

GUIA CLINICA DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD DEL AREA DE SALUD DE PALENCIA (CASTILLA Y LEON / ESPAÑA)

Equipo de trabajo:

- Susana Alberola López. Pediatría
 - José Antonio López Villalobos. Psicología Clínica Infantil
 - Francisco Ruiz Sanz. Psiquiatría Infantil
 - Ramón Cancho Candela. Neuropediatría
 - Santiago Carnicero Fernández. Pediatría
 - Alfredo Cano Garcinuño. Pediatría
- =====

El documento que exponemos a continuación se basa fundamentalmente en una revisión de guías clínicas con evidencia de calidad científica en materia del Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), en su ajuste al área de salud de Palencia y en el criterio profesional de los autores.

Las principales guías clínicas consideradas han sido las siguientes:

- Cincinnati's Children Hospital Medical Centre. Evidence based clinical practice guideline for outpatient evaluation and management of attention deficit/hyperactivity disorder.
- New Zealand's Ministry of Health. New Zealand. Guidelines for the assessment and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder.
- University of Michigan Health System. Attention-deficit hyperactivity disorder.
- Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline: Diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in primary care for school-age children and adolescents.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A national clinical guideline.

POBLACION OBJETIVO

La guía clínica está dirigida a personas entre 6 y 14 años con TDAH. El TDAH se caracteriza por un patrón mantenido de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Los síntomas, según criterios DSMIV-TR, deben presentarse en dos o más ambientes, antes de los siete años de edad y causar un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral. El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIV-TR) clasifica tres subtipos de TDAH, en función del patrón sintomático predominante en los últimos seis meses: Tipo combinado (TDAH-C), tipo con predominio del déficit de atención (TDAH-I) y tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (TDAH-H). (Anexo 1).

PERTINENCIA DE LA GUIA CLINICA

El TDAH es un trastorno con entidad propia, que presenta importantes repercusiones en las personas que lo padecen:

- Es uno de los motivos mas frecuentes, en población infantil y juvenil, de remisión a profesionales sanitarios; presentando mayor adversidad clínica, familiar, sanitaria y académica que controles clínicos atendidos en salud mental del área de salud de Palencia.
- Es uno de los más importantes problemas clínicos y de salud pública en términos de morbilidad y disfuncionalidad, que se extiende desde la infancia a la adolescencia y hasta la vida adulta, abarcando frecuentes alteraciones en dimensiones sanitarias, sociales y académicas.
- Estudios de costes reflejan un mayor uso de los servicios sanitarios y una demanda clínica temporalmente creciente, que también se constata en el área de salud de Palencia.
- La tasa de prevalencia entre los niños en edad escolar oscila entre 3 -7%, apreciándose en diversas investigaciones un rango entre el 1,9 y 17,8%. En población española, se presentan tasas de prevalencia que oscilan entre el 1,2 – 8%, en función de la metodología utilizada. En la actualidad tenemos en desarrollo un estudio epidemiológico en nuestra Comunidad Castellano – Leonesa.
- Presenta alta tasa de comorbilidad con trastornos del comportamiento, estado de ánimo, ansiedad y del aprendizaje. La comorbilidad se ha constatado en estudios internacionales, nacionales y en el área de salud de Palencia.

