



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**Tratamientos Actuales que Evidencian Mejores
Resultados en el Abordaje de las Necesidades de los Niños,
Niñas y Adolescentes con TDAH en España:**

Revisión Sistemática

Autora: Amalia Echevarría Gianello

Director: Marcos Bella Fernández

Madrid

2022/2023

Resumen:	2
1. Introducción	4
1.1. Conceptualización del Trastorno	4
1.2. Prevalencia	7
1.3. Manifestaciones Clínicas	8
1.4. Consideraciones fisiológicas a nivel cerebral	9
1.5. Tratamientos	11
2. Justificación	14
3. Objetivos	15
3.1. Objetivo General	15
3.2. Objetivos Específicos	15
4. Metodología	16
4.1. Muestra	18
1.1. Fase Inicial: Criterios de Inclusión y Exclusión	18
4.2. Segunda Fase: Fuentes de Información	20
5. Resultados	21
6. Discusión	30
7. Conclusión	35
8. Bibliografía	35

Resumen:

Introducción: El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), es clasificado como un desorden del desarrollo neurológico. Se caracteriza por una serie de factores relacionados con la capacidad de atención, la falta de organización y la presencia o ausencia de hiperactividad e impulsividad. En la actualidad, son numerosas las metodologías de abordaje que permiten reducir la sintomatología del trastorno, así como mejorar la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes con TDAH, sus familias y vínculos sociales. **Objetivos:** esta revisión sistemática tiene como objetivo principal identificar los tratamientos que, a la actualidad, registran mejores resultados en el abordaje de las necesidades de la población infanto-juvenil con TDAH, con principal interés en aquellos que se desarrollan desde la Psicología Clínica. **Métodos:** para abordar los objetivos propuestos, se emplea la metodología PRISMA, acorde a una revisión sistemática. Se emplean las bases de datos PubMed, WOS y BASE. Para la evaluación de la calidad metodológica, se emplean las listas de verificación de CASPe (versión en español). Se incluyen artículos publicados entre 2019 y 2023, en idioma español o inglés, población infanto-juvenil con diagnóstico de TDAH; ensayos clínicos, ensayos clínicos aleatorizados (con y sin grupo control), investigaciones exploratorio-descriptivas; fuentes de alto impacto, artículos científicos, trabajos finales de grado con avales universitarios; investigaciones con medidas de los efectos. **Resultados:** se incluyen en el estudio, 12 artículos. Los resultados evidencian que tanto el tratamiento farmacológico como el abordaje psicoterapéutico en programas combinados, demuestran mayor éxito en relación a las necesidades de los niños y jóvenes con TDAH. **Conclusiones:** se concluye que el establecimiento de programas combinados de intervención favorece el mejoramiento de la calidad de vida, el alivio de la sintomatología y fomenta los vínculos sociales.

Palabras Clave: *tratamientos, farmacología, psicología, TDAH, eficacia, niños, adolescentes.*

Abstract

Introduction: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is considered a neurodevelopmental disorder that is defined through levels linked to attention, disorganisation, absence or presence of hyperactivity and/or impulsivity. Currently, there are numerous methodologies to reduce the symptoms of the disorder, as well as to improve the quality of life of children and adolescents with ADHD, their families and social links. **Objectives:** the main objective of this systematic review is to identify the treatments that currently show the best results in addressing the needs of the child and adolescent population with ADHD, with a particular interest in those developed from the perspective of clinical psychology. **Methods:** in order to address the proposed objectives, the PRISMA methodology is used, in accordance with a systematic review. The databases PubMed, WOS and BASE were used. The CASPe checklists (Spanish version) were used to assess methodological quality. We included articles published between 2019 and 2023, in Spanish and/or English, child and adolescent population with a diagnosis of ADHD; clinical trials (with and without control group), exploratory-descriptive research; high impact sources, scientific papers, final degree works with university endorsements; research with measures of effects. **Results:** 12 articles were included in the study. The results show that both pharmacological treatment and the psychotherapeutic approach in combined programmes demonstrate greater success in relation to the needs of children and young people with ADHD. **Conclusions:** it is concluded that the establishment of combined intervention programmes favours the improvement of the quality of life, the alleviation of symptomatology and fosters social bonds.

Keywords: treatments, pharmacology, psychology, ADHD, efficacy, children, adolescents.

Introducción

El presente trabajo de investigación pretende abordar el análisis de las fuentes científicas más recientes sobre los principales tratamientos en niños y adolescentes con TDAH que se implementan en la actualidad en España. Además, se pretende establecer qué abordaje ha demostrado mejores resultados en la reducción de la sintomatología general del TDAH, con especial interés en aquellos que se originan desde el campo de la Psicología Clínica. Así, se llevará a cabo una presentación que brindará una comprensión de las perspectivas clave relacionadas con el presente estudio de investigación.

Se concretará, mediante una revisión sistemática, una exhaustiva exploración de los avances realizados hasta la fecha. Se establecerán los parámetros para seleccionar los datos empíricos más significativos, definiendo los criterios de inclusión y exclusión, la muestra y, además, empleando los procedimientos metodológicos del enfoque PRISMA. Una vez recopilada la información requerida, se examinarán minuciosamente los hallazgos obtenidos con el propósito de reconocer los elementos que necesiten una evaluación suplementaria y establecer los potenciales objetivos que puedan emerger a raíz de esta investigación.

1.1. Conceptualización del Trastorno

Basado en las directrices presentadas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), se reconoce el TDAH como un trastorno del desarrollo neurológico escrito por variables vinculadas al nivel atencional, la ausencia de organización o la presencia de hiperactividad e impulsividad (American Psychiatric Association, 2014). Los atributos mencionados con anterioridad hacen alusión a la incapacidad para completar una actividad o para llevar a cabo tareas relacionadas, complicaciones para comprender instrucciones y pérdida de elementos indispensables. Estos factores, a pesar de estar provistos de un nivel de importancia, este se considera inferior a los niveles de la media, teniendo en cuenta el grado de progreso y etapa de vida (Llanos Lizcano et al., 2019).

La impulsividad, típicamente vinculada a esta condición, en conjunto con la incapacidad de llevar a cabo actividades en reposo, la agitación excesiva y la necesidad de estar en traslado interrumpido, son sintomatologías acentuadas, sin importar la situación vital del individuo ni sus particularidades personales. Estos constituyen el conjunto de manifestaciones inherentes al trastorno (Rodríguez González et al., 2017).

Sin embargo, distintos investigadores concuerdan en que los signos clínicos pueden ser descritos por un conjunto de manifestaciones clínicas que se conforman como los principios fundamentales del trastorno del TDAH (APA, 2014). A continuación, se presentan:

1. Déficit de atención: los individuos jóvenes y en edad escolar a menudo enfrentan complicaciones para sostener un enfoque constante en el asunto que se está abordando en el aula, en ambientes educativos, omitiendo tomar apuntes de las labores que deben realizar y no prestando atención a sus objetos personales al dejarlos de manera descuidada en distintos sitios. Todo elemento en cuestión que emerja se transforma en una distracción (algo que obstaculiza la comprensión de los conceptos, las instrucciones y la finalización de las labores), obstáculos para mantener y sostener diálogos mantenidos (se presentan obstáculos debido a que el individuo tiene tendencia a abordar otros temas e intervenir durante la conversación) y dificultades en la capacidad de lectura.
2. La Hiperactividad: este signo está asociado con el urgente requisito de sostener una actividad motriz constante, tanto en movimiento como en reposo, sin importar cuándo o dónde. Esto se evidencia tanto en los movimientos físicos como en la expresión verbal y el proceso cognitivo.
3. Impulsividad: se refiere a la naturalidad, a la incapacidad de gestionar las respuestas ante las distintas circunstancias que se presentan. Asimismo, se relaciona con la imposibilidad de regular los conceptos, los comunicados y las sensaciones emocionales. Está estrechamente ligada a la ansiedad, la verborrea, la falta de consideración por los tiempos de conversación, la irritación y la agresividad. En el caso de los jóvenes en edad adolescente, estos síntomas tienden a resultar en alteraciones de comportamiento.

La manifestación del TDAH se da en las primeras etapas de la vida y puede persistir hasta la edad adulta. No obstante, se observa una mayor prevalencia de esta condición en edades tempranas, donde la evaluación está asociada principalmente a la categoría de individuos de carácter hiperactivo-impulsivo. Por otro lado, en población adulta, es más común el pronóstico de TDA sin hiperactividad, específicamente en la categoría de inatención, presentando como rasgos predominantes la baja interacción interpersonal y el aislamiento (Rodríguez González et al., 2017).

Aunque los pacientes con TDAH suelen mostrar los tres síntomas principales (actividad excesiva, impulsividad y falta de atención), el perfil clínico varía considerablemente. Algunos niños pueden tener problemas principalmente con la falta de atención, sin afectar otros campos, mientras que otros presentan problemas significativos de comportamiento o trastornos psiquiátricos comórbidos, como el trastorno oposicionista desafiante. A diferencia del sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la OMS, el DSM-V distingue tres categorías de TDAH según la presencia de los síntomas principales (American Psychiatric Association, 2013):

- Trastorno de déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (TDAH-C): presenta parámetros de falta de atención, hiperactividad e impulsividad.
- Trastorno de déficit de atención con hiperactividad, tipo inatento (TDAH-I): se caracteriza por una dominancia de la falta de atención y un ritmo cerebral reducido con comportamiento típico.
- Trastorno de déficit de atención con hiperactividad, tipo hiperactivo-impulsivo (TDAH-HI): se destaca por la hiperactividad e impulsividad, y suele manifestarse en la primera infancia como un indicio temprano de riesgo para desarrollar el subtipo combinado.

