

---

## Trabajo Final de Máster

*TDAH, Medicación y Actitud de los Padres o Madres y Pacientes hacia el Tratamiento Farmacológico*

*Mariona Orellana Pérez*

---



Aquest TFM està subject a la licència [Reconeixement-  
NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-  
ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Este TFM está sujeto a la licencia [Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0  
Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

This TFM is licensed under the [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International \(CC  
BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

**Trabajo de Fin de Grado**

# **TDAH, Medicación y Actitud de los Padres o Madres y Pacientes hacia el Tratamiento Farmacológico**

**Psicología**

---

Autor	<b>Mariona Orellana Pérez</b>
Director	Montserrat Pàmias Massana
Fecha de presentación	09/05/2022

---

## **Agradecimientos**

Primeramente, me gustaría agradecer a mi tutora, la Dra. Montse Pàmias Massana, quien me orientó, apoyó y brindó diversos recursos a lo largo de esta investigación para poder alcanzar mis objetivos.

Quiero agradecer también a Begoña Díaz Menéndez y a Silvia Alicia Recoder Fernández el soporte proporcionado en las tutorías del trabajo de investigación. Así mismo, agradecer a la Clínica de Psicología y Psiquiatría de la Universidad Internacional de Cataluña, SUPPORT, quién me proporcionó todos los medios a su disposición para que la realización de este estudio fuera posible.

Finalmente, dar las gracias a todos los participantes que, desinteresadamente, colaboraron en este estudio, ya que sin su colaboración no hubiera sido posible obtener los resultados de esta investigación.

## Resumen

**Introducción:** El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un trastorno del neurodesarrollo muy común en la infancia y en la adolescencia. Se caracteriza por un déficit en el control atencional y/o hiperactividad/impulsividad que interfiere negativamente en el funcionamiento social, académico y/o laboral de la persona que lo padece. El tratamiento farmacológico, junto con un tratamiento psicológico y un abordaje psicoeducativo, es un pilar fundamental en el tratamiento del TDAH y su buen pronóstico. **Objetivo:** evaluar la satisfacción general de los padres y madres acerca de la medicación que toman sus hijos con TDAH y la de los pacientes adultos. **Metodología:** se utilizó el cuestionario *SAMS (Satisfaction with Medication Scale)*, el cual incluye una versión parental para los progenitores y una versión autoinforme para los pacientes mayores de edad. **Resultados:** la mayoría de los padres y madres de los menores están altamente satisfechos con el tratamiento farmacológico para el TDAH, así como los propios pacientes mayores de edad porque los síntomas centrales del trastorno (inatención, hiperactividad e impulsividad) mejoran notablemente con la farmacoterapia.

*Palabras clave:* TDAH · Tratamiento Farmacológico · Satisfacción con la Medicación · Padres y Madres · Pacientes

## Abstract

**Introduction:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder is a very common neurodevelopmental disorder in childhood and adolescence. It is characterized by a deficit in attentional control and/or hyperactivity/impulsivity that interferes negatively in the social, academic and/or work functioning of the person who suffers it. Pharmacological treatment, together with psychological treatment and a psychoeducational approach, is a fundamental pillar in the treatment of ADHD and its optimal prognosis. **Objective:** to evaluate the general satisfaction regarding the medication of both parents with children with ADHD and of adult patients. **Methodology:** the *SAMS questionnaire (Satisfaction*

*with Medication Scale) was used, which includes a parental version and a self-report version for patients above the legal age. Results:* the majority of the parents of minors are highly satisfied with the pharmacological treatment for ADHD as well as adult patients, because the core symptoms of the disorder (inattention, hyperactivity and impulsivity) improve remarkably with pharmacotherapy.

Key words: ADHD · Pharmacological Treatment · Medication Satisfaction · Parents · Patients

## Índice

<b>Resumen</b> .....	3
<b>Introducción</b> .....	6
Definición del TDAH .....	6
Epidemiología y Etiología .....	7
El Papel de las Funciones Ejecutivas .....	8
Diagnóstico .....	9
Tratamiento .....	10
Tratamiento Psicológico y Psicopedagógico .....	10
Tratamiento Farmacológico.....	11
Posibles Comorbilidades .....	14
<b>Objetivos e Hipótesis</b> .....	15
<b>Metodología</b> .....	16
Participantes .....	16
Instrumentos.....	16
Procedimiento .....	17
Análisis de Datos .....	18
<b>Resultados</b> .....	19
<b>Discusión</b> .....	23
<b>Conclusiones</b> .....	28
<b>Referencias</b> .....	29
<b>Anexos</b> .....	33

## Introducción

### Definición del TDAH

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo muy común en la infancia y en la adolescencia (Llanos et al., 2019). El TDAH se caracteriza por un déficit en el control atencional y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere negativamente en el funcionamiento social, académico y/o laboral de la persona que lo padece (American Psychiatric Association, 2013). Además, es un trastorno que tiene características clínicas específicas con alteraciones a nivel cognitivo, conductual y socioemocional (Chipatecua & Rey-Anaconda, 2013).

El TDAH está incluido en la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), y se encuentra dentro de la categoría de “Trastornos del neurodesarrollo”; y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), dentro de los “Trastornos Hiperkinéticos”, realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, son 3 los síntomas nucleares del TDAH: inatención, hiperactividad, e impulsividad. De acuerdo con los síntomas que predominen en el niño que padece el trastorno se especificará si existe una presentación combinada (inatención e hiperactividad-impulsividad); una presentación predominante con falta atencional; o si se trata de una presentación predominante hiperactiva/impulsiva (American Psychiatric Association, 2013).

La inatención se manifiesta en conductas como el descuido, la distracción, en no escuchar, en cometer errores por olvido, en no finalizar las tareas, etc. Por otro lado, la hiperactividad se expresa en un movimiento constante, en la necesidad de moverse o levantarse, en un motor interno, en el habla excesiva; y la impulsividad se expresa en no respetar los turnos de palabra, en la tendencia a interrumpir a los demás, y en actuar sin pensar (American Psychiatric Association, 2013).

El TDAH es un trastorno con alta heterogeneidad entre las personas que lo padecen, ya que existen diferencias en la manifestación clínica en función de la edad y el sexo del menor (Moreno et al., 2015). Así como diferencias entre los contextos en los que se desenvuelve el individuo (familiar, social y escolar), los antecedentes familiares, el nivel de interferencia o deterioro, y posibles comorbilidades (Cid et al., 2017).

En la etapa preescolar (de 2 a 5 años) predomina la presentación predominante de hiperactividad-impulsividad. En la escuela primaria (de 6 a 11 años) prevalece el combinado, y el predominante con inatención es más frecuente en la adolescencia y en la edad adulta (Zuluaga & Vasco, 2009). Estos datos indican que la hiperactividad/impulsividad tiende a mejorar con el tiempo, mientras que el déficit de atención permanece hasta la edad adulta.

