los niños con el TDA son pasivos, poco activos e inhibidos mientras que aquellos con el TDAH son hiperactivos, desinhibidos e intensos. Esta diferenciación lleva a establecer como objetivo terapéutico el facilitar la desinhibición en el TDA y los procesos de inhibición en el TDAH. Este planteamiento es importante para los niños con el TDA ya que a menudo, al no presentar un comportamiento perturbador, no reciben tratamiento alguno o son referidos tardíamente al mismo.

Nivel de actividad. En el hogar, los niños con el TDA deben ser estimulados y reforzados para que sean más activos, demuestren más iniciativa en sus interacciones sociales y respondan con mayor prontitud. Es necesario ayudarles a identificar actividades de recreación, pasatiempos y deportes que sean de su disfrute y reforzar su participación en estas actividades. De ser necesario, se debe restringir el tiempo de ver televisión o de estar involucrados únicamente en juegos electrónicos y estimularlos a salir de la casa y a compartir con otros niños en el vecindario. Los niños con el TDAH, en cambio, deben ser ayudados y reforzados para canalizar adecuadamente su actividad por medio de pasatiempos y deportes, y a regular la misma en los momentos y contextos que es necesario (al cenar, en lugares públicos, etc.).

En la escuela, los maestros deben perseguir también estas metas. Los niños con el TDA, por ejemplo, deben ser reforzados por participar más en las actividades docentes del aula, tales como contestar preguntas e involucrarse en la discusión de la clase. En contraste, aquéllos con el TDAH deben ser estimulados y reforzados por esperar su turno, por escuchar con cuidado las instrucciones y no actuar impulsivamente.

Trabajo escolar. Las escuelas deben hacer modificaciones en sus prácticas y procedimientos para atender las necesidades de los niños con el TDA y TDAH. Ambos tipos de niños necesitan ser reforzados activa y frecuentemente por mejorar su trabajo escolar. En el hogar, los padres deben enseñar y reforzar las actividades rutinarias necesarias para hacer las tareas escolares, tales como anotar éstas, traer los cuadernos y demás materiales escolares, establecer un horario para el periodo de estudio, terminar las tareas y entregarlas al maestro.

De igual manera, en el aula, los maestros deben reforzar el entregar las tareas escolares, tener los materiales necesarios para comenzar un trabajo, empezar éste y mantenerse en el mismo hasta completarlo. Es sumamente importante que los maestros cotejen si el niño anotó las tareas asignadas y fechas de exámenes, de entrega de proyectos especiales, etc. Es de mucho valor usar una hoja de informe escuela-hogar de trabajo diario, en donde los maestros evalúan periódicamente y comunican a los padres el comportamiento y el desempeño del niño en el aula. De esta manera, los padres pueden reforzar el esfuerzo y los logros obtenidos durante el día escolar. Varios autores han desarrollado o recopilado recomendaciones para facilitar las conductas antes descritas en el aula (Bauermeister, 2002).

Destrezas sociales. Los niños con el TDA y el TDAH necesitan mejorar sus destrezas sociales y aumentar su sentido de competencia personal, pero con énfasis diferentes. Los niños con el TDA necesitan desarrollar destrezas para ser más autoafirmativos, para hacer amigos, para unirse a un juego, etc. Aquéllos con el TDAH necesitan desarrollar destrezas para autocontrolarse, para mantener amigos, para ignorar o no sobrereaccionar a burlas, etc. Estas destrezas pueden desarrollarse por medio de explicaciones, ensayos conductuales o juego de roles, práctica en vivo, etc., como parte de un programa de modificación conductual en el que estén también involucrados los padres o maestros. Esta involucración de los adultos ha demostrado ser importante para el éxito de este tipo de programa (Pffinner & McBurnett, 1997; Pffinner, comunicación personal, nov., 2006).