El TDAH es clasificado como un trastorno del desarrollo neurológico que ocasiona repercusiones en el adecuado progreso global del individuo que lo padece (FernándezFernández, 2021). Dicha condición se encuentra vinculada con las expresiones de hiperactividad e impulsividad, las cuales se relacionan con una baja tolerancia a la frustración, una tendencia a responder sin haber escuchado la cuestión planteada, hiperactividad motora, fragilidad emocional y alta irritabilidad. Con el fin de que estas conductas sean consideradas como signos, es preciso que no estén clasificadas

bajo otro diagnóstico y que, además, se manifiesten en más de una realidad cotidiana del sujeto. Para que se establezca el diagnóstico de TDAH, la manifestación de los signos anteriormente mencionados se puede presentar de manera simultánea durante un período mínimo de 6 meses (American Psychiatric Association, 2014).

La diferenciación del diagnóstico en una condición de baja severidad implica la existencia de signos al nivel más bajo que son suficientes para determinar la conclusión diagnóstica. La identificación de la magnitud significativa de este padecimiento está asociada a la existencia de una cantidad superior de indicadores mencionados y demostrar una severidad más alta, o en su defecto, que estos signos tengan un impacto notable en el crecimiento y el desempeño cotidiano (Morrow et al., 2019).

1.2. Prevalencia

La condición psicopatológica reconocida como la más frecuente, en la población juvenil, es el TDAH (Macera Tenecela, 2019). Según los informes recopilados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2022), se estima que el TDAH afecta alrededor del cinco por ciento de la muestra global. De acuerdo con lo previamente mencionado, este trastorno se cataloga dentro del ámbito de la psiquiatría como un síndrome, debido a la agrupación de múltiples signos y síntomas que suelen ser tratados mediante terapias farmacológicas.

La edad desempeña un papel importante en la predicción del análisis ajustado y la adecuada elección del enfoque terapéutico conveniente, lo que resulta en una variación en la prevalencia de diagnósticos de TDAH en la franja de edades entre seis y veinte años (Perdomo de Paz, 2021).

Un análisis de tipo transversal, retrospectivo, descriptivo y de observación llevado a cabo por González et al. en el año 2017, en una muestra de 4.747 casos, reveló que la frecuencia del TDAH en La Comunidad de Madrid se encuentra en torno al dos por ciento. Dentro de esta proporción, el cuarenta y nueve por ciento pertenece al tipo combinado, presentando una mayor incidencia en población infantil, con un registro del setenta y seis por ciento.

Vázquez Sánchez et al. (2022) realizaron un estudio descriptivo de tipo transversal con el propósito de determinar la frecuencia de la existencia de personas con TDAH. Basándose en estos datos y tomando como muestra una muestra de 1.012 individuos atendidos en trece Centros de Salud, los datos obtenidos revelaron una prevalencia de entorno al tres por ciento, siendo el sesenta y nueve por ciento de los casos hombres y el treinta y dos mujeres, con una media de edad de diagnóstico estimada de 2 a 7 años.

Alcalde Alfonso llevó a cabo una investigación en 2020 acerca de la prevalencia del TDAH en la población infanto-juvenil española. Concluyó que existe una correlación positiva entre la cantidad de fármacos administrados y el número de diagnósticos de trastorno de atención. En niños y jóvenes de ambos géneros con TDAH, con edades comprendidas entre los 6 y los 20 años, se reveló una prevalencia de 9.96:1000 en la Comunidad Autónoma del País Vasco, lo que significa que hay 9.96 casos de TDAH por cada 1000 personas en la población analizada.

Según análisis detallados, se ha observado que la frecuencia del TDAH en comunidades a nivel global oscila entre el 2% y el 7%, con un valor medio aproximado del 5% (Sayal et al., 2018). En el caso específico de la población española, se han registrado índices del 6,6%, los cuales se mantienen estables en la etapa infantil (6,9%), preadolescente (6,2%) y adolescente (6,9%) (López Villalobos et al., 2017).

Diversos estudios experimentales evidencian que el TDAH es más frecuente en niños que en niñas, con una proporción de 4 a 1 para el subtipo hiperactivo-impulsivo y de 2 a 1 para el subtipo predominantemente inatento. En cuanto a la prevalencia por género, se estima en un rango del 5,4% al 6,7% en mujeres y del 11,3% al 15,1% en hombres (Arnett et al., 2015).

1.3. Manifestaciones Clínicas

El TDAH es clasificado como un trastorno del desarrollo neurológico que ocasiona repercusiones en el adecuado crecimiento global del individuo que lo padece. (FernándezFernández, 2021). Este trastorno se encuentra vinculado con las expresiones de hiperactividad e impulsividad, las cuales se relacionan con una baja tolerancia a la frustración , una tendencia a responder sin haber escuchado la cuestión planteada, una

hiperactividad motora, fragilidad y alta irritabilidad. Con el fin de que estas conductas sean percibidas como signos, es preciso que no estén clasificadas bajo otro diagnóstico y que, además, se manifiesten en más de una realidad cotidiana del sujeto. Para que se establezca el diagnóstico de TDAH, la manifestación de los signos anteriormente mencionados se puede presentar de manera simultánea durante un período mínimo de seis meses (Lavagnino et al., 2018).

La diferenciación del diagnóstico en una condición de baja severidad implica la existencia de signos mínimos que son suficientes para establecer el pronóstico. La identificación de la magnitud significativa de este padecimiento debe estar asociada a la presencia de una cantidad superior de indicadores mencionados y demostrar una severidad más alta, o en su defecto, que estos signos tengan un impacto notable en el crecimiento y el desempeño cotidiano (Morrow et al., 2019).

1.4. Consideraciones fisiológicas a nivel cerebral

A pesar de la existencia de múltiples estudios en las últimas décadas sobre la etiología del TDAH, existen ciertos aspectos que aún quedan sin comprender (Miklós et al., 2019). Estudios diversos han sugerido que las principales lesiones que dan origen al trastorno se localizan en regiones de la corteza frontal (Benton, 2021; Heilman et al., 2021), detectando la existencia de anomalías estructurales (Fordl y Skokauskas, 2012; Valera et al., 2017) y funcionales (Arnsten y Rubia, 2012; Norman et al., 2016; Rubia et al., 2014) de las redes cerebrales (De la Fuente et al., 2013).

De acuerdo con Bush et al. (2018) y Konrad y Eickhoff, (2020), estas anomalías frontales se relacionan con el deterioro comportamental, cognitivo, afectivo y motor, característicos de la sintomatología asociada al TDAH. Un ejemplo de ello lo determina un estudio llevado adelante por Bonath et al. (2018), quienes, por medio de una imagen tomada a través de una resonancia magnética, evidenció que el volumen de sustancia gris en los adolescentes con TDAH se encuentra significativamente más reducido que en comparación a los grupos de control.

Las zonas de afección de materia gris respondieron a la corteza cingulada anterior, la corteza occipital, bilateral hipocampo/amígdala, y regiones extensas del cerebelo.

Además, se determinó que existe, en los niños con TDAH, un adelgazamiento cortical significativo en la corteza cingulada anterior rostral derecha (Bledsoe et al., 2013). Estas deficiencias pueden estar relacionadas con el déficit atencional del trastorno (Bonath et al., 2018).

En relación a la etiología de las conductas hiperactivas, la impulsividad y la desatención en la población infantil con TDAH, puede deberse a ciertos déficits en las funciones ejecutivas (Craig et al., 2016). Por otro lado, Barkley (1997) estableció que el TDAH presenta, como rasgo esencial, un déficit de la inhibición comportamental, derivando como consecuencia un incremento en el deterioro de las funciones ejecutivas, relacionadas con:

- La memoria de trabajo no verbal.
- La internalización del habla.
- Autorregulación de las emociones, de la motivación y de los mecanismos excitatorios.
- Reconstitución

Esta teoría, se encuentra avalada por estudios que determinaron los mismos resultados en relación a la participación de la inhibición (Frazier et al., 2017; Hervey et al., 2017; Rapport et al., 2018; Sonuga-Barke et al., 2022), con deficiencias en la memoria de trabajo no verbal y verbal (Frazier et al., 2017; Hervey et al., 2017; Khaledi et al., 2019; Rapport et al., 2018), dificultades en la interiorización del habla (Berk y Potts, 2021; Winsler et al., 2020), dificultades para la autorregulación (Barkley, 2012), y la planificación (Clark et al., 2020; Frazier et al., 2017; Khaledi et al., 2019; Klorman et al., 2020; Rapport et al., 2018) en niños y adolescentes con TDAH, mientras que otros estudios han cuestionado la relevancia de las funciones ejecutivas dentro de esta sintomatología (Boonstra et al., 2018; Doyle et al., 2020; Nigg y Casey, 2018; Trani et al., 2021; Willcutt et al., 2018; Wodka et al., 2018).

Además del papel relevante de las funciones ejecutivas, estudios han demostrado que es posible que otras funciones cognitivas se vean afectadas como parte del grupo de manifestaciones del TDAH. En este sentido, el estado de alerta demuestra un deterioro significativo (Abramov et al., 2019; Cao et al., 2018; Van Zomeren y Bouwer, 2016).

Además, se registran alteraciones relacionadas a una mayor sensibilización ante la distracción (Adams et al., 2019; Fassbender et al., 2019; Gumenyuk et al., 2018), deficiencias en la atención selectiva (Zimmermann et al., 2019), en la flexibilidad cognitiva (Boonstra et al., 2018; Hervey et al., 2017; Willcutt, et al., 2018) y deficiencias en la inhibición conductual (Alderson et al., 2017; Iftita y Supra, 2018; Lijffijt et al., 2018; Lipszyc y Schachar, 2020; Skogan et al., 2014; Wright et al., 2014).

De acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), las alteraciones del estado de alerta y la elevada vulnerabilidad a la distracción, son características propias del TDAH, hecho que fue comprobado por los estudios de Abramov et al. (2019), Cao et al. (2018), Fassbender et al. (2019) y Gumenyuk et al. (2018). En relación a la distracción, Adams et al. (2019) llevaron adelante un estudio que consistió en examinar este factor en personas con TDAH, desde la realidad virtual, empleando como recurso, distractores visuales y auditivos que simulaban estímulos de la vida real. Los resultados del estudio concluyeron que estos estímulos distractores produjeron alteraciones significativas en los niños con TDAH, en comparación al grupo de control.

Los estudios que llevaron adelante el análisis de las afecciones de la atención dividida, la flexibilidad cognitiva y el control inhibitorio, determinaron que existen anomalías significativas en estas funciones en los niños y jóvenes con TDAH, en comparación a los respectivos grupos de control bajo desarrollo normotípico (Elosúa et al., 2017; Iftita y Supra, 2018; Irwin et al., 2019; Lijffijt et al., 2018; Linterman y Weyandt, 2021; Lipszyc y Schachar, 2020; Rapport et al., 2018; Skogan et al., 2014; Wright et al., 2014).

1.5. Tratamientos

Dentro de los tratamientos con mayor eficacia en la reducción de la sintomatología propia del TDAH, es el tratamiento farmacológico, dentro de los cuales, los fármacos más empleados han sido objeto de múltiples estudios que garantizan la adecuada seguridad ante su administración en niños y adolescentes.

Estudios como el realizado por Alda et al. (2015) evidencian que la prevalencia del TDAH se sitúa en un rango de aproximadamente el setenta al ochenta por ciento de

los individuos afectados bajo tratamiento farmacológico, han respondido positivamente. Estos resultados se relacionan con el grado de seguridad y eficacia del fármaco empleado, pues cada uno de ellos desencadena un nivel de agresión a los síntomas, que se relaciona con el tipo de administración y dosis empleada. De esta manera, la implementación farmacológica como tratamiento, desencadena consecuencias positivas en el desempeño escolar, en los tratamientos pedagógicos y psicológicos y en las relaciones sociales.

Por lo tanto, como parte de los diferentes abordajes, la farmacología administrada para el tratamiento de los síntomas del trastorno en cuestión necesita el uso de medicamentos simpaticomiméticos que actúan sobre la función del Sistema Nervioso Central (Alda et al., 2015). Su adecuado estudio previo (considerando características individuales, ambientales, fisiológicas, etiológicas) determinan el tipo de administración, fármaco y dosis recomendada, además de los estudios que avalan su seguridad, permiten que el tratamiento farmacológico sea eficaz y seguro, permitiendo la minimización de las consecuencias de la sintomatología asociada al TDAH (Alda et al., 2015).

Para abordar el trastorno del TDAH, existen dos variables de fármacos estimulantes que fueron aprobados por la comunidad científica, para abordar dicho trastorno como las anfetaminas y el metilfenidato; sin embargo, el efecto que estos medicamentos tienen en el cuerpo continúa siendo estudiada en la actualidad. Empero, se conoce que tanto el metilfenidato como las anfetaminas, producen consecuencias en los índices dopaminérgicos y noradrenérgicos en la comunicación y propagación de señales nerviosas a nivel celular. Por un lado, el metilfenidato interfiere en la absorción de dopamina en la terminal, provocando un aumento de las monoaminas. Por otro lado, las anfetaminas, ocasionan la supresión, a nivel presináptico, de la producción del neurotransmisor. Dentro de las anfetaminas, las que se conocen por su alta solubilidad en agua (o conocidas como de liberación sostenida), son eficaces para los tratamientos en niños gracias a la facilitación de su ingesta y su efecto sostenido por 24h, factor que impide efectos reactivos y abusos (García Ron et al., 2015).

Sin embargo, estudios realizados por Faraone (2012) y May y Kratochvil (2020a), concluyeron que los medicamentos que contienen anfetaminas generan resultados más potentes en relación con aquellos formulados con metilfenidato,

presentando efectos secundarios comparables en ambas categorías de medicamentos. En este sentido, un estudio realizado por Coghill (2013), determinó que el factor combinado de ambos fármacos demostró mayor nivel de eficacia, pues se observó un avance sustancial en comparación con las terapias de conducta, las cuales se distinguen por evidenciar el rendimiento en sus manifestaciones clínicas relacionados con alteraciones ansiosas o el trastorno de desafío y oposición.

En general, la psicoterapia como tratamiento único e independiente no se estima efectiva para aliviar las principales manifestaciones del TDAH. Sin embargo, puede ser útil para abordar las manifestaciones vinculadas a trastornos adicionales que afectan el desempeño habitual del individuo. En ciertos momentos del proceso de intervención, se requiere la intervención terapéutica, especialmente en situaciones excepcionales que pueden causar conflictos en el infante o en la familia. En algunas ocasiones, es imperativo que la psicoterapia se realice de manera más rigurosa, especialmente en adolescentes diagnosticados en etapas avanzadas con TDAH. Esta aproximación se respalda por el requerimiento de proporcionar estímulos más potentes, que se van atenuando gradualmente y se convierten en elogios y apoyos del entorno. Asimismo, al alterar ciertas acciones, se generan modificaciones en diferentes aspectos, lo que incrementa los estímulos positivos del exterior y promueve la autoestima, la autorregulación y una actitud favorable del entorno del individuo (Quintero-Gutiérrez del Álamo et al., 2009).

La terapia conductual se basa en la premisa de que es posible modificar el comportamiento de niños y adultos al intervenir de manera directa en él por medio de vínculos apropiados. Este abordaje se sustenta en la concepción de que nuestras acciones están determinadas por los efectos que experimentamos. El objetivo principal es controlar los resultados de la conducta para adquirir la forma correcta de realizar las acciones. Los pacientes que se someten a esta terapia experimentan beneficios como: mayor atención e incremento en el desempeño educativo, mayor regulación de la conducta motora exagerada y un avance en la comunicación interpersonal a través del control de la impulsividad (Jensen et al., 2001).

Estudios posteriores revelaron que las técnicas de neurofeedback pueden contribuir a disminuir los síntomas relacionados con el TDAH (Fox et al., 2005).

Aunque aún no se ha demostrado de manera concluyente su efectividad, se han llevado a cabo estudios clínicos rigurosamente controlados al respecto (Fuchs et al., 2003).

La estimulación cognitiva es otro de los tratamientos psicoterapéuticos existentes, refiriendo este a la implementación de métodos, estrategias y ayudas para permitir que las personas con deficiencias en una o diversos aspectos cognitivos alcancen un rendimiento ideal de rendimiento en dichas áreas. En épocas recientes, ha habido un creciente interés en la activación y restauración de las habilidades mentales, particularmente en individuos con daño cerebral (Ríos-Lago et al., 2007).

La estimulación cognitiva se realizaba tradicionalmente a través de ejercicios escritos y, con el apoyo de tecnología informática, lo cual involucra el uso de capacidades intelectuales. En el caso del TDAH, estas metodologías ofrecen un enfoque adicional para mejorar las facultades afectadas, lo que puede fortalecer los efectos a corta vista obtenidos con otras intervenciones (Stefanatos y Baron, 2007).

Justificación

Existen diversos enfoques terapéuticos que buscan mejorar los síntomas asociados al TDAH integrados en el avance del bienestar personal. En el ámbito sanitario, se han llevado a cabo diversas investigaciones demostrando los efectos favorables de la aplicación de terapias psicoterapéuticas. Esta situación requiere realizar una revisión exhaustiva que permita ofrecer un resumen de los hallazgos científicos más destacados sobre este tema

Es por ello que, con esta investigación, se pretende realizar un estudio que evalúe los principales tratamientos estudiados durante los últimos cinco años en España, para abordar las necesidades de los niños y adolescentes diagnosticados con TDAH. Empero, para conseguir analizar los efectos de los diferentes abordajes en el tratamiento de la sintomatología del TDAH, es necesario considerar variables relevantes que giran en torno a la conceptualización del trastorno, como son el diagnóstico y su evolución, los porcentajes de prevalencia en la actualidad, las manifestaciones clínicas del trastorno.

Siguiendo esta línea, se observa que actualmente, los estudios demuestran la inexistencia de un tratamiento que represente una cura para el TDAH. Sin embargo, los

diferentes abordajes que las áreas de la salud ofrecen para el manejo de la sintomatología asociada al trastorno, permiten mejorar la calidad de vida de las personas con TDAH a largo plazo.

Por lo tanto, esta revisión sistemática cuenta con relevancia práctica, ya que permite la identificación de las características de los tratamientos con mejores resultados en el mejoramiento de la sintomatología propia del TDAH en niños y adolescentes. Además, tiene relevancia social, ya que permitirá que la población estudiada se beneficie en la adecuada adhesión a los tratamientos, identificando el que mejor se adecúe a cada situación en particular. Este trabajo brinda un análisis de los datos más recientes en relación al TDAH, debido a que el trastorno es considerado un factor en constante evolución, ya que, si bien se crearon protocolos diagnósticos para su evaluación, es permanentemente estudiado debido a las características individuales de cada sujeto con TDAH que difieren entre sí.

Para abordar esta investigación, se plantea el siguiente interrogante: ¿Qué información ofrecen los últimos aportes en cuanto a los hallazgos de la implementación de las diferentes intervenciones en menores y jóvenes diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad?

Objetivos

1.2.Objetivo General

Identificar los tratamientos que, a la actualidad, registran mejores resultados en el abordaje de las necesidades de la población infanto-juvenil con TDAH, con principal interés en aquellos que se desarrollan desde la Psicología Clínica.

1.3.Objetivos Específicos

- Indagar sobre los tratamientos actuales que registran mejores resultados de efectividad en el abordaje de las necesidades de los niños, niñas y adolescentes con TDAH.
- Determinar la relevancia de la intervención desde la Psicología Clínica en los tratamientos actuales.

- Establecer qué tipo de tratamiento individual o en combinación favorece, por sobre otros, la sintomatología clínica, el mejoramiento de la calidad de vida y los vínculos sociales.