### **Epidemiología y Etiología**

La prevalencia del TDAH a nivel mundial se sitúa entre el 2,2 y el 7% de los menores en edad escolar (Cid et al., 2017). En la infancia se diagnostica más en niños que en niñas (3:1) y los síntomas pueden mantenerse hasta la adultez en un 40-60% de los casos (Zuluaga & Vasco, 2009).

Diversos estudios demuestran que no solo existe una singularidad en la manifestación clínica propia del TDAH, sino que también es un trastorno heterogéneo a nivel etiológico y fisiopatológico (Cid et al., 2017).

El TDAH es un trastorno multicausal. Entre tales causas se encuentra una alta heredabilidad genética. Los familiares de primer grado de los niños que presentan TDAH tienen de 2 a 8 veces más probabilidades de presentarlo que los familiares de aquellos niños que no lo padecen (Faraone et al., 2005).

Además, la interacción con el ambiente también tiene un papel muy importante en el desarrollo del TDAH, ya que la expresión genética puede ser modulada por acciones del entorno, relaciones interpersonales, etc.; fenómeno conocido como epigenética (Thapar et al., 2013).



Otros estudios señalan que algunos factores prenatales como la prematuridad, el tabaquismo, infecciones víricas y el estrés durante el embarazo están asociados con el TDAH, aunque todavía falta más investigación en este campo para sostener la relación causal entre los factores de riesgo prenatales y el TDAH (Sciberras et al., 2017).

La desregulación de la dopamina es un factor implicado en la fisiopatología del trastorno (Jooper et al., 2007). Según Zametkin, existe un déficit en la acción inhibitoria frontal cortical (predominantemente noradrenérgica) sobre estructuras subcorticales de transmisión dopaminérgicas que controlan la atención y el control motriz.

Cabe mencionar que, a través de la resonancia magnética, se ha demostrado que los niños/as y adultos con TDAH tienen alteraciones estructurales inespecíficas en algunas regiones del cerebro. Un menor volumen cerebral total se ha asociado con una mayor severidad de los síntomas del trastorno (Hoogman et al., 2017).

### **El Papel de las Funciones Ejecutivas**

La literatura emergente plantea que los niños con TDAH tienen un déficit en las funciones ejecutivas (FE) (Miklós et al., 2019).

Según Barkley (2000), las FE contemplan factores del comportamiento humano como la planificación, la acción intencionada, la inhibición y resistencia a la distracción, la perseverancia, etc. El modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley plantea que hay cuatro funciones ejecutivas alteradas en el TDAH (Barkley, 2000):

- I. *La memoria de trabajo no verbal.* Permite una función retrospectiva y una función prospectiva, es decir, captar y retener la información para su posterior uso y preparar la acción motora.
- II. *Memoria de trabajo verbal.* Hace referencia al habla autodirigida, es decir, al diálogo interno como mediador de la conducta.

- III. *Emoción y motivación internalizada*. Tal y como dice Barkley, las emociones son: “*estados motivacionales compuestos por un nivel de excitación impuesto sobre un gradiente de recompensa/castigo*”. Esta FE se define como la motivación intrínseca que dirige la acción humana hacia la consecución de una meta u objetivo.
- IV. *La reconstitución*. Es la función ejecutiva del córtex prefrontal que permite tener flexibilidad mental para resolver los problemas.

Por este motivo, los niños con TDAH pueden tener dificultades para inhibir las conductas, aplazar las recompensas inmediatas, atender a las tareas durante periodos largos de tiempo, organizarse y planificarse, y priorizar.

### **Diagnóstico**

La detección temprana y la intervención precoz del TDAH favorece el éxito terapéutico y reduce la comorbilidad asociada (Hidalgo et al., 2014). Los criterios diagnósticos actuales indican que la clínica debe aparecer antes de los 12 años (American Psychiatric Association, 2013).

Para realizar correctamente el diagnóstico del TDAH es imprescindible un análisis observacional. Se debe recoger información de varios informadores (familia, educadores, y pediatra) y contextos en los que se desarrolla el niño (casa y escuela), ya que no existe ningún test específico o marcador biológico que permita realizar el diagnóstico de TDAH (Moreno et al., 2015). Sin embargo, existen diversos instrumentos útiles para evaluar el TDAH como, por ejemplo, las *escalas de Conners*, las cuales son utilizadas como medidas de *screening* y permiten explorar y objetivar la conducta del niño/a en casa y en el colegio; o, por ejemplo, el *K-SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia in School-Age children)*, el cual es una entrevista diagnóstica semiestructurada de patología psiquiátrica que sigue los criterios del DSM-V (Rodríguez & Hidalgo, 2014). En definitiva, el diagnóstico del trastorno es meramente clínico y se basa en los criterios diagnósticos recogidos en el DSM-5 (Anexo 1) o en la CIE (Anexo 2).

## **Tratamiento**

El tratamiento para el TDAH debe ser multimodal y de carácter personalizado, ya que se debe adaptar a las características y necesidades de cada niño/a. El tratamiento implica tres pilares fundamentales: tratamiento psicológico, psicoeducativo y farmacológico (Rodríguez & Criado, 2014).

La autoestima de los niños con TDAH puede estar muy dañada por las dificultades que tienen para alcanzar objetivos, establecer relaciones sociales satisfactorias y enfrentarse a aprendizajes escolares que requieren de un nivel competencial muy elevado (García et al., 2007). Por este motivo, es primordial llevar a cabo un abordaje individual y familiar, y psicoeducativo.

### ***Tratamiento Psicológico y Psicopedagógico***

Respecto al tratamiento psicológico, la terapia de elección es la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). El tratamiento conductual muestra mucha eficacia y se basa en evaluar las conductas disruptivas del niño y en generar alternativas conductuales (García et al., 2007).

Las normas e instrucciones que le demos al niño/a deben ser claras, breves y, a ser posible, deben ir acompañadas de un refuerzo visual (carteles y/o señales). Además, es primordial que conozca las consecuencias inmediatas de sus conductas inadecuadas.

Cabe señalar que es muy importante llevar a cabo prácticas que incrementen el compromiso y la implicación en las actividades de aprendizaje, gestionar correctamente los estímulos (favorecer la creación de entornos favorables, mantener un alto nivel de respuesta, ...), incrementar los incentivos, y ayudarle a organizar y planificar actividades.

En cuanto al tratamiento psicopedagógico, se debe diseñar un programa individualizado basado en pautas conductuales y adaptaciones metodológicas en la escuela para conseguir un buen funcionamiento escolar y personal del niño/a con TDAH. Será de vital importancia que el equipo docente conozca todas las pautas de actuación necesarias para proporcionar un soporte adecuado (Rodríguez & Criado, 2014).

De este modo, evitaremos que estos niños, los cuales son más vulnerables a tener un bajo rendimiento escolar y están más sujetos a necesitar un refuerzo extraescolar, repitan el curso académico (Barkley, 2006).