ETIOLOGIA

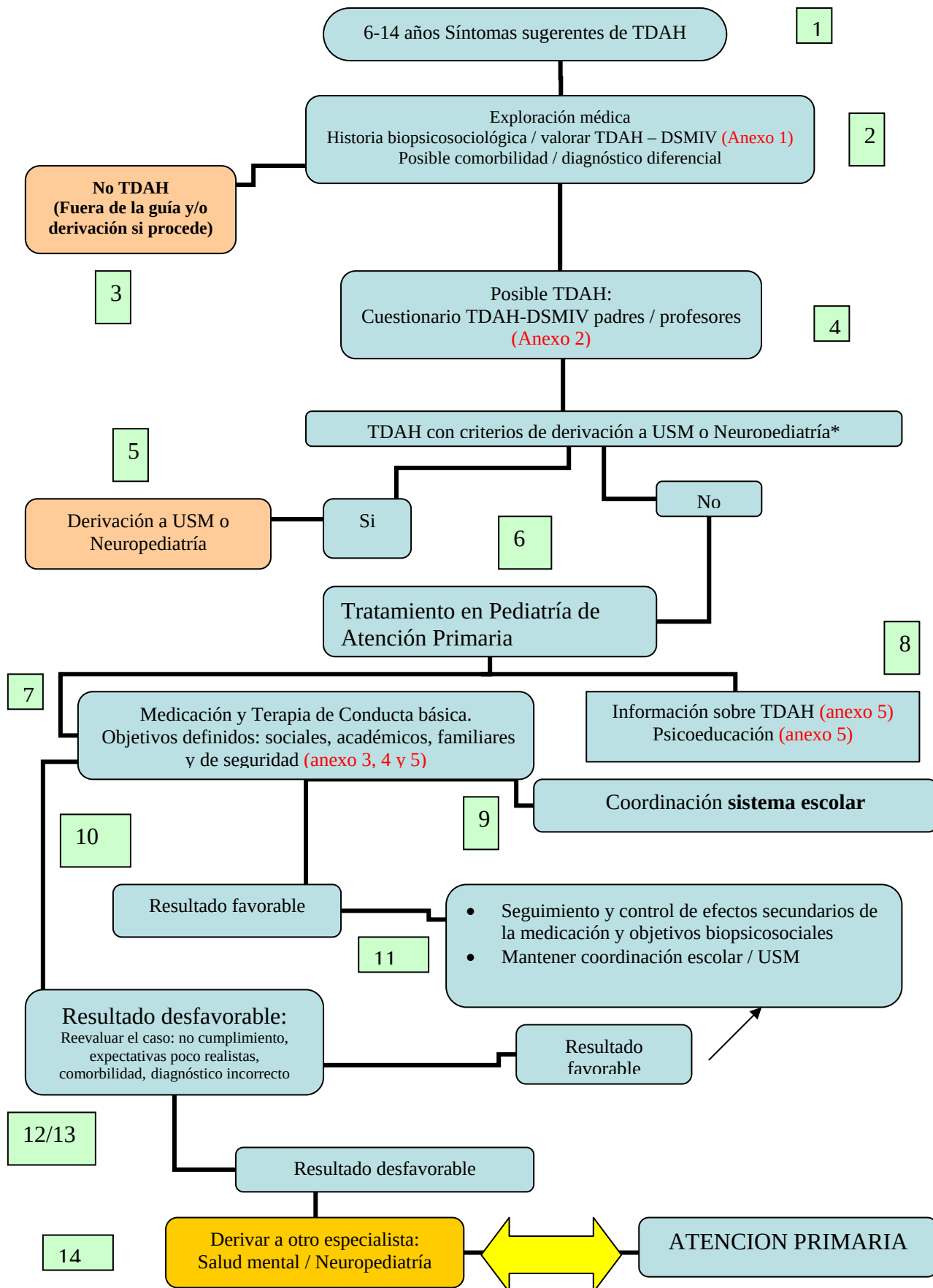
El TDAH es un trastorno de etiología desconocida. Se estima que es resultado de una compleja interacción entre factores genéticos, psicosociales, ambientales y factores de riesgo biológico.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Sugerimos las indicaciones pautadas en el algoritmo de decisión de la Guía Clínica de TDAH y en las especificaciones detalladas en cada apartado. Recordamos que la guía clínica presentada es una síntesis de decisiones y recomendaciones, cuyas fuentes originales figuran en la bibliografía.

ALGORITMO DE DECISIÓN: GUÍA CLÍNICA EN TDAH AREA SALUD PALENCIA

3



ESPECIFICACIONES DEL ALGORITMO DE DECISIÓN DE LA GUIA CLINICA PARA EL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD AREA DE SALUD DE PALENCIA

1. La guía está destinada al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los niños entre 6 y 14 años con sintomatología sugerente de Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad (TDAH) en el Área de Palencia.
2. Los pacientes serán valorados inicialmente en la consulta del pediatra de Atención Primaria mediante: historia clínica (biológica, psicológica, social-escolar) y exploración física, incluyendo la determinación de peso, talla y tensión arterial. La sospecha de TDAH deberá basarse en los criterios diagnósticos de la DSM-IV (ver anexo 1). Será necesario investigar la existencia de comorbilidad psiquiátrica, recordando que las entidades más frecuentemente asociadas son: Trastorno Negativista Desafiante, Trastorno Disocial, Trastorno de ansiedad, Trastornos del Estado de Animo y Trastornos del aprendizaje. Los principales diagnósticos diferenciales a descartar como causa de los síntomas incluirán entidades médicas, efectos secundarios de fármacos, patologías neurológicas y psicopatología en materia de salud mental.
3. Si no es un TDAH, el paciente quedará fuera del propósito de esta guía y deberá ser derivado para su estudio donde proceda.
4. Si se trata de un posible TDAH, se entregará a los padres un cuestionario basado en la DSMIV que está destinado a colaborar en la evaluación del trastorno (ver anexo 2). El cuestionario será contestado por padres y profesores y será recogido en la siguiente consulta. En los casos donde existan y se considere de interés para el paciente, se solicitarán del colegio los informes psicopedagógicos que hayan sido realizados hasta la fecha.
5. Si existe comorbilidad psiquiátrica o neurológica y/o existen otras circunstancias que así lo aconsejen (conflictividad familiar importante, dudas relevantes en el diagnóstico diferencial, terapia de conducta que excede la proporcionada en las orientaciones básicas, conflicto con la familia o no sentirse razonablemente seguro con el caso), se diagnosticará un TDAH con criterios de derivación a la Unidad de Salud Mental (USM) o a la consulta de Neuropediatría (NP) y será enviado por el conducto habitual.