Metodología

A través de esta revisión sistemática, se realiza una recopilación de los avances expertos en el campo publicados en los últimos cinco años, que determinen la relación existente entre la eficacia de los tratamientos actuales en España y el alivio de los síntomas que presentan los niños y jóvenes con TDAH, así como sus aportes en el mejoramiento de la calidad de vida y en los vínculos sociales. Por lo tanto, Las dimensiones de análisis consisten en: a) principales tratamientos para el TDAH; b) niños, niñas y adolescentes con TDAH; c) resultados de los tratamientos para el TDAH; d) características de los tratamientos; e) importancia de los abordajes que se emplean desde la Psicología Clínica, f) principales fármacos empleados en el alivio de los síntomas del TDAH (en caso de que exista).

Con el propósito de realizar esta evaluación sistemática, se utiliza como herramienta la metodología PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Este enfoque implica la implementación de una secuencia de etapas por mediante las que se busca alcanzar los próximos propósitos:

- Determinar la cuestión de investigación mediante la elaboración de una pregunta.
 - Examinar la información recopilada.
 - Determinar la fiabilidad de los datos obtenidos.
 - Organizar de manera secuencial la información obtenida.
 - Realizar una síntesis.
 - Presentar datos concluidos.

En consecuencia, se establecerán los parámetros de selección y los criterios de exclusión e inclusión que posibilitará la segmentación de las referencias bibliográficas con mayor nivel de significación (Page et al., 2021). Después de recopilar los registros

relevantes, se llevará a cabo un análisis exhaustivo de los hallazgos para identificar los elementos que necesitan un examen adicional y las visiones a futuro que se pueden extraer de la presente revisión. Con este propósito, se crea un esquema visual y un protocolo de respuesta basado en la pregunta PICO (Tabla 1).

Tabla 1: generación de la pregunta PICO

Pregunta PICO			
Población	Intervención	Comparación	Resultados
Población infanto-juvenil diagnosticada con TDAH	Ensayos clínicos aleatorizados (ECA) o estudios ex post facto retrospectivo, publicaciones de fuentes académicas de relevancia y alta repercusión, con las designaciones ISSN y proyectos de tesis doctoral avalados por instituciones académicas.	Ensayos con grupos de comparación con TDAH y ensayos de grupos de comparación sin TDAH	Pruebas de eficacia (o beneficios) de diferentes tratamientos para el TDAH
Pregunta PICO	¿Cuáles son los principales tratamientos de Niños y adolescentes con diagnóstico de TDAH que registran como eficaces, establecidos en los estudios científicos más recientes?		

Con el fin de clarificar los objetivos que orientan este trabajo, se plantea la necesidad de responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son las características de las intervenciones terapéuticas en población infanto-juvenil, con énfasis en las intervenciones de la Psicología Clínica?

- ¿Cuáles son los beneficios de los tratamientos que existen en la actualidad para niños y jóvenes con TDAH?
- ¿Cuáles son los tratamientos actuales con mayor eficacia en el abordaje de los síntomas del TDAH en niños y jóvenes?

1.4.Muestra

Se determina realizar la muestra en relación a artículos científicos, validados empíricamente como fuentes de alto impacto, y publicaciones con aval universitario. Los documentos a seleccionar consistirán en estudios controlados (con y sin aleatoriedad muestral), artículos de actualización, investigaciones exploratorio-descriptivas. No se incluyen en esta revisión otras revisiones sistemáticas o meta-análisis. Las publicaciones a seleccionar deben haber sido redactadas en idioma inglés o español, efectuadas durante los últimos cinco años. Estos factores servirán de marco para la exploración de fuentes de información con el fin de abordar los propósitos establecidos en este estudio.

1.1. Fase Inicial: Criterios de Inclusión y Exclusión

Como primera medida, se establecen los criterios de inclusión y exclusión que delimitarán la selección posterior de los artículos tras el proceso de búsqueda.

Tabla 2:

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión y Exclusión		
	Inclusión	Exclusión
Participantes	Población infanto-juvenil con TDAH.	Individuos diagnosticados con TDAH de 20 años en adelante
	Población con TDAH en terapia.	Existencia de otros trastornos subyacentes o clínicos.

	Evaluado a través de cuestionarios de autoevaluación o instrumentos de evaluación validados (CIE y DSM).	Ausencia de evaluación diagnóstica o sintomatológica mediante escala de autoinforme o pruebas diagnósticas validadas (CIE o SM).
Intervención	Factores externos al TDAH y al tratamiento farmacológico.	-----
	Estudios clínicos aleatorios publicados.	Investigaciones sin traducción al inglés disponibles públicamente.
Tipos De Estudios	Análisis retrospectivos ex post facto. Artículos de revistas científicas de renombre con los registros ISSN. Trabajos de doctorado respaldados por instituciones académicas	Revisiones sistemáticas, bibliográficas.
Otros	Artículos científicos desde 2012 a 2022	Contribuciones empíricas previas a 2012
Medidas De Resultados	Diagnóstico previo de TDAH. Tipo de tratamiento Eficiencia de los tratamientos	No presentar resultados donde hay ausencia de parámetros.

1.5.Segunda Fase: Fuentes de Información

Para esta revisión, se realiza una búsqueda a través de fuentes de información como PubMed, WOS y SCOPUS. El objetivo es encontrar evidencia respaldada empíricamente y que esté publicada en documentos influyentes. Con el fin de llevar a cabo esta investigación, se emplearon los siguientes términos DEC/MeSH según la

base de datos proporcionada por la Organización Panamericana de la Salud¹. Para publicaciones en español se seleccionaron los DECs: “*TDAH*”, “*tratamiento*” (Terapéutica [E02]), “*Técnicas Psicológicas* [E05.796]”, “*Tecnología Farmacéutica* [E05.916]”, “*medicinas tradicionales, complementarias e integrativas* [mt]”, “*niños*”, “*adolescentes*”. Para las publicaciones en inglés, se seleccionaron los términos MeSH: “*ADAH*”; “*treatment*”, “*psychological techniques*”, “*technology, Pharmaceutical, traditional, complementary and integrative medicines*”, “*children*”, “*adolescents*”. Además, se emplearon los operadores booleanos “AND” “NOT” y “OR”.

Los filtros empleados consisten en: artículos publicados entre los años 2019 y 2023; muestras compuestas de manera exclusiva por población infanto-juvenil menores de 18 años de edad; se excluyeron estudios en los que la muestra se componga de adultos, y artículos con acceso restringido. Para reforzar y afinar la búsqueda, se pusieron en marcha el empleo de los filtros de búsqueda y sus respectivos operadores booleanos bajo la combinación de las palabras clave, quedando establecidas las combinaciones definitivas de los elementos mencionados en los motores de búsqueda empleados de la siguiente manera:

Para PUBMED:

(((((ADAH [MeSH Terms]) AND (treatment [MeSH Terms])) AND (psychological techniques [MeSH Terms])) OR (technology, Pharmaceutical, traditional, complementary and integrative medicines [MeSH Terms])) AND (children [MeSH Terms])) AND (adolescents))

Para SCOPUS:

(TITLE (ADAH) OR TITLE (treatment AND psychological techniques) OR TITLE (technology, Pharmaceutical, traditional, complementary and integrative medicines AND children) AND (adolescents))

Para WOS:

¹ Descriptores de Ciencias de la Salud. Consultado en abril de 2023, disponible en <https://decs.bvsalud.org/es>

((((TI=(ADAH)) OR TI=(TDAH)) AND TI (treatment)) OR TI=(psychological techniques))) AND AB=(children teenagers))

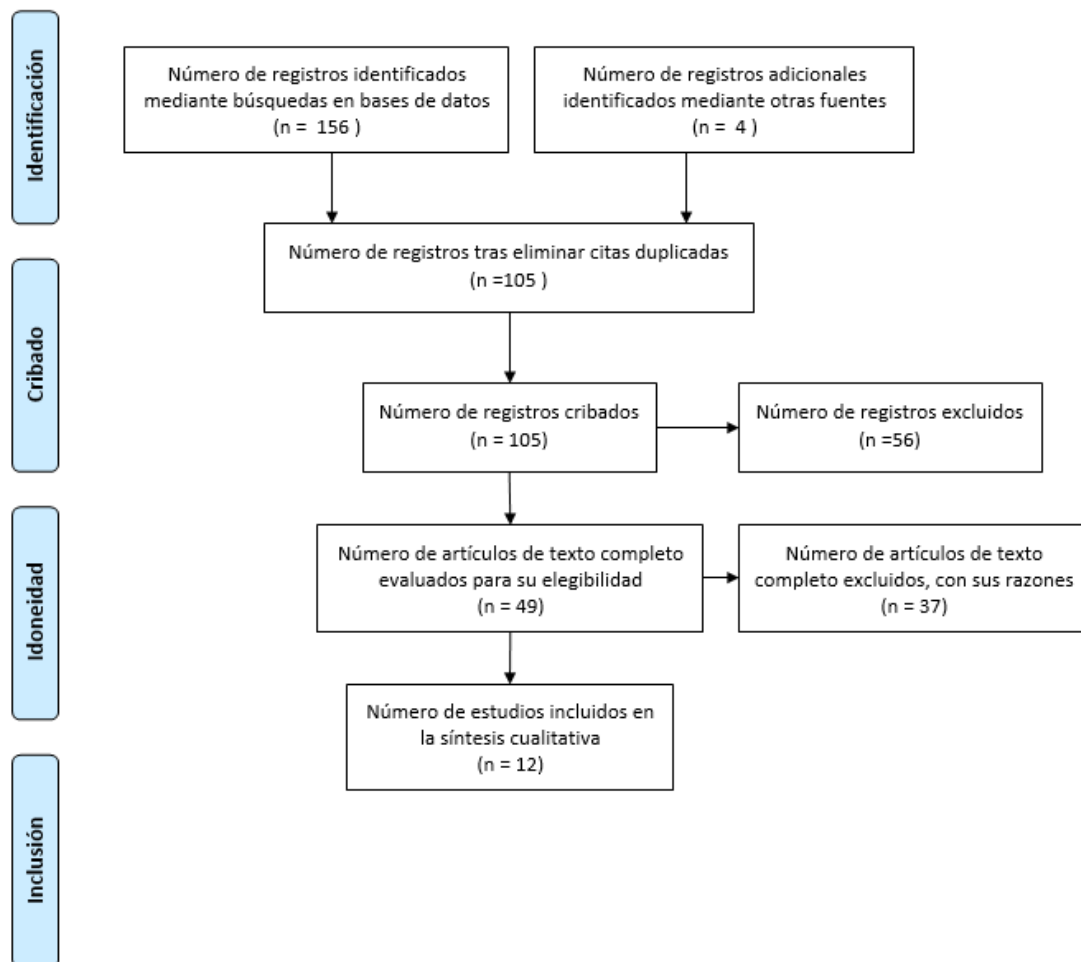
Para la selección de los artículos de las diferentes bases de datos, inicialmente se realizó la recolección y organización de los mismos en el programa Zotero, versión 6.0.19 para Windows, donde se dio paso a eliminar los duplicados y seguidamente exportar el resto de los artículos a formato Excel. En principio, se realizó un cribado donde se eliminaron aquellos artículos en base a una lectura de los títulos y resúmenes siguiendo los criterios de elegibilidad mencionados en el apartado anterior. Posteriormente, se llevó a cabo la lectura minuciosa a texto completo de los artículos resultantes y se tuvieron en cuenta asimismo las listas de referencias de aquellos artículos que cobraban especial importancia en el tema de estudio con el objetivo de revisar otros artículos que pudieran contribuir a la calidad de la revisión actual.