### **Tratamiento Farmacológico**

El tratamiento farmacológico es el tercer componente clave para mejorar el control atencional y motor del niño/a con TDAH. Existen dos tipos de fármacos para su tratamiento: los estimulantes y los no estimulantes; siendo estos primeros los fármacos de primera línea para el tratamiento del TDAH (Mechler et al., 2022).

A pesar del hecho de que el tratamiento farmacológico para el TDAH ha demostrado tener múltiples beneficios a nivel atencional y conductual en el niño/a, es evidente que muchos progenitores dudan sobre si la medicación es o no es la mejor opción para sus hijos (Hart et al., 2018).

Según las guías clínicas<sup>1</sup> – y cito textualmente – *“En niños y niñas en edad escolar y adolescentes solamente se recomienda el tratamiento farmacológico cuando el psicológico y/o psicopedagógico no ha dado resultados o en aquellos con afectación grave”*. Por lo tanto, primeramente, se recomienda el tratamiento psicológico/psicopedagógico y, solo cuando los síntomas del TDAH son tan graves que causan una interferencia en la vida cotidiana del paciente, se recomienda el uso de la medicación. Además, hay que tener en cuenta otros factores personales del sujeto, como, por ejemplo, si presenta comorbilidad con otro trastorno, y se debe considerar la opinión de los tutores legales y la del propio niño/a o adolescente (Mechler et al., 2022).

Es primordial que el paciente acepte y se sienta satisfecho con la medicación que recibe para que el tratamiento sea lo más efectivo posible. La satisfacción con la medicación se considera un

---

<sup>1</sup>Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2017 Guías de Práctica Clínica en el SNS.

predicador de adhesión y cumplimiento del tratamiento, así como de prevención de finalizar el tratamiento precozmente (Görtz-Dorten et al., 2011).

Es por ello que, a través de este estudio, se pretende objetivar la percepción y satisfacción o bien, la insatisfacción que tienen los padres y madres con la medicación que toman sus hijos y los propios pacientes adultos con TDAH.

**Fármacos Estimulantes.** Los fármacos psicoestimulantes para el tratamiento del TDAH son el metilfenidato y la lisdexanfetamina (LDX).

Los psicoestimulantes están disponibles en formulaciones de acción corta y de acción prolongada (Mechler et al., 2022). Cuando se inicia el tratamiento, en primer lugar, se debe pautar un fármaco de acción corta y, posteriormente, cuando se compruebe que el niño lo tolera adecuadamente, se sustituye progresivamente por uno de efecto retardado (García et al., 2007). Es muy importante ajustar las dosis para que sean óptimas.

Por un lado, el metilfenidato es un fármaco que actúa sobre las áreas subcorticales del cerebro bloqueando el transportador de dopamina, es decir, inhibe la recaptación presináptica de dopamina (Joober et al., 2007).

Existen varias formulaciones de metilfenidato que se administran en función de su vida media. En primer lugar, el Rubifen® es un psicoestimulante de acción corta que tiene una duración de 3-5 horas en el cuerpo y se administra 2 o 3 veces al día. En segundo lugar, disponemos de fármacos de acción intermedia como son el *Medikinet*®, el *Rubifen Retard*® o *Equasym*®, los cuales tienen una duración de 6-7 horas y se administran 1 o 2 veces al día. Finalmente, el Concerta® o Rubicrono® son fármacos de acción larga con una vida media de 12 horas, por lo que solo se administran una vez al día (Soutullo & Álvarez, 2014).

Por otro lado, la lisdexanfetamina (Elvanse®) es un derivado de la anfetamina modificada con lisina. Del mismo modo que el metilfenidato, la lisdexanfetamina también inhibe la recaptación presináptica de dopamina y cuando se administra en el cuerpo y se absorbe a la sangre, la

dexanfetamina se disocia de la lisina y es entonces cuando se activa la medicación. Tiene una duración de 13-14 horas (Soutullo & Álvarez, 2014).

Los psicoestimulantes modulan las regulaciones de dopamina y norepinefrina del cerebro, optimizando las funciones ejecutivas alteradas del córtex prefrontal en las personas con TDAH (Mechler et al., 2022).

El tratamiento de primera elección para niños/as de 5 años o mayores es el metilfenidato, y se recomienda la lisdexanfetamina o metilfenidato para los adultos (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2018).

Algunos de los efectos adversos de los fármacos estimulantes son la disminución del hambre, labilidad emocional, cefaleas, trastornos del sueño, el incremento de tics y de la presión sanguínea, y molestias abdominales (Mechler et al., 2022).

**Fármacos No Estimulantes.** Los fármacos no estimulantes indicados para el tratamiento del TDAH son la atomoxetina y la guanfacina (Mechler et al., 2022). Según la NICE (2018), los fármacos no estimulantes se ofrecerían al niño mayor de 5 años o a los jóvenes y adultos después de darse una falta de respuesta o tolerancia a los estimulantes.

La atomoxetina es un fármaco de la familia de los antidepresivos, pero sin acción antidepresiva. Tiene una acción noradrenérgica, es decir, inhibe la recaptación de noradrenalina. En cambio, el mecanismo principal de acción de la guanfacina es bloquear los receptores alfa-adrenérgicos (Mechler et al., 2022).

Los fármacos no estimulantes también tienen varios efectos adversos, como, por ejemplo, la disminución del apetito, cefaleas, náuseas, vómitos y aumento de la presión arterial (Mechler et al., 2022).

## Posibles Comorbilidades

Diagnosticar un Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad a una persona requiere saber si el trastorno coexiste, simultáneamente, con otros trastornos. El término *comorbilidad* hace referencia a este hecho. Según el Estudio Multimodal de Tratamiento (MTA), el cual fue promovido por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH), más de 2/3 de niños con TDAH presentan comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico (Hérvás & Durán, 2014).

A continuación, se enumerará la prevalencia de posibles trastornos comórbidos al TDAH (Phend, 2011):

**Tabla 1**

*Prevalencia de la comorbilidad en niños diagnosticados de TDAH, en comparación con la población general*

Trastornos de Aprendizaje (46% versus 5%)
Trastornos de Lenguaje (27% versus 2%)
Trastornos de Conducta (18% versus 2%)
Ansiedad (14% versus 1%)
Depresión (12% versus 3%)
Trastorno del Espectro Autista (6% versus 0,6%)
Epilepsia (2,6% versus 0,6%)

*Nota. Tabla extraída de "El TDAH y su Comorbilidad" (p. 644), por A. Hervás y O. Durán, 2014, Pediatría Integral, XVIII (9).*

Cabe señalar que las comorbilidades físicas también son muy frecuentes en niños con TDAH, ya que suelen accidentarse más que los niños con un desarrollo normotípico. Es por ello que es muy importante no interrumpir el tratamiento farmacológico (Moreno et al., 2015).