Criterios de derivación a Neuropediatría de paciente afecto de TDAH:

Riesgo neurológico previo conocido, en particular:

- a. Antecedente de prematuridad (inferior a 34 semanas)
- b. Asfixia neonatal
- c. Convulsiones (no febriles)
- d. Patología neurológica previa sobrevenida (infección SNC, traumatismo craneoencefálico moderado o severo,...)

Signos físicos sospechosos, en particular:

- e. Micro o macrocefalia
- f. Signos dismórficos
- g. Manchas cutáneas (sobre todo café con leche o hipomelanósicas)
- h. Torpeza motora manifiesta e importante

6. Si no existen criterios de derivación, el paciente con TDAH será tratado por el pediatra de Atención Primaria.
7. El tratamiento de elección será el Metilfenidato (MF) de liberación inmediata, a una dosis inicial de 5-10 mg/dosis, 2-3 dosis al día. Se podrá aumentar 2,5-5 mg/dosis cada semana, hasta alcanzar la dosis eficaz o efectos adversos importantes. Dosis máxima: 60 mg/día. Una vez alcanzada la dosis eficaz, podrá sustituirse por MF de liberación prolongada a dosis equivalente, en una toma única matutina (ver anexo 3). Durante el tratamiento prolongado podrá ser necesario el incremento de la dosis según el aumento de tamaño del niño, de forma similar a lo que sucede en otras patologías crónicas. El tratamiento farmacológico proporciona un control de los síntomas del TDAH y deberá realizarse bajo supervisión médica.

Los objetivos del tratamiento se definirán individualizadamente de forma previa a su inicio. Su elaboración se realizará de acuerdo con la familia y abordarán las dimensiones mas afectadas (académica, familiar-social, comportamiento y seguridad).

Podrán intentarse “vacaciones terapéuticas” coincidiendo con los fines de semana o las vacaciones escolares cuando los síntomas en el colegio estén bien controlados y los padres tengan una buena tolerancia de los síntomas en casa, no siendo necesario un tiempo mínimo previo de tratamiento antes de dicho ensayo. Asimismo, se aconseja la suspensión programada de la medicación al menos un mes cada dos años durante el periodo escolar, para reevaluar la situación y comprobar si sigue siendo necesaria. Las suspensiones programadas pueden reducir el riesgo de abandono no controlado de la medicación.

Las contraindicaciones y los efectos adversos más frecuentes del metilfenidato se recogen en el anexo 4.

8. El tratamiento farmacológico debe ir acompañado de Terapia de Conducta básica e información sobre el TDAH (ver anexo 5).
9. Se fomentará la coordinación con el sistema escolar.
10. El resultado del tratamiento será considerado favorable cuando se consiga el control adecuado de las manifestaciones cardinales del TDAH (hiperactividad, impulsividad, falta de atención), se logren parcial o totalmente los objetivos individuales fijados al inicio y no se produzcan efectos adversos importantes.
11. Durante el tratamiento, deberá realizarse una monitorización periódica (al menos, cada 6 meses), para evaluar la respuesta al tratamiento (objetivos biopsicosociales) y vigilar la aparición de efectos adversos de la medicación (al menos, habrá que pesar, medir, tomar la tensión arterial y la frecuencia cardiaca). El seguimiento también incluirá la realización de los cuestionarios de TDAH - DSMIV (anexo 2) por los padres y los profesores, para poder compararlos con los previos al inicio del tratamiento. Será conveniente mantener la coordinación con el colegio.