Resultados

Después de completar la etapa inicial de la fase de rastreo, se obtuvo un total de ciento sesenta estudios. Seguidamente, luego de descartar fuentes repetidas, el análisis del encabezado y resumen y la posterior revisión a texto completo, se seleccionaron 12 artículos correspondientes a estudios primarios para el análisis de datos de carácter cualitativo como se muestra en la figura uno.

Los elementos que condujeron a la inhabilitación estuvieron vinculados con la etapa de vida de los sujetos que componen la muestra total, el lenguaje y la restringida accesibilidad a los archivos.

Figura 1:
diagrama flujo



La extracción de la información se llevó a cabo a la luz de los objetivos determinados para esta revisión. Los datos quedan analizados y secuenciados en relación a cada estudio seleccionado, en las Tablas 3 y 4, exponen una síntesis de las principales características de los estudios revisados sistemáticamente.

Tabla 3:

Características de los estudios primarios: diseño, muestra, características de las intervenciones

Autor y año	Diseño	Características de la muestra	Grupos de intervención y control	Intervención
-------------	--------	-------------------------------	----------------------------------	--------------

López-López (2021)	analítico retrospectivo	82 Niños y niñas con TDAH de entre 6 y 18 años de edad	G1=niños con tratamiento farmacológico G2=niños con otros tratamientos	estudio preliminar, analítico, retrospectivo para describir la terapéutica del TDAH en la práctica clínica habitual
Zabala (2021)	Análisis post hoc de ensayos controlados aleatorios (ECA)	Pacientes con TDAH Niños y jóvenes de entre 6 y 20 años	G1=Tratamientos Psicológicos G2= tratamiento farmacológico	Evaluación de Seguimiento
May y Kratochvil (2020 b)	Análisis post hoc de ensayos controlados aleatorizados	Población infanto-juvenil diagnosticada con TDAH	Jóvenes de edad media= 11,7 ± 2,2 con TDAH	Eficacia de las intervenciones farmacológicas y las relacionadas con la psicología clínica
Cardo et al., (2019)	analítico retrospectivo	Niños y adolescentes con TDAH	G1=Tratamientos Psicológicos G2= tratamiento farmacológico	Descripción de las diferencias entre los tratamientos psicológicos y los medicamentos anfetamínicos.
Coghill et al., (2020)	Análisis post hoc de ensayos controlados aleatorios (ECA)	Tres variables de respuesta. Se estudiaron 6 EC con LDX población infanto-juvenil con TDAH.	Población muestra receptora de dosis: 30-70 mg/día. Dosis fija: 70 mg/día de LDX.	Ensayos a corto y largo plazo
Fernández Fernández (2021)	analítico retrospectivo	Niños y adolescentes con TDAH	Grupos secuenciados por tipo de tratamiento	Evolución del diagnóstico bajo los diferentes tratamientos

				-Farmacológico -Psicológico -Conductual
Alda et al., (2020)	analítico retrospectivo	Análisis descriptivo de los últimos aportes durante 2015 vinculados a los abordajes para personas con TDAH	G1=Tratamientos Psicológicos G2= tratamiento farmacológico	Evaluación actual del empleo de diferentes abordajes en tratamientos del TDAH.
García Ron (2019)	Estudio piloto cruzado, aleatorizado, doble ciego	G1: tratamiento G2: control. Niños: 6-12 años, media estimada: 9 años	Niños con TDAH	Administración inactiva con cegamiento doble
Faraone (2019)	analítico retrospectivo	Tratamientos farmacológicos entre 1937 y 2016, para TDAH.	G1=Tratamientos Psicológicos G2= tratamiento farmacológico	Análisis de recomendaciones de diferentes guías clínicas y protocolos de actuación.
Soutullo-Esperón y Álvarez-Gómez (2019)	analítico retrospectivo	Análisis retrospectivo de los últimos aportes durante 2014 vinculados al tratamiento farmacológico para personas con TDAH	G1=Tratamientos Psicológicos G2= tratamiento farmacológico	Evaluación actual del empleo de los fármacos en tratamientos del TDAH.
Perdomo de Paz (2021)	analítico descriptivo	125 niños con TDAH	Edad media: 13,8 ± 3,2	Descripción de efectos de la implementación del tratamiento farmacológico en

				pacientes de una unidad hospitalaria
Macera Tenecela (2019)	Seguimiento	235 Adolescentes con TDAH	G1= tratados con metilfenidato G2= tratados con metilfenidato y terapia conductual	Estudio de seguimiento de los resultados de los tratamientos en adolescentes con TDAH en ambos grupos de control.

Nota: AMPH EROS: anfetamina en suspensión oral de liberación prolongada; ECA: ensayo clínico aleatorizado; LDX: Lisdexanfetamin.

Tabla 4:

Autor y año	Medidas de los Resultados	Resultados	Conclusiones
		46.0% con MTF LI, 21.6% con MTF LS, 22% de liberación rápida/ 78% de liberación retardada, (MTF LS 22/78), 21.6% los niños con TDAH.	Se evidencia una correlación positiva entre la edad de inicio de tratamiento farmacológico y el tipo de fármaco que se administra a
López-López (2021)	Escala de Inteligencia de Weschler	metilfenidato de liberación sostenida 30/70 (MTF LS 30/70), 8.1% metilfenidato de liberación sostenida 50/50 (MTF LS 50/50) y 2.7% atomoxetina (ATX). 31 niños con presentación predominantemente	Se evidencian resultados de similar eficacia en tratamientos relacionados con la TCC y las diferentes etapas en función de la incorporación paulatina de las diferentes estrategias de acompañamiento. El factor combinado (fármaco +TCC) resulta el mejor tratamiento

inatenta, 29 recibieron tratamiento farmacológico en la primera consulta; a 13 (41.9%) se les recetó MTF LI, a 7 (22.6%) MTF LS 22/78, a 6 (19.4%) MTF LS 30/70, y solo a 3 (9.7%) se les administró MTF LS 50/50. Asimismo, de los 51 niños con presentación combinada, 45 recibieron tratamiento farmacológico; a 21 (46.7%) se les recetó MTF LI, a 9 (20%) MTF LS 22/78, a 10 (22.2%) MTF LS 30/70, a 2 (4.4%) ATX y a 3 (6.7%) MTF LS 50/50. Para el análisis estadístico agrupamos las distintas formulaciones de MTF LS

Zabala (2020)	Evaluación diagnóstica por DSM-V, Escala de Inteligencia de Weschler, Protocolo propio de seguimiento	Los grupos que reciben tratamientos farmacológicos registran niveles de eficacia similares en relación a otros	El tratamiento farmacológico y las TCC en niños y jóvenes con TDAH, presentan mayores niveles de eficacia en sus resultados, en
----------------------	---	--	---

		tratamientos 8:2 y 7.9 ($P < 0,01$)	comparación con otros tratamientos.
May y Kratochvil (2020)	Análisis post hoc de ensayos controlados aleatorios ECA	Los resultados demuestran un 75% de efectividad de los tratamientos farmacológicos en relación a la reducción de la hiperactividad	Los resultados se han relacionado con la implementación de terapias cognitivo conductuales de estructuración de rutinas
Cardo et al., (2019)	Descripción narrativa	Los resultados demuestran un 65% de eficacia en los tratamientos combinados en comparación con los tratamientos unimodales (45%)	Los tratamientos multimodales (medicamentosos y de otra índole) mejoran significativamente la sintomatología asociada al TDAH
Coghill et al. (2020)	Escala de valoración del TDAH IV (ADHD-RS-IV) más una puntuación de 1 o 2 en impresiones clínicas globales - mejora (CGI-I), o una puntuación total de ADHD-RS-IV de ≤ 18 .	Entre el 56,7% y el 79,9% de los participantes lograron una puntuación total de ADHD-RS-IV de ≤ 18 . Tasas de respuesta: estables	Las tasas de respuesta similares para los dos criterios de respuesta más estrictos. El criterio menos estricto resultó en tasas de respuesta más altas y puede incluir respondedores parciales.
Fernández Fernández (2021)	Descripción	Los resultados evidencian mejoras significativas en combinación de tratamientos	El tratamiento farmacológico resulta eficaz en dosis bajas y siempre acompañado de otros tratamientos