## **Objetivos e Hipótesis**

### **Objetivo principal**

Evaluar la satisfacción general de los padres o madres acerca de la medicación que toman sus hijos con TDAH y la de los pacientes adultos.

### **Objetivos secundarios**

1. Evaluar la satisfacción de los padres o madres con la medicación en relación a la atención y a la conducta del niño/a en general; así como la de los pacientes adultos.
2. Evaluar la satisfacción de los padres o madres con la medicación en relación a las habilidades sociales; así como la de los pacientes adultos.
3. Evaluar la satisfacción de los padres o madres con la medicación en relación al rendimiento escolar del niño; así como la de los pacientes adultos en el ámbito académico o laboral.

### **Hipótesis general**

Los pacientes que reciben tratamiento farmacológico, ya sea estimulante o no estimulante, mejoran en los síntomas nucleares del trastorno, por lo que la mayoría de padres o madres y pacientes están muy satisfechos con la medicación.

### **Hipótesis secundarias**

1. Los padres o madres y los pacientes están muy satisfechos con el resultado de la medicación respecto a la atención y a la conducta en general.
2. Los padres o madres y los pacientes están muy satisfechos con el resultado de la medicación respecto a las habilidades sociales.
3. Los padres o madres sólo pueden ver la conducta del niño/a, no su rendimiento académico. Los pacientes están muy satisfechos con el resultado de la medicación en el ámbito académico o laboral.



## Metodología

### Participantes

La muestra de este estudio estuvo compuesta por 33 participantes, de los cuales 19 fueron los progenitores de niños/as diagnosticados con TDAH y 14 fueron jóvenes mayores de edad diagnosticados también con TDAH. El rango de edad de los escolares (11 niños y 8 niñas) osciló entre los ocho y diecisiete años ( $M= 12.37$ ;  $DT=3.04$ ); mientras que la edad de los más adultos (10 chicos y 4 chicas) estuvo comprendida entre los dieciocho y veintiocho años ( $M= 23.07$ ;  $DT=3.22$ ).

Los menores de edad son pacientes de la clínica SUPPORT<sup>2</sup> y/o están escolarizados en diversos colegios de la provincia de Barcelona; los adultos residen en la zona del Vallés Occidental, pero se desconoce su ocupación. Los sujetos fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico.

### Instrumentos

Para la realización de esta investigación se ha utilizado el cuestionario *SAMS (Satisfaction with Medication Scale)*, cuyo autor es Anja Görtz-Dorten. Este cuestionario se ha obtenido del artículo "*What contributes to patient and parent satisfaction with medication in the treatment of children with ADHD? A report on the development of a new rating scale*" (Anja Görtz-Dorten et al., 2011) y se ha traducido del inglés al español y se ha procedido a la retrotraducción del mismo.

Es un cuestionario que consta de 12 ítems. En los 11 primeros ítems se recoge la evaluación de la satisfacción con la medicación en lo siguiente: (1) la conducta, (2) la capacidad atencional, (3) la disminución de la hiperactividad, (4) la capacidad de mantener la atención y cumplir con las tareas, (5) la capacidad para resolver mejor las tareas escolares y otras tareas, (6) la capacidad para llevarse bien con sus iguales, (7) la capacidad para llevarse bien con la familia, (8) la capacidad para llevarse bien en la escuela, (9) el inicio del efecto de la medicación por la mañana, (10) la duración del efecto

---

<sup>2</sup> Clínica de Psicología y Psiquiatría de la Universidad Internacional de Cataluña, situada en el Hospital General de Cataluña.

de la medicación y (11) el bienestar del paciente. El ítem 12 mide la satisfacción general con la medicación.

Los 12 ítems se califican, según el grado de conformidad de los progenitores y pacientes, en una escala con valores de 1 a 6. La puntuación 1 indica totalmente en desacuerdo; la 2 en desacuerdo; la 3 ligeramente en desacuerdo; la 4 ligeramente de acuerdo; la 5 de acuerdo; y la 6 totalmente de acuerdo. Los valores bajos señalan actitudes desfavorables hacia el tratamiento farmacológico, mientras que los valores más altos muestran actitudes más favorables. La puntuación 5 y 6 se calificó como una elevada satisfacción.

Para determinar el grado de satisfacción que tienen los padres y madres con la medicación que toman sus hijos se utilizó la versión parental (SAMS-P, n=19); y, para los pacientes mayores de edad, la versión autoinforme (SAMS-S, n=14) del cuestionario SAMS. Ambas versiones abarcan los mismos aspectos, pero las afirmaciones están adaptadas y redactadas según el destinatario. La calificación total de cada cuestionario es la suma de las puntuaciones de los ítems dividido por el número total de ítems.

Cabe mencionar que también se ha recabado información sobre qué tipo de tratamiento siguen los sujetos con TDAH. Se ha realizado la siguiente distinción: Tratamiento A (tratamiento combinado: farmacológico, psicológico y psicopedagógico), Tratamiento B (tratamiento farmacológico), Tratamiento C (farmacológico y psicológico), y Tratamiento D (farmacológico y psicopedagógico).

### **Procedimiento**

La presente investigación consiste en un estudio observacional descriptivo. Primeramente, se contactó con la clínica SUPPORT para informales sobre el estudio y solicitar su colaboración. Seguidamente, se seleccionó a los niños y niñas con TDAH que asistían a la clínica y se contactó con sus tutores de manera telefónica para invitarles a participar. Paralelamente, se contactó con la presidenta de la Asociación de Madres y Padres de Alumnos (AMPA) del colegio Vedruna Vall de

Terrassa, Barcelona, para recaudar el mayor número posible de participantes. Se hizo del mismo modo con otras escuelas pertenecientes a la provincia de Barcelona. Posteriormente, respecto a los participantes mayores de edad, se realizó una búsqueda de jóvenes conocidos que estuvieran en tratamiento farmacológico para el TDAH.

Después de la aprobación del Comité de Ética, se procedió a la administración del cuestionario SAMS a todos los sujetos a través del *Formulario Google*. Todos ellos aceptaron, de manera voluntaria y anónima, participar en esta investigación mediante un “Consentimiento Informado” en el que se especificaron los objetivos del estudio, el procedimiento, la privacidad y confidencialidad de los usuarios.

Los criterios de inclusión de los participantes obedecían a pacientes con un diagnóstico de Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad, según los criterios del DSM-V o CIE-10. Así mismo, los sujetos debían seguir tratamiento farmacológico en la actualidad.

### **Análisis de Datos**

El análisis de los resultados obtenidos se llevó a cabo mediante el programa estadístico Jamovi versión 2.2.5. Para analizar los datos descriptivos de los progenitores y de los jóvenes se tuvieron en cuenta las medias como medidas de tendencia central y las desviaciones típicas como parámetros de dispersión.