12. El resultado del tratamiento será considerado desfavorable cuando no se haya obtenido la respuesta terapéutica esperada tras 4 a 6 semanas de tratamiento con MF a la dosis adecuada.
13. Si el resultado es desfavorable, será preciso reevaluar el caso y corregir lo susceptible de mejora, con especial atención a: cumplimiento terapéutico correcto (dosis, intervalos); expectativas poco realistas (¿se esperaba demasiado del tratamiento?); comorbilidad no conocida con anterioridad; diagnóstico incorrecto.
14. Cuando el diagnóstico sea confirmado y el resultado desfavorable, se derivará al paciente a la USM o a la consulta de NP según el caso, donde se realizarán las exploraciones y los tratamientos pertinentes. Más adelante, si se obtuviese la respuesta esperada al tratamiento, se podría compartir o pactar el seguimiento y control posterior con el pediatra de Atención Primaria.

ANEXOS GUIA CLINICA DE TDAH: AREA SALUD DE PALENCIA

ANEXO 1.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TDAH (DSM-IV)

A. Uno de los dos siguientes:

1) Seis o más de los siguientes síntomas de **falta de atención** persisten durante al menos 6 meses, con una intensidad que impide la adaptación y no es acorde con el nivel de maduración y desarrollo:

- a) Con frecuencia no presta atención a los detalles o comete errores por descuido en las tareas o actividades
- b) Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en las tareas o las actividades lúdicas
- c) Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente
- d) Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares o sus obligaciones (sin que se deba a comportamiento oposicionista ni a incapacidad para comprender las instrucciones)
- e) Con frecuencia tiene dificultad para organizar las tareas y actividades
- f) Con frecuencia evita, le disgusta o rechaza realizar tareas que requieren un esfuerzo mental mantenido (como tareas escolares u obligaciones domésticas)
- g) Con frecuencia pierde cosas necesarias para sus tareas y actividades (juguetes, material escolar, lápices, libros)
- h) Con frecuencia se distrae fácilmente por estímulos externos
- i) Con frecuencia es olvidadizo en sus actividades diarias

2) Seis o más de los siguientes síntomas de **hiperactividad-impulsividad** persisten durante al menos 6 meses, con una intensidad que impide la adaptación y no es acorde con el nivel de maduración y desarrollo:

Hiperactividad

- a) Con frecuencia juega con las manos o pies o se remueve en el asiento

- b) Con frecuencia se levanta en clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado
- c) Con frecuencia corre o salta en exceso en situaciones inapropiadas (en adolescentes, puede limitarse a sentimientos subjetivos de agitación)
- d) Con frecuencia tiene dificultad para jugar o realizar actividades recreativas de forma silenciosa
- e) Con frecuencia está activo o actúa como “impulsado por un motor”
- f) Con frecuencia habla de forma excesiva

Impulsividad

- a) Con frecuencia responde antes de que las preguntas hayan finalizado
- b) Con frecuencia tiene dificultades para esperar su turno
- c) Con frecuencia interrumpe o molesta a otras personas (p.ej., se entromete en conversaciones o juegos)

B. Algunos síntomas de falta de atención o hiperactividad-impulsividad que causan deterioro están presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algún deterioro por los síntomas están presentes en 2 ó más ambientes (en el colegio o en casa).

D. Debe haber evidencia clara de deterioro clínicamente significativo en la actividad social o académica.

E. Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso de un trastorno del desarrollo, esquizofrenia u otros trastornos psicóticos y no pueden ser explicados por otro trastorno mental (trastornos del humor, de ansiedad, disociativo o de personalidad). Código basado en el tipo (cumpliendo también los criterios B-E):

314.01 TDAH, Tipo Combinado: si ambos criterios A1 y A2 se cumplen en los últimos 6 meses.

314.00 TDAH, Tipo Predominantemente Desatento: si se cumplen los criterios A1 pero no los A2 en los últimos 6 meses.

314.01 TDAH, Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo: si se cumplen los criterios A2 pero no los A1 en los últimos 6 meses.

ANEXO 2.

CUESTIONARIOS CON CRITERIOS DE TDAH BASADOS EN DSM-IV:

- NICHQ escala de evaluación Vanderbilt (Academia Americana de Pediatría): Permite valoración categorial para padres y profesores. Adaptación de las Escalas de Clasificación Vanderbilt, diseñadas por Mark L. Wolraich, MD. La escala en su versión para padres y profesores puede encontrarse en la dirección Web:
 - o <http://www.cincinnatichildrens.org/NR/rdonlyres/382F4D74-CEA3-4175-AC27-8A18CE358F91/0/adhdteacherinformantsp.pdf>
 - o <http://www.cincinnatichildrens.org/NR/rdonlyres/2BE63F61-3D52-4F80-8BFD-E4017EFD5BD2/0/adhdparentinformantsp.pdf>

- SNAP-IV de