Alda et al., (2020)	Descripción	Los resultados evidencian mejoras significativas en combinación de tratamientos	El tratamiento del TDAH consiste en: psicoeducación, manejo conductual, apoyo académico y tratamiento farmacológico.
García Ron (2019)	Puntuación de SKAMP-C Puntuaciones de PERMP	Variaciones desde inicio en SKAMP-C para AMPH EROS versus placebo: estadísticamente significativos. 30' a 3hs posteriores a la dosis, los cambios desde el inicio en SKAMP-C para AMPH EROS versus placebo fueron estadísticamente significativos.	AMPH EROS: resulta de eficacia elevada en la reducción de síntomas del TDAH, 30' posteriores a su administración (mejoría en la puntuación de SKAMP-C). Las mejoras en las puntuaciones de PERMP a los 30' no fueron estadísticamente significativas. AE: leve-moderado.
Faraone (2019)	Descripción	Resultados de: España: Metilfenidato (MTF), Atomoxetina (ATX), Fármacos de segunda línea.	El tratamiento eficaz: multimodal e individualizado. En tratamiento farmacológico eficaz para el control de los síntomas principales.
Soutullo-Espe rón y Álvarez-Gómez (2019)	Descripción	Tratamiento para TDAH: 3 fases (desde abordaje individualizado)	Tratamiento farmacológico individualizado resulta eficaz para el abordaje del TDAH
Perdomo de Paz (2021)	Escalas de evaluación Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Rating Scale	La implementación de las escalas en el grupo muestra, determinan resultados eficaces en el	Si bien los estudios demuestran la alta tasa de eficacia de los tratamientos farmacológicos con

	IV (ADHD-RS-IV) y Clinical Global Impression-Severity (CGI-S) escala de Weiss (WFIRS)	tratamiento del TDAH en la población estudiada. Mejora estadísticamente significativa: 86% de eficacia en tratamientos con fármacos, 65% de eficacia otros tratamientos; 75% de eficacia en combinación	anfetaminas, la combinación de terapias también resulta de una elevada eficacia.
Macera Tenecela (2019)	Seguimiento	MTF LI: metilfenidato MTF LS: metilfenidato ATX: atomoxetina	Los resultados concluyen de liberación Inmediata; que el tipo de tratamiento combinado presenta mejor de liberación sostenida; eficacia en los resultados de la aplicación farmacológica.

Nota: ADHD-RS-IV: attention deficit hyperactivity disorder Rating Scale--IV (for Children and Adolescents): Checklists, Norms, and Clinical Interpretation; AMPH EROS: anfetamina en suspensión oral de liberación prolongada; ATX: Atomoxetina; CGI-I: índice clínico global; MTF LI: Metilfenidato de liberación inicial; MTF LS: Metilfenidato de liberación sostenida; PERMP: Permanent product measure of performance. SKAMP-C: Swanson, Kotkin, Agler, M-Flynn, and Pelham Scale para niños; TCC: terapia cognitivo conductual

Discusión

A comienzo de este trabajo, nos propusimos identificar los tratamientos que, en la actualidad, registran mejores resultados en el abordaje de las necesidades de la población infanto-juvenil con TDAH, con principal interés en aquellos que se desarrollan desde la Psicología Clínica. Para ello fue necesario establecer los siguientes objetivos específicos: indagar sobre los tratamientos actuales que registran mayores resultados de efectividad en el abordaje de las necesidades de los niños, niñas y adolescentes con TDAH; determinar la relevancia de la intervención desde la Psicología

Clínica en los tratamientos actuales; establecer qué tipo de tratamiento individual o en combinación favorece, por sobre otros, la sintomatología clínica, el mejoramiento de la calidad de vida y los vínculos sociales. De estos objetivos, se desprenden las siguientes preguntas de investigación a las que daremos respuesta como recurso de discusión entre los autores seleccionados.

¿Cuáles son las características distintivas de los programas de intervención para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) enfocados en niños y adolescentes, haciendo hincapié en aquellos ofrecidos por los psicólogos clínicos?

Las características principales de los tratamientos derivados de la psicología clínica se relacionan con el abordaje cognitivo conductual, siendo esta terapia la que registra mayor relevancia en sus resultados (May y Kratochvil, 2020a).

Las terapias cognitivo-conductuales (TCC) se centran en abordar aspectos psicológicos por medio de la modificación o ajuste de ciertas conductas, ya que este abordaje considera que la manera en la que se estructuran los pensamientos, genera como consecuencia ciertas conductas patológicas. El objetivo principal de este abordaje es que la persona pueda realizar una revisión cognitiva de las conductas que lleva a cabo, comprenderlas y desde allí establecer nuevas conductas sanas que le permitan mejorar la calidad de vida (Zabala, 2020).

El terapeuta debe acompañar al paciente en el proceso de descubrimiento de su pensamiento funcional e irracional, en la realización de una comprobación en la realidad de la manera en la que funciona ese pensamiento, determinar qué conductas desencadena y desde allí construir técnicas que permitan la adaptación funcional del paciente ante los acontecimientos que se susciten en su vida diaria, además de generar conductas saludables que impacten de manera positiva en su estado psicológico y mejore así su calidad de vida.

Sin embargo, la TCC puede establecerse en una serie de etapas en función de la incorporación paulatina de las diferentes estrategias de acompañamiento (López-López, 2021).

- Etapa 1: evaluación y adherencia al tratamiento.
- Etapa 2: módulos de terapia activa.

- Etapa 3: prevención de recaídas.

A su vez, la segunda etapa (de nódulos de terapia activa), deben implementarse con cierta flexibilidad y de manera individualizada. Para ello, Lopez Lopez (2021), propone una serie de acciones vinculadas a algunas áreas específicas, las cuales son:

- Actividad reducida, es decir, diseñar estrategias simples de intervención que permitan a las personas, aumentar su actividad diaria. Se denominan también estrategias de activación conductual, e incluyen el monitoreo de las propias actividades diarias, evaluar cada una de ellas en función de su dominio y el grado de satisfacción que desencadenan.
- Perturbación del funcionamiento social, es decir, mejorar aspectos vinculados a incrementar la frecuencia y realización de actividades placenteras, el mejoramiento de habilidades sociales y asertividad, reducir el retraimiento social, incrementar el apoyo y acompañamiento social.

¿Cuáles son los beneficios de los tratamientos que existen en la actualidad para niños y jóvenes con TDAH?

Los tratamientos actuales que da mayor beneficio a los niños y adolescentes con TDAH en relación a su eficacia se relacionan con tratamientos psicológicos y psicopedagógicos. Los primeros, incluyen la Terapia Cognitivo Conductual, el abordaje psicoeducativo, la terapia cognitiva y el entrenamiento de habilidades sociales. Los abordajes psicopedagógicos incluyen en intervenciones dentro del contexto escolar vinculadas específicamente al aprendizaje, con objetivos claros en educación, formación docente y vínculos sociales (Alda et al., 2020; Cardo et al., 2019)

¿Cuáles son los tratamientos actuales con mayor eficacia en el abordaje de los síntomas del TDAH en niños y jóvenes individuales o en combinación?

Aunque los tratamientos basados en anfetaminas son efectivos para mitigar los síntomas asociados al TDAH, algunos de los estudios examinados sugieren la importancia de adoptar enfoques multimodales y personalizados que incluyan la psicoeducación tanto para el paciente como para su familia (Soutullo-Esperón y Álvarez-Gómez, 2019).

La combinación con tratamientos psicológicos y neuroconductuales, permiten una mayor adherencia al tratamiento farmacológico y su control en relación a la relación dosis/dependencia (Fernández Fernández, 2021; Macera Tenecela, 2019; Perdomo de Paz, 2021).

Estudios como los desarrollados por Escobar et al. (2019), Moreno Fontiveros et al. (2015) y Miranda et al. (2015), han determinado una serie de factores que intervienen en la adecuada elección del tipo de tratamiento para cada persona con TDAH, a modo de evaluación y abordaje individualizado. Estos factores son:

- Comorbilidad.
- Posibles efectos indeseables: disminución del apetito, dificultad para conciliar el sueño, aparición de tics y riesgo de abuso de medicación.
- Las preferencias de las familias.
- La necesidad de abordajes relacionados con las Habilidades Básicas de la Vida diaria.
- El tiempo de tratamiento, la premura de acción, los requisitos de autorización para el medicamento y el aspecto económico,
- Las variables individuales y personales de cada persona con TDAH, así como las características del trastorno.
- Las características farmacológicas, ambientales, o la situación del paciente.
- El tipo de seguimiento del tratamiento para un ajuste adecuado.

En cuanto a las consecuencias del empleo de fármacos, ya sea en combinación o en abordaje multimodal, el estudio llevado a cabo por Escobar et al. (2019) sostiene que las consecuencias negativas más frecuentes halladas en los efectos farmacológicos se relacionan con un diagnóstico inadecuado del TDAH, la inexistencia de una evaluación detallada de los factores mencionados anteriormente, y la no adherencia al tratamiento.

Los estudios hallados evidencian que el tratamiento con anfetaminas resulta, en la actualidad, el abordaje que registra un resultado significativo en comparación con otras intervenciones (Childress et al., 2019). Por otro lado, estudios como el realizado por Catala-López et al. (2015) sostienen que el tratamiento farmacológico con anfetaminas resulta el método con mayor eficacia en relación a otros abordajes,

reduciendo significativamente los síntomas característicos del TDAH. En este sentido, resulta necesaria la elección del fármaco específico para cada caso individualizado, ya que esto garantiza el éxito del tratamiento.