## Resultados

El cuestionario SAMS-P (Tabla 2), administrado a los padres y madres para determinar el grado de satisfacción que tienen sobre el tratamiento farmacológico que reciben sus hijos/as menores, muestra que el 52.6% de los progenitores expresan una alta satisfacción en general con la medicación que toman sus hijos (ítem 12).

Respecto a la satisfacción que tienen los progenitores en la forma en que la medicación ayuda a sus hijos/as a prestar atención, un 78,9% ha mostrado una alta satisfacción (ítem 2). Así mismo, un 68,4% ha mostrado una alta satisfacción con la forma en que la medicación ayuda a mantener la atención y a cumplir y/o afrontar las tareas escolares u otras (ítem 4 y 5). Respecto a los ítems 1 y 3 que valoran la conducta del niño/a, observamos que un 78.9% de los padres y madres expresa una alta satisfacción.

Los resultados obtenidos en relación a las interacciones sociales muestran que un 57.8% de los progenitores están satisfechos con la forma en que el medicamento ayuda al niño a relacionarse con sus iguales y con la familia (ítem 6 y 7).

Se observa que el 63.1% de los padres y madres señala una alta satisfacción en relación al inicio del efecto de la medicación (ítem 9) y el 57.8% respecto a su duración (ítem 10).

Finalmente, cuando se evalúa si la medicación ayuda al niño a sentirse bien, el 52.6% de los progenitores ha reportado una alta satisfacción (ítem 11).

**Tabla 2**

*Estadísticas de Ítems para la Satisfacción de los Padres (SAMS-P, n=19)*

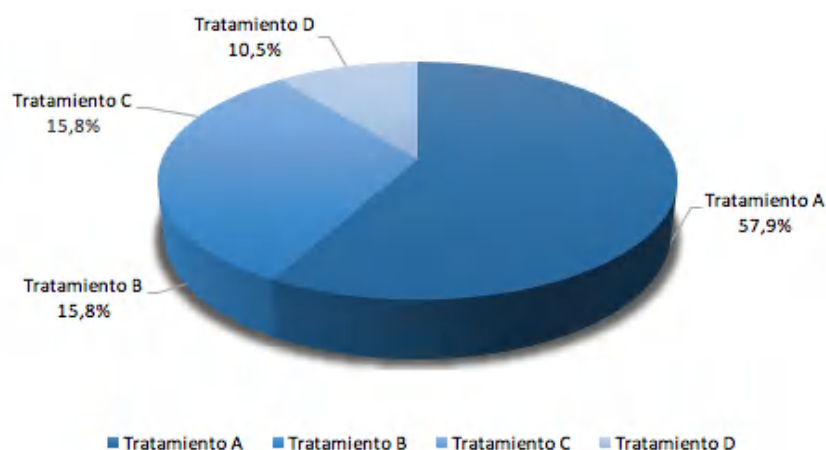
Ítems	Media	DT	Padres expresando una alta satisfacción (%)
1. Estoy satisfecho con la conducta de mi hijo mientras toma este medicamento	5.27	0.46	78.9%
2. Estoy satisfecho con la forma en que este medicamento ayuda a mi hijo a prestar atención	5.4	0.51	78.9%
3. Estoy satisfecho con la forma en que este medicamento ayuda a que mi hijo sea menos hiperactivo	5.31	0.48	84.2%
4. Estoy satisfecho con la forma en que este medicamento ayuda a mi hijo a mantener la atención y a cumplir con las tareas	5.54	0.52	68.4%
5. Estoy satisfecho con la forma en que este medicamento ayuda a mi hijo a afrontar mejor las tareas escolares y otras tareas	5.46	0.52	68.4%
6. Estoy satisfecho con la forma en que este medicamento ayuda a mi hijo a llevarse bien con otros niños	5.42	0.51	57.8%
7. Estoy satisfecho con la forma en que este medicamento ayuda a mi hijo a llevarse bien con mi familia	5.36	0.50	57.8%
8. Estoy satisfecho con la forma en que este medicamento ayuda a mi hijo a llevarse bien en la escuela	5.31	0.48	68.4%
9. Estoy satisfecho con el inicio del efecto de la medicación por la mañana	5.33	0.50	63.1%
10. Estoy satisfecho con la duración del efecto del medicamento	5.55	0.52	57.8%
11. Estoy satisfecho con la forma en que este medicamento ayuda a mi hijo a sentirse bien	5.2	0.42	52.6%
12. En general, estoy satisfecho con la medicación	5.4	0.51	52.6%

*Nota. Elaboración propia aplicando el cuestionario del artículo "What contributes to patient and parent satisfaction with medication in the treatment of children with ADHD? A report on the development of a new rating scale" (Anja Görtz-Dorten et al., 2011).*

En cuanto al tratamiento que reciben los menores en edad escolar con TDAH (Figura 1), los resultados muestran que el 57.9% de los niños/as (11 individuos) sigue el Tratamiento A (tratamiento combinado: farmacológico, psicológico y psicopedagógico). El 15.8% (3 sujetos) sigue el Tratamiento B (solo farmacológico), el 15.8% sigue el Tratamiento C (farmacológico y psicológico) y el 10.5% restante (2 sujetos) sigue el Tratamiento D (farmacológico y psicopedagógico).

**Figura 1**

*Tratamiento de los menores con TDAH*



Los resultados del cuestionario SAMS-S (Tabla 3), administrado a los pacientes mayores de edad con tratamiento farmacológico, constatan que un 42.9% de los pacientes muestra una alta satisfacción, en general, con la medicación que toma (ítem 12).

Respecto al ítem 2, que evalúa la capacidad atencional (uno de los síntomas nucleares del trastorno), se observa que el 92.9% de los pacientes puntúa una alta satisfacción. Así mismo, se observa que el 85,8% muestra una alta satisfacción con la forma en que la medicación les ayuda a mantener la atención y a cumplir y/o afrontar las tareas que se les asigna (ítem 4 y 5). En cuanto al ítem 3 que valora la conducta del paciente, un 64,3% expresa una alta satisfacción con la medicación.

En relación a las interacciones sociales, un 14,3% muestra estar altamente satisfecho con la medicación (ítem 6 y 7). El 71,5% de los participantes expresa sentir una alta satisfacción con el inicio de los efectos de la medicación por la mañana (ítem 9); y el 21.4% de los sujetos reporta que su medicación es lo suficientemente eficaz durante el día (ítem 10). Respecto a si la medicación les ayuda a sentirse bien (ítem 11), un 57,2% ha mostrado una alta satisfacción.