Medicación. La evidencia científica disponible en cuanto a la eficacia del uso de la medicación estimulante en el tratamiento de los niños con el TDA indica que un porcentaje más alto de éstos no responde al medicamento en comparación con aquéllos con el TDAH. Los que responden lo hacen a una dosis más baja (Barkley et al., 1991).

La experiencia clínica es consistente con los resultados de Barkley y colaboradores (1991), es decir, la respuesta de los niños con el TDAH al metilfenidato se observa con más facilidad y está definida más claramente. No obstante, los niños con el TDA pueden beneficiarse de esta modalidad de tratamiento, por lo que es necesario considerar y examinar su efecto terapéutico. Otros medicamentos que han demostrado su eficacia para reducir síntomas de inatención en niños con el TDA son atomoxetina (Strattera) y anfetamina-dextroanfetamina (Adderall) (Bauermeister y colaboradores, 2003). Es recomendable que los padres y maestros tengan una expectativa realista en cuanto a los cambios favorables que puedan observarse en el niño como resultado de la medicación, con miras a no desanimarse y discontinuar el tratamiento al no detectar cambios dramáticos en su comportamiento.

Implicaciones para la investigación

Como se desprende de este capítulo, es necesario realizar investigaciones adicionales sobre el TDA en las cuales se usen criterios diagnósticos bien definidos y con muestras amplias. Estas investigaciones podrían reafirmar la distinción de estos dos trastornos, identificar las estructuras y procesos neurobiológicos subyacentes, guiar la decisión en cuanto a en qué grupo amplio de trastornos se debe ubicar el TDA y ayudar a diseñar programas de tratamientos psicosociales y farmacológicos.

Conclusión

Hemos resumido los hallazgos de las investigaciones que han estudiado el TDA y el TDAH. Basándonos en la evidencia científica disponible, desarrollamos y sustentamos la idea de que un grupo de los niños que reciben el diagnóstico del TDA presentan un trastorno diferente al que presentan los niños con el TDAH. Además, describimos las implicaciones que este planteamiento tiene para la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de los niños con estas dos condiciones, incluyendo algunas consideraciones para el tratamiento diferencial de las mismas. Se necesitan más investigaciones que confirmen los hallazgos encontrados hasta el momento y que arrojen luz sobre algunos asuntos que permanecen en controversia. No obstante, la evidencia acumulada hasta ahora sugiere la necesidad de revisar y actualizar nuestras concepciones acerca del déficit de atención con y sin hiperactividad, así como de asumir una postura flexible y un acercamiento crítico al trabajar con niños que presentan las características alusivas a estas condiciones. De ello dependerá, en gran medida, la eficacia de nuestros esfuerzos por proveer ayuda a estos niños y a sus familias.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2^a ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^a ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^a ed. rev.). Washington, D.C.: Autor.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^a ed.). Washington, D.C.: Autor.
- Barkley, R.A. (2006). *Attention deficit hyperactivity disorder: Handbook for diagnosis and treatment* (3rd Ed.). New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A., DuPaul, G. J., & McMurray, M.B. (1990). A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(6), 775-789.
- Barkley, R.A., DuPaul, G.J., & McMurray, M.B. (1991). Attention deficit disorder with and without hyperactivity: Clinical response to three dose levels of methylphenidate. *Pediatrics*, 87, 519-531.
- Bauermeister, J.J. (2002). *Hiperactivo, impulsivo, distraído ¿Me conoces? Guía acerca del déficit atencional para padres, maestros y profesionales*. España: Grupo Albor Cohs.
- Bauermeister, J.J., Alegría, M., Bird, H., Rubio-Stipec, M., & Canino, G. (1992). Are attentional-hyperactivity deficits unidimensional or multidimensional syndromes? Empirical findings from a community survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 423-431.
- Bauermeister, J.J., Barkley, R.A., Martínez, J.V., Cumba, E., Reina, G., Matos, M., & Salas, C.C. (2005). Time estimation and reproduction in subtypes of ADHD children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 151-162.
- Bauermeister, J.J., Matos, M., & Reina, G. (1999, agosto). Do ADHD and ADD have similar impacts on family life? *ADHD Report*, 6-8.
- Bauermeister, J. J., Matos, M., Reina, G., Salas, C., & Cumba, E. (2003). *El tipo inatento y combinado del TDAH: Una revisión de la literatura*. Manuscrito sin publicar.
- Bauermeister, J.J., Matos, M., Reina, G., Salas, C., Martínez, J.V., Cumba, E., & Barkley, R.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 & Psychiatry*, 46, 166-179.
- Carlson, C.L., & Mann M. (2002). Sluggish cognitive tempo predicts a different pattern of impairment in the attention deficit hyperactivity disorder, predominantly inattentive type. *Journal of Clinical Child & Adolescence Psychology*, 3, 123-129.
- Carlson, C.L., Lahey, B.B., Neeper, R. (1986). Direct assessment of the cognitive correlates of attention deficits disorders with and without hyperactivity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 8, 69-86.
- Diamond, A. (2005). Attention-deficit disorder (attention-deficit/ hyperactivity disorder without hyperactivity) a neurobiologically and behaviorally distinct disorder from

- attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity). *Development and Psychopathology*, 17, 807-825.
- Doyle, A.E., Biederman, J., Seidman, L.J., Weber, W., & Faraone, S.W. (2000). Diagnostic efficiency of neuropsychological test scores for discriminating boys with and without attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 477-488.
- Faraone, S.V., Biederman, J., Weber, W., & Russell, R.L. (1998). Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: Results from a clinically referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 185-193.
- Hodgens, J.B., Cole, J., & Boldizar, J. (2000). Peer based differences among boys with ADHD. *Journal of Clinical Psychology*, 29, 443-452.
- Lahey, B.B., Pelham, W.E., Schaughency, E.A., Atkins, M.S., Murphy, H.A., Hynd, G.W., Russo, M., Hartdagen, S., & Lorys, A. (1988). Dimensions and types of attention deficit disorder with hyperactivity in children: A factor and cluster analytic approach. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 330-335.
- Lahey, B.B., Schaughency, E.A., Frame, C.L., & Strauss, C.C. (1985). Teacher ratings of attention problems in children experimentally classified as exhibiting attention deficit disorder with and without hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 613-616.
- Lahey, B.B., Schaughency, E., Hynd, G., Carlson, C., & Nieves, C. (1987). Attention deficit disorder with and without hyperactivity: Comparison of behavioral characteristics of clinic referred children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 718-723.
- Lahey, B.B. & Willcutt, E.G. (2002). Validity of the diagnosis and dimensions of attention deficit hyperactivity disorder. En P.S. Jensen & J.R. Cooper (Eds.), *Attention deficit hyperactivity disorder: State of the science* (pp. 1-1 a 1-23). New York: Civic Research Institute.
- Manos, M.J., Short, E.J., & Findling, R.L. (1999). Differential effectiveness of methylphenidate and Adderall in school-age youths with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 813-819.
- McBurnett, K., Pfiffner, L.J., & Frick, P.J. (2001). Symptom property as a function of ADHD type: An argument for continued study of sluggish cognitive tempo. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 207-213.
- Milich, R., Balentine, A.C., & Lynam, D.R. (2001). ADHD/combined type and ADHD/predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 463-488.
- Morgan, A.E., Hynd, G.W., Riccio, C.A., & Hall, J. (1996). Validity of DSM-IV ADHD predominantly inattentive and combined types: Relationship to previous DSM diagnoses/subtype differences. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 325-333.
- Pelham, W.E. (2002). Psychosocial interventions for ADHD. En P.S. Jensen & J.R. Cooper (Eds.), *Attention deficit hyperactivity disorder: State of the science* (pp. 12-1 a 12-36). New York: Civic Research Institute.

Pfiffner, L.J. & McBurnett, K. (1997). Social skills training with parent generalization: Treatment effects for children with attention deficit disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 749-757.