Según estudios recientes, los fármacos más empleados en los tratamientos con anfetaminas son (López-López, 2019; Macera Tenecela, 2019; Rodríguez González et al., 2019): MTF de liberación retardada, MTF de liberación sostenida, MTF de liberación inmediata, ATX, LDX, AMPH-EROS, D-MPH, y AMP. Para estos casos, estudios como el de Faraone (2012) establecen que cada fármaco debe ajustarse a las necesidades de cada niño y del tipo de TDAH diagnosticado. En su estudio establece que el fármaco más utilizado es el MTF en sus diferentes grados de liberación al organismo. Este fármaco mejora la sintomatología y los rasgos de comportamiento, sin evidencia de distinción entre sexos, edad o subtipos.

Los fármacos empleados para el tratamiento del TDAH que han demostrado mayor eficacia son D-MPH, AMPH, LDX, siendo este último el que demuestra mejores resultados (Miranda et al., 2015). La comprensión clínica de las disparidades en la forma en que actúan, se procesan y se metabolizan el MTF y el AMP, puede emplearse para adaptar el tratamiento y mejorar la eficacia en cada caso de manera individualizada. (Faraone, 2012).

Sin embargo, el estudio realizado por López-López (2021) sostiene que existe una correlación directa entre la edad de inicio del tratamiento farmacológico y el tipo de medicamento escogido, esto puede deberse a que la elección del tipo de fármaco debe ajustarse a las necesidades del niño.

Conclusión

En vista de lo expuesto, este estudio concluye que el abordaje multimodal, es decir la combinación de una estrategia cognitiva conductual aplicada desde la psicología clínica y un tratamiento farmacológico adecuado, garantiza la eficacia de las intervenciones que atienden a las necesidades de los niño y adolescentes con TDAH para el alivio de los síntomas, el mejoramiento de la calidad de vida y el fortalecimiento

de los vínculos sociales, así como un adecuado proceso de acompañamiento en el aprendizaje escolar.

Glosario de Abreviaturas

ADHD-RS-IV: Escala de calificación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad - IV (para niños y adolescentes): listas de verificación, normas e interpretación clínica, en su versión en inglés.

AMPH-EROS: anfetamina suspensión oral de liberación prolongada.

AMP: anfetamina y dextroanfetamina.

ATX: Atomoxetina.

CGI-I: índice clínico global.

DMPH: d-metilfenidato.

ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado.

LDX: Lisdexanfetamina.

MTF-LI: Metilfenidato de liberación inicial.

MTF-LS: Metilfenidato de liberación sostenida.

PERMP: Medida permanente del rendimiento del producto, en sus siglas en inglés.

TCC: Terapia Cognitivo Conductual.

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Bibliografía

Abramov, D., Cunha, C., Galhanone, P., Alvim, R., de Oliveira, A., y Lazarev, V. (2019)
Neuropsychological and behavioral correlates of alertness impairment and

compensatory processes in ADHD evidenced by the Attention Network Test. *PLoS ONE* 14, e0219472.

Adams, R., Finn, P., Moes, E., Flannery, K., y Rizzo, A. (2019). Distractibility in Attention/Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): The virtual reality classroom. *Child. Neuropsychol.* 15, 120–135.

Alda, J.A., Serrano, E., Ortiz, J., y San, L. (2015). *El TDAH y su Tratamiento*. Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil Hospital Sant Joan de Déu.

Alderson, R. M., Rapport, M. D., & Kofler, M. J. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder and behavioral inhibition: A meta-analytic review of the stop-signal paradigm. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(5), 745-758. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9131-6>

American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Arnett, A. B., Pennington, B. F., Willcutt, E. G., DeFries, J. C., & Olson, R. K. (2015). Sex differences in ADHD symptom severity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 56(6), 632-639. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12337>

Arnsten, A. F. T., & Rubia, K. (2012). Neurobiological circuits regulating attention, cognitive control, motivation, and emotion: Disruptions in neurodevelopmental psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(4), 356-367. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.01.008>

Barkley, R. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol. Bull.* 121, 65–94.

Barkley, R. (2012). *Executive Functioning and Self-Regulation: Extended Phenotype, Synthesis, and Clinical Implications*. Guilford.

Benton, A. (2021). Prefrontal injury and behavior in children. *Dev. Neuropsychol.* 7. 275–282.

- Berk, L., y Potts, M. (2019). Development and functional significance of private speech among attention-deficit hyperactivity disorder and normal boys. *J. Abnorm. Child Psychol*, 19, 357–377.
- Bledsoe, J., Semrud-Clikeman, M., y Pliszka, S. (2013). Anterior cingulate cortex and symptom severity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J. Abnorm. Psychol.* 122, 558–565.
- Bonath, B., Tegelbeckers, J., Wilke, M.; Flechtner, H.H.; y Krauel, K. (2018). Regional Gray Matter Volume Differences Between Adolescents with ADHD and Typically Developing Controls: Further Evidence for Anterior Cingulate Involvement. *J. Atten. Disord.* 7, 627–638.
- Boonstra, A., Oosterlaan, J., Sergeant, J., y Buitelaar, J. (2018). Executive functioning in adult ADHD: A meta-analytic review. *Psychol. Med.* 35, 1097–1108.
- Bush, G., Valera, E., y Seidman, L., (2018) Functional neuroimaging of attention deficit/hyperactivity disorder: A review and suggested future directions. *Biol. Psychiatry*, 57, 1273–1284.
- Cao, Q., Zang, Y., Zhu, C., Cao, X., Sun, L., Zhou, X., y Wang, Y. (2018). Alerting deficits in children with attention deficit/hyperactivity disorder: Event-related fMRI evidence. *Brain Res.* 1219, 159–168.
- Cardo, E., Servera, M., Vidal, C., de Azua, B., Redondo, M., y Riutort, L. (2019). Influencia de los diferentes criterios diagnósticos y la cultura en la prevalencia del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol.* 52 (1) 109-117.
- Catala-Lopez F, Hutton B, y Nunez-Beltran, A. (2015). The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: protocol for a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Systematic Rev* 4 (19) 123-136.
- Childress, A. C., Kando, J. C., King, T. R., Pardo, A., & Herman, B. K. (2019). Early-Onset Efficacy and Safety Pilot Study of Amphetamine Extended-Release Oral Suspension in the Treatment of Children with

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 29(1), 2-8. <https://doi.org/10.1089/cap.2018.0078>

Clark, C., Prior, M., y Kinsella, G. (2020), Do executive function deficits differentiate between adolescents with ADHD and oppositional defiant/conduct disorder? A neuropsychological study using the Six Elements Test and Hayling Sentence Completion Test. *J. Abnorm. Child Psychol.* 28, 403–414.

Coghill, D. (2013). Amfetamine Dimesylate in Children and Adolescents With Attention-deficit/hyperactivity Disorder. *Europe Neuropsychopharmacology*. 23. 208-18

Coghill, D., Banaschewski, T., Lecendreux, M., Soutullo, C., Johnson, M., Zuddas, A., Anderson, C., Civil, R., Higgins, N., Lyne, A., & Squires, L. (2013). European, randomized, phase 3 study of lisdexamfetamine dimesylate in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 23(10), 1208-1218. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.11.012>

Craig, F., Margari, F., Legrottaglie, A., Palumbi, R., de Giambattista, C., y Margari, L. (2016). A review of executive function deficits in autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 12, 1191–1202.

De La Fuente, A., Xia, S., Branch, C., y Li, X. (2013). A review of attention-deficit/hyperactivity disorder from the perspective of brain networks. *Front Hum. Neurosci.* 7, 192.

Doyle, A., Biederman, J., Seidman, L., Weber, W., y Faraone, S. (2020). Diagnostic efficiency of neuro-psychological test scores for discriminating boys with and without attention deficit-hyperactivity disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.* 68, 477–488.

- Elosúa, M., Del Olmo, S., Contreras, M., (2017). Differences in Executive Functioning in Children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD). *Front. Psychol*, 8, 976.
- Escobar, R., Montoya, A., y Polavieja, P. (2019). Evaluation of patients' and parents' quality of life in a randomized placebo-controlled atomoxetine study in attention-deficit/ hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 19. 253-63.
- Faraone, S. V. (2012). Understanding the effect size of lisdexamfetamine dimesylate for treating ADHD in children and adults. *Journal of Attention Disorders*, 16(2), 128-137. <https://doi.org/10.1177/1087054710379738>
- Fassbender, C., Zhang, H., Buzy, W., Cortes, C., Mizuiri, D., Beckett, L., y Schweitzer, J. (2019). A lack of default network suppression is linked to increased distractibility in ADHD. *Brain Res*. 1273, 114–128.
- Fernández Fernández, A. (2021). *El TDAH en la Escuela*. Editorial Inclusión. 978-84-18992-55-1. España.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2022) *Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente: Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. UNICEF.
- Fordl, T., y Skokauskas, N. (2012) Meta-analysis of structural MRI studies in children and adults with attention deficit hyperactivity disorder indicates treatment effects. *Acta Psychiatr. Scand*. 125, 114–126.
- Fox, D. J., Tharp, D. F., & Fox, L. C. (2005). *Neurofeedback: An alternative and efficacious treatment for Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 30(4), 365-373. <https://doi.org/10.1007/s10484-005-8422-3>.
- Frazier, T.W.; Demaree, H.A.; Youngstrom, E.A. (2017) Meta-analysis of intellectual and neuropsychological test performance in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology*. 18, 543–555.