**Tabla 3**

*Estadísticas de Ítems para la Satisfacción del Paciente (SAMS-S, n=14)*

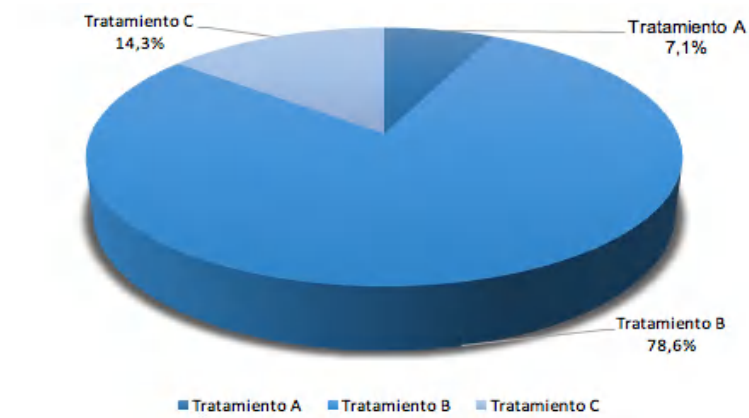
Ítems	Media	DT	Pacientes expresando una alta satisfacción (%)
1. Mi medicación me ayuda a reducir los problemas que tengo	4.36	1.15	64.2%
2. Mi medicación me ayuda a prestar atención	5.43	1.09	92.9%
3. Mi medicación me ayuda a permanecer en mi asiento cuando se supone que debo hacerlo	4.36	1.45	64.3%
4. Mi medicación me ayuda a mantener la atención y a cumplir tareas	5.21	0.893	85.8%
5. Mi medicación me ayuda a afrontar mejor las tareas asignadas y otras tareas	5.21	0.893	85.8%
6. Mi medicación me ayuda a llevarme bien con otras personas	2.57	1.34	14.3%
7. Mi medicación me ayuda a llevarme bien con mi familia	3	1.41	14.2%
8. Mi medicación me ayuda a llevarme bien en la universidad o trabajo	3.57	1.74	50%
9. Los efectos de mi medicación comienzan a tiempo por la mañana	5.07	0.997	71.5%
10. Mi medicación es lo suficientemente eficaz durante el día	4.07	0.917	21.4%
11. Mi medicación me hace sentir bien	3.36	1.50	57.2%
12. En general, estoy bastante contento con mi medicación	3.93	1.44	42.9%

*Nota. Elaboración propia aplicando el cuestionario del artículo "What contributes to patient and parent satisfaction with medication in the treatment of children with ADHD? A report on the development of a new rating scale" (Anja Görtz-Dorten et al., 2011).*

Respecto al tratamiento que siguen los pacientes mayores de edad (Figura 2), observamos que el 7.1% (1 individuo) sigue el Tratamiento A (tratamiento combinado), el 78.6% (11 pacientes) sigue el Tratamiento B (tratamiento farmacológico) y el 14.3% sigue el Tratamiento C (farmacológico y psicológico).

## Figura 2

*Tratamiento de los pacientes mayores de edad con TDAH*



## Discusión

Como describe la literatura, el tratamiento para el TDAH debe ser multimodal y de carácter personalizado. Los resultados de esta investigación muestran que los progenitores con hijos diagnosticados con TDAH perciben que la farmacoterapia mejora notoriamente los síntomas nucleares del trastorno: inatención, hiperactividad e impulsividad. De modo que la mejora objetiva del tratamiento farmacológico se traduce en una percepción subjetiva de los progenitores.

De acuerdo con nuestra hipótesis general, los resultados del cuestionario SAMS-P (Tabla 2) muestran que la gran mayoría de las familias están altamente satisfechas con el resultado de la medicación en relación a los síntomas cardinales del TDAH, expresando el porcentaje de satisfacción más elevado entre todos los ítems valorados.

Así mismo, como se detalla en la hipótesis secundaria de esta investigación, los padres y madres son informadores indirectos del rendimiento escolar de su hijo/a, por lo que se evidencia la necesidad de conocer la opinión de los docentes en el ámbito académico. En cuanto a las interacciones sociales, los datos obtenidos indican un menor porcentaje de satisfacción en comparación con la mejoría de los síntomas nucleares del TDAH. Pese a ello, más de la mayoría de los padres y madres (>57%) están altamente satisfechos.

Cabe destacar que más del 80% de los fármacos prescritos en Cataluña para el TDAH son fármacos estimulantes (*véase el apartado "Fármacos Estimulantes"*). Dichos fármacos se administran en función de su vida media y su efecto en el organismo dependerá de la concentración del fármaco administrado, entre otros aspectos. Como se expone en la literatura científica, la duración de los fármacos para el tratamiento del TDAH es limitada y no hay ningún psicofármaco que tenga una vida media de 24 horas. Además, los psicoestimulantes pueden ser de acción corta y de acción prolongada. En consecuencia, observamos en la presente investigación como pocos progenitores han expresado una alta satisfacción en relación al inicio del efecto de la medicación por la mañana (ítem 9) y en relación a la duración del efecto del medicamento (ítem 10).



Es importante mencionar que cuando se ha evaluado si la medicación ayuda al niño a sentirse bien (ítem 11), únicamente un 52.6% ha reportado una alta satisfacción. Se podría interpretar como que los efectos secundarios de los psicofármacos hacen que el niño/a tenga una “falta de chispa” o “cierta desmotivación”. Para explicar esta interpretación se podría indagar sobre cuáles son los efectos secundarios de la medicación que los progenitores perciben en sus hijos.

En cuanto a los resultados del cuestionario SAMS-S (Tabla 3), estos muestran que un gran porcentaje de los pacientes mayores de edad (>90%) están muy satisfechos en cómo la medicación les ayuda a prestar atención. Así mismo, más del 64% de los participantes manifiestan una elevada satisfacción a la hora de afrontar mejor las tareas escolares o laborales y otras tareas. Por lo tanto, según nuestros datos, es evidente que la farmacoterapia ayuda, en gran medida, a atenuar el déficit atencional propio del TDAH.

La mayoría de los participantes también percibe que la medicación les ayuda a permanecer en el asiento cuando se supone que deben hacerlo. Aunque el porcentaje de satisfacción es bastante elevado en el control motriz (>60%), contrariamente a nuestra hipótesis, no perciben tantos efectos positivos como en la capacidad atencional.

En relación con las habilidades sociales, los pacientes mayores de edad expresan muy poca satisfacción con la medicación; únicamente un 14% ha manifestado una alta satisfacción. Se podría interpretar como que, durante su desarrollo hacia la edad adulta, los pacientes han conseguido desarrollar estrategias útiles que les permiten interactuar con los demás de manera más adecuada, controlando su temperamento; posiblemente, gracias a un adecuado tratamiento psicológico y farmacológico en edades más tempranas. Así mismo, las relaciones sociales en la infancia están más relacionadas con el entorno académico, que es donde mejoran claramente.

Respecto al comienzo de los efectos del psicofármaco por la mañana, un alto porcentaje de pacientes ha expresado una alta satisfacción. Una hipótesis es que las personas que han declarado estar altamente satisfechas con este ítem son aquellas que toman fármacos de acción corta porque la liberación del principio activo del fármaco en el organismo es inmediata o bien, porque la

concentración del psicofármaco es mayor. Para sostener esta hipótesis también es importante tener en cuenta otros factores como, por ejemplo, variables personales del paciente (edad, peso, estados patológicos como alteraciones digestivas, etc.) o la farmacogenética<sup>3</sup>.

Referente a la eficacia del medicamento durante el día, únicamente un 21% de los pacientes ha manifestado una elevada satisfacción. De acuerdo con lo que se ha mencionado anteriormente en los resultados del cuestionario SAMS-P, no hay ningún fármaco con una vida media de 24 horas, de modo que la duración de todos los fármacos para el tratamiento del TDAH es limitada.

En líneas generales, los resultados de la versión autoinforme son muy similares a los resultados de la versión parental. Los participantes de ambos grupos perciben, en un porcentaje muy elevado de satisfacción, los efectos positivos que tiene la medicación en la capacidad atencional y conductual del paciente. De la misma manera, los resultados obtenidos acerca de la satisfacción con el inicio de los efectos de la medicación por la mañana (ítem 9 del SAMS-P y SAMS-S) indican que ambos grupos también están en consonancia. Que exista esta correspondencia entre los padres o madres y los pacientes pone de manifiesto que hay una continuidad en la sintomatología.

Además, observamos como la mayoría de los menores con TDAH sigue actualmente el Tratamiento A (tratamiento combinado), mientras que cuando son más mayores prevalece en buena medida el Tratamiento B, es decir, la mayoría de los pacientes jóvenes únicamente sigue un tratamiento farmacológico.

Existe una escasa investigación acerca de la satisfacción o insatisfacción con la farmacoterapia para el tratamiento de los síntomas del TDAH. No obstante, en el año 2011 se publicó un artículo *“What contributes to patient and parent satisfaction with medication in the treatment of children with ADHD? A report on the development of a new rating scale”* (Anja Görtz-Dorten et al., 2011) que valoraba la satisfacción con la medicación que tenían los padres y madres y los pacientes después de 6 a 12 semanas recibiendo tratamiento farmacológico con metilfenidato (*Equasym XL*). Este estudio

---

<sup>3</sup> Es la influencia que tiene la genética de cada individuo en la respuesta al fármaco administrado.

también se realizó a través del cuestionario SAMS y los resultados obtenidos van en la misma línea del presente estudio: los pacientes que recibían tratamiento farmacológico mejoraron en la inatención, hiperactividad e impulsividad que caracteriza al TDAH, por lo que la gran mayoría de los progenitores se mostraban muy satisfechos con el tratamiento farmacológico con metilfenidato. Así mismo, también se observó una tasa de satisfacción menor respecto a la duración e inicio del efecto del medicamento.

Otros estudios están más relacionados con la apertura o receptividad al uso de la medicación para el TDAH. Un estudio más reciente del año 2017, *“Parent Perception of Medication Treatment for preschool Children with ADHD”* (Hart et al., 2017), analizó las percepciones sobre el uso de la medicación de padres con hijos/as menores con o en riesgo de presentar TDAH y los resultados indicaron que únicamente el 45% de los padres se mostraba receptivo a la posibilidad de iniciar un tratamiento farmacológico. En la misma línea, un estudio (Lazaratou et al., 2007) pone de manifiesto que es primordial educar a los padres y madres en salud mental, ya que el desconocimiento de los problemas de salud mental dificulta que se pueda considerar la farmacoterapia como un tratamiento más para tratar el TDAH u otros trastornos mentales infantiles.

La literatura describe que existe una verdadera alteración de las funciones ejecutivas en personas con TDAH, por lo tanto, se precisa de un tratamiento farmacológico cuando el cuadro clínico del TDAH es tan grave que ni incluso el tratamiento psicológico y/o psicopedagógico dan resultados efectivos. Esto revela la necesidad de “romper las barreras internas” con la medicación y ser conscientes de los prejuicios y de la estigmatización que existe en nuestra sociedad en relación al uso de la farmacoterapia. Lo único que puede pasar si el niño no recibe el tratamiento adecuado es que fracase a nivel escolar, profesional o social.

## **Limitaciones**

Por lo que concierne a las limitaciones de este estudio, en primer lugar, hubiera sido muy interesante conseguir una muestra estadística mayor, ya que esta nos hubiera permitido poder hacer correlaciones significativas entre los diferentes ítems evaluados.

En segundo lugar, hubiera sido muy representativo tener más información acerca del psicofármaco prescrito a los pacientes. Por un lado, conocer qué tipo de fármaco toman (estimulante o no estimulante) y, por otro lado, el rango de dosis diaria (por ejemplo, 1 mg/kg/día), con el fin de determinar si ambos datos influyen en el grado de satisfacción de los participantes, mejorando o empeorando su percepción subjetiva. Del mismo modo, hubiera sido muy interesante conocer si se ha interrumpido el tratamiento farmacológico en alguna ocasión.

En tercer lugar, tener un conocimiento exacto del periodo de tiempo que los pacientes llevan realizando tratamiento farmacológico para el TDAH nos hubiera permitido conocer los efectos en el área académica, puesto que un periodo de tiempo más prolongado recibiendo medicación conlleva efectos más positivos en el ámbito académico.

Además, no se tuvo en cuenta si los pacientes con TDAH presentaban alguna comorbilidad con otro trastorno, factor que hubiera podido dificultar que los participantes expresaran un mayor grado de satisfacción con la farmacoterapia.

Para la realización de futuros estudios en relación al asunto que nos atañe se pretende ampliar la muestra para que sea aún más representativa, conocer qué fármaco recibe cada paciente y añadir la figura del profesor/a para conocer la información académica desde una fuente directa.

## **Implicaciones generales**

Los resultados de esta investigación podrían tener implicaciones significativas en el pronóstico del TDAH, ya que la satisfacción general que muestran los padres y madres y los pacientes con la farmacoterapia contribuye positivamente a la aceptabilidad y adherencia terapéutica y, por consiguiente, atenúa la severidad del cuadro clínico.