- Fuchs, T., Birbaumer, N., Lutzenberger, W., Gruzelier, J. H., & Kaiser, J. (2003). *Neurofeedback treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder in children: A comparison with methylphenidate*. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 28(1), 1-12. <https://doi.org/10.1023/a:1022353731579>.
- García Ron, A. (2019). Tratamiento Farmacológico Estimulante del TDAH. Actualización. *Revista de Pediatría*. 29 (2). 95-110.
- García Ron, A. Blasco-Fontecilla, H. Huete Hernani, B. y Sabaté Chueca, J. (2015). Tratamiento Farmacológico Estimulante del TDAH. *Revista Española de Pediatría*. 71(2). 75-81.
- Gumenyuk, V., Korzyukov, O., Escera, C., Hämäläinen, M., Huotilainen, M., Häyrynen, T., Oksanen, H., Nätänen, R., Von Wendt, L., y Alho, K. (2018). Electrophysiological evidence of enhanced distractibility in ADHD children. *Neurosci. Lett.*, 374, 212–217.
- Heilman, K., Voeller, K., y Nadeau, S., (2021). A possible pathophysiological substrate of attention deficit hyperactivity disorder. *J. Child Neurol.* 6, 74–79.
- Hervey, A., Epstein, J., y Curry, J. (2017). Neuropsychology of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neuropsychology* 18, 485–503.
- Iftita, R., y Supra, W. (2018). Inhibition in ADHD and non-ADHD children ages 6-12 years. *International Journal of Research Studies in Psychology*, 7(1), 73-85.
- Irwin, L., Kofler, M., Soto, E., y Groves, N. (2019). Do children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) have set shifting deficits? *Neuropsychology* 33, 470–481.
- Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Greenhill, L. L., Conners, C. K., Arnold, L. E., Abikoff, H. B., Elliott, G., Hechtman, L., Hoza, B., March, J. S., Newcorn, J. H., Severe, J. B., Vitiello, B., Wells, K., & Wigal, T. (2001). Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): Implications and applications for primary care providers. *Journal of Developmental and*

Behavioral Pediatrics: JDBP, 22(1), 60-73.
<https://doi.org/10.1097/00004703-200102000-00008>.

- Khaledi, A., Hashemi-Razini, H., y Abdollah, M. (2019). Comparison of different components of executive functions in children with attention-deficit/hyperactivity disorder, children with specific learning disorders, and normal children. *Chron. Dis. J.* 7, 28–34.
- Klorman, R., Hazel-Fernandez, L., Shaywitz, S., Fletcher, J., Marchione, K., Holahan, J., Stuebing, K., y Shaywitz, B. (2020). Executive functioning deficits in attention-deficit/hyperactivity disorder are independent of oppositional defiant or reading disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 38, 1148–1155.
- Konrad, K. y Eickhoff, S. (2020) Is the ADHD brain wired differently? A review on structural and functional connectivity in attention deficit hyperactivity disorder. *Hum. Brain. Mapp.* 6, 904–916.
- Lavagnino, N., Barbero, S., & Folguera, G. (2018). Caracterización, alcances y dificultades de las «bases biológicas» del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Un enfoque desde la Filosofía de la Biología. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280110>
- Lijffijt, M., Kenemans, J., Verbaten, M., y Van Engeland, H. (2018). A meta-analytic review of stopping performance in attention-deficit/hyperactivity disorder: Deficient inhibitory motor control? *J. Abnorm. Psychol.* 114, 216–222.
- Linterman, I., y Weyandt, L. (2021). Divided Attention Skills in College Students with ADHD: Is it Advantageous to have ADHD? *ADHD Rep.* 9, 1–6.
- Lipszyc, J., y Schachar, R. (2020). Inhibitory control and psychopathology: A meta-analysis of studies using the stop signal task. *J. Int. Neuropsychol. Soc.*, 16, 1064–1076.
- Llanos Lizcano, L. J., García Ruiz, D. J., González Torres, H. J., y Puentes Roza, P. (2019). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en Niños

Escolarizados de 6 a 17 años. *Pediatría Atención Primaria*. 21(83) 101-108.
ISSN: 174-4106.

- López-López, A. (2021). Tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la práctica clínica habitual: Estudio retrospectivo. *Medicina (Buenos Aires)*. 79(1) 68-71.
- López-Villalobos J.A., Andrés de Llano J., López-Sánchez M.V., Rodríguez-Molinero L., Garrido-Redondo M., Sacristán-Martín A.M, Martínez-Rivera M.T., y Alberola-López S. (2017). *Criterion validity and clinical usefulness of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scale IV in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) as a function of method and age*. *Psicothema*. 29:103-10.
- May, D. E., & Kratochvil, C. J. (2010). Attention-deficit hyperactivity disorder: Recent advances in paediatric pharmacotherapy. *Drugs*, 70(1), 15-40.
<https://doi.org/10.2165/11530540-000000000-00000>
- Miklós, M., Komáromy, D., Futó, J., y Balázs, J. (2020) Acute Physical Activity, Executive Function, and Attention Performance in Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Typically Developing Children: An Experimental Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 4071.
- Miranda, A., Jarque, S. y Rosel, J. (2015). Treatment of children with ADHD: psychopedagogical program at school versus psychostimulant medication. *Psicothema*. 18 (3). 335-341.
- Moreno Fontiveros, M. ^a Á., Martínez Vera, M. ^a J., Tejada González, A., González Igeño, V., & García Resa, O. (2015). Actualización en el tratamiento del trastorno del déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 8(3), 231-239.
<https://doi.org/10.4321/S1699-695X2015000300006>
- Morrow, R., Garland, E., Wright, J., Maclure, M., Taylor, S., y Dormuth, C. (2019). Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Cmaj*. 184(7). 755-762.

- Nigg, J., y Casey, B. (2018). An integrative theory of attention-deficit/ hyperactivity disorder based on the cognitive and afective neurosciences. *Dev. Psychopathol.* 17, 785–806.
- Norman, L., Carlisi, C., Lukito, S., Hart, H., Mataix-Cols, D., Radua, J., y Rubia, K. (2016) Structural and Functional Brain Abnormalities in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder: A Comparative Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 73, 815–825.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International journal of surgery*, 88, 105906.
- 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.* (3 ed). Elsevier-Masson.
- Rapport, M., Alderson, R., Kofler, M., Sarver, D., Bolden, J., y Sims, V. (2018). Working Memory Deficits in Boys with Attention-deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD): The Contribution of Central Executive and Subsystem Processes. *J. Abnorm. Child Psychol.* 36, 825–837.
- Ríos-Lago M., Muñoz-Céspedes J.M., Paúl-Lapedriza N. (2007). *Alteraciones de la atención tras daño cerebral traumático: evaluación y rehabilitación.* *Rev Neurol* 2007. 44: 291-7.
- Rodríguez González C., González M., Arroba Basanta, M., y Cabello Ballesteros L. (2017). Prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños de una Localidad Urbana. *Revista Pediátrica Atención Primaria.* 19. 311-20.
- Rubia, K., Alegría, A., y Brinson, H. (2014). Brain abnormalities in attention/deficit hyperactivity disorder: A review. *Rev. Neurol.* 58. 3–16.

- Sayal K., Prasad V., Daley D., Ford T., Coghill D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways and service provision. *Lancet Psychiatry*. 5:175-86.
- Skogan, A., Zeiner, P., Egeland, J., Rohrer-Baumgartner, N., Urnes, A., Reichborn-Kjennerud, T., y Aase, H. (2014). Inhibition and working memory in young preschool children with symptoms of ADHD and/or oppositional-defiant disorder. *Child Neuropsychol*. 20, 607–624.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Dalen, L., Daley, D., & Remington, B. (2002). Are planning, working memory, and inhibition associated with individual differences in preschool ADHD symptoms? *Developmental Neuropsychology*. 21(3), 255-272. https://doi.org/10.1207/S15326942DN2103_3
- Soutullo Esperón, C., y Álvarez Gómez, M.J. (2014). Tratamiento Farmacológico del TDAH basado en la evidencia. *Pediatría Integral*, 8(9), 634-642.
- Stefanatos, G. A., & Baron, I. S. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Neuropsychological Perspective Towards DSM-V. *Neuropsychology Review*, 17(1), 5-38. <https://doi.org/10.1007/s11065-007-9020-3>
- Trani, M., Casini, M., Capuzzo, F., Gentile, S., Bianco, G., Menghini, D., y Vicari, S. (2021). Executive and intellectual functions in attention-deficit/hyperactivity disorder with and without comorbidity. *Brain Dev*. 33, 462–469.
- Valera, E., Faraone, S., Murray, K., y Seidman, L. (2017). Meta-analysis of Structural Imaging Findings in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biol. Psychiatry*. 61, 1361–1369.
- Van Zomeren, A., y Bouwer, W. (2016). *Clinical Neuropsychology of Attention*; Oxford University Press. USA
- Vázquez Sánchez, M., Ramírez, S., Grases, M., Roca, E., Lozano, C., y Campos, M. (2022). TDAH en atención primaria: prevalencia y derivación a atención especializada. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 39(1), 3-9.

- Willcutt, E., Doyle, A., Nigg, J., Faraone, S., y Pennington, B. (2018). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Biol. Psychiatry* 57, 1336–1346.
- Winsler, A., Diaz, R., Atencio, D., McCarthy, E. y Chabay, L. (2020). Verbal self-regulation over time in preschool children at risk for attention and behavior problems. *J. Child Psychol. Psychiatry* 41, 875–886.
- Wodka, E., Loftis, C., Mostofsky, S., Prahme, C., Larson, J., Denckla, M., y Mahone, E. (2018). Prediction of ADHD in boys and girls using the D-KEFS. *Arch. Clin. Neuropsychol.* 23, 283–293.
- Wright, L., Lipszyc, J., Dupuis, A., Thayapararajah, S., y Schachar, R. (2014). Response inhibition and psychopathology: A meta-analysis of go/no-go task performance. *J. Abnorm. Psychol.* 123, 429–439.
- Zabala, L. (2021). Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-deficit/hyperactivity Disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry*, 56. 1073-86.
- Zimmermann, P., Gondan, M., Fimm, B. (2019). *Test of Attentional Performance for Children*, Version 1.5; Part 1—Description; Herzogenrath: Psychologische Testsysteme.