### Conclusiones

1. El tratamiento para el TDAH es personalizado y multimodal. Se recomienda, en primer lugar, llevar a cabo un tratamiento psicológico y/o psicopedagógico y, en el caso de que no se logren los resultados esperados o la clínica del TDAH afecte gravemente al paciente, debe acompañarse de un tratamiento farmacológico.
2. La mayoría de los padres y madres de los menores están altamente satisfechos con el tratamiento farmacológico para el TDAH que siguen sus hijos/as, así como los propios pacientes mayores de edad porque la inatención, la hiperactividad y la impulsividad mejoran considerablemente con la farmacoterapia.
3. Los psicofármacos para el tratamiento del TDAH tienen una duración limitada en el organismo y pueden ser de acción corta o prolongada, por lo que la satisfacción con la duración y el inicio de los efectos de la medicación es perceptiblemente menor.
4. No se ha podido evidenciar que los efectos secundarios de la medicación para el TDAH hayan influido en las respuestas de satisfacción de los participantes; ni que los pacientes que siguen un tratamiento combinado muestren una mayor satisfacción con la farmacoterapia que aquellos que no lo siguen.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Barkley, R. A. (2000). Genetics of childhood disorders: XVII. ADHD, Part 1: The executive functions and ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(8), 1064–1068. <https://doi.org/10.1097/00004583-200008000-00025>
- Chipatecua, A. G., & Rey-Anacona, C. A. (2013). Diferencias en funciones ejecutivas en escolares normales, con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno del cálculo y condición comórbida [Executive functions differences in normal scholars, with Attention deficit-hyperactivity disorder, disorder of arithmetical skills and comorbid condition]. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(1), 71–85. <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v31n1/v31n1a06.pdf>
- Cid, J., & Mora, T. (2017). *Estudi Poblacional del TDAH a Catalunya*. Universitat Internacional de Catalunya (UIC).
- García Campayo, J., Germán, M. Á. S., Lanero, C. C., & Díez, M. A. (2007). Treatment of attention deficit disorder. *Atención Primaria*, 39(12), 671–674. <https://doi.org/10.1157/13113962>
- Görtz-Dorten, A., Breuer, D., Hautmann, C., Rothenberger, A., & Döpfner, M. (2011). What contributes to patient and parent satisfaction with medication in the treatment of children with ADHD? A report on the development of a new rating scale. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20(2). <https://doi.org/10.1007/s00787-011-0207-z>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). (2017). *Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_574\\_TDAH\\_IACS\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_574_TDAH_IACS_compl.pdf)

- Hart, K. C., Ros, R., Gonzalez, V., & Graziano, P. A. (2017). Parent Perceptions of Medication Treatment for Preschool Children with ADHD. *Child Psychiatry and Human Development, 49*(1), 155–162. <https://doi.org/10.1007/s10578-017-0737-9>
- Hervás, A., & Durán, O. (2014). El TDAH y su comorbilidad. *Pediatría Integral, 18*(9), 643-654. <https://cdn.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/01/Pediatr%C3%ADa-Integral-XVIII-9.pdf>
- Hoogman, M., Bralten, J., Hibar, D. P., Mennes, M., Zwiers, M. P., Schweren, L. S. J., van Hulzen, K. J. E., Medland, S. E., Shumskaya, E., Jahanshad, N., Zeeuw, P. de, Szekely, E., Sudre, G., Wolfers, T., Onnink, A. M. H., Dammers, J. T., Mostert, J. C., Vives-Gilabert, Y., Kohls, G., ... Franke, B. (2017). Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *The Lancet Psychiatry, 4*(4), 310–319. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30049-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30049-4)
- Joober, R., Grizenko, N., Sengupta, S., Amor, L. ben, Schmitz, N., Schwartz, G., Karama, S., Lageix, P., Fathalli, F., Torkaman-Zehi, A., & Stepanian, M. ter. (2007). Dopamine transporter 3'-UTR VNTR genotype and ADHD: A pharmaco-behavioural genetic study with methylphenidate. *Neuropsychopharmacology, 32*(6), 1370–1376. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301240>
- Lazaratou, H., Anagnostopoulos, D., Alevizos, E. V., Haviara, F., & Ploumpidis, D. (2007). Parental attitudes and opinions on the use of psychotropic medication in mental disorders of childhood. *Annals of General Psychiatry, 6*(32), 1-7. <https://doi:10.1186/1744-859X-6-32>.
- Llanos, L. J., García, D. J., González, H. & Puentes, 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. <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v21n83/1139-7632-pap-21-83-e101.pdf>
- Mechler, K., Banaschewski, T., Hohmann, S., & Häge, A. (2022). Evidence-based pharmacological treatment options for ADHD in children and adolescents. In *Pharmacology and Therapeutics, 230*(8). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2021.107940>

- Miklós, M., Futó, J., Komáromy, D., & Balázs, J. (2019). Executive function and attention performance in children with ADHD: Effects of medication and comparison with typically developing children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(20), 2-23. <https://doi.org/10.3390/ijerph16203822>.
- Moreno, M. <sup>a</sup> Á., Martínez, M. <sup>a</sup> J., Tejada, A., González, V., García, O., & Grupo de estudio del adolescente de la SAMFYC. (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://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2015000300006>.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. *Nice Guideline (NG87)*. [nice.org.uk/guidance/ng87](https://www.nice.org.uk/guidance/ng87).
- Rodríguez, P. J., & Criado, I. (2014). Plan de tratamiento multimodal del TDAH. Tratamiento psicoeducativo. *Pediatría Integral*, *18*(9), 624-633. <https://cdn.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/01/Pediatr%C3%ADa-Integral-XVIII-9.pdf>
- Rodríguez, P. J., & Hidalgo, M. I. (2014). Herramientas de utilidad para evaluar el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Pediatría Integral*, *18*(9), 689-692. <https://cdn.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/01/Pediatr%C3%ADa-Integral-XVIII-9.pdf>
- Sciberras, E., Mulraney, M., Silva, D., & Coghill, D. (2017). Prenatal Risk Factors and the Etiology of ADHD—Review of Existing Evidence. In *Current Psychiatry Reports*, *19*(1). <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0753-2>
- Soutullo, C., & Álvarez, M. J. (2014). Tratamiento farmacológico del TDAH basado en la evidencia. *Pediatría Integral*, *18*(9), 634-642. <https://cdn.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/01/Pediatr%C3%ADa-Integral-XVIII-9.pdf>
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). Practitioner review: What have we learnt about the causes of ADHD? In *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *54*(1), 3–16. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02611.x>



World Health Organization (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10<sup>th</sup> ed.). Editorial Médica Panamericana

Zuluaga, J. B., & Vasco, C. E. (2009). Evolución en la atención, los estilos cognitivos y el control de la hiperactividad en niños y niñas con diagnóstico de trastorno deficitario de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3), 481–496.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v41n3/v41n3a07.pdf>

# ANEXOS

**ANEXO I. Criterios diagnósticos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)**

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

**1. Inatención:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

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

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

- a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso).

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

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

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

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

**ANEXO II. Criterios diagnósticos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad según la CIE-10 (OMS). Trastornos hipercinéticos F.90.0:**

**Déficit de atención** (Por lo menos seis de los siguientes síntomas persisten al menos seis meses).

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.
5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas como los deberes escolares, que requieren un esfuerzo mental mantenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, como material escolar, libros, etc.
8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

**Hiperactividad** (Al menos tres de los siguientes síntomas persisten al menos seis meses).

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en su asiento.
2. Abandona el asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

**Impulsividad** (Al menos uno de los siguientes síntomas persiste al menos seis meses).

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.
3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.
4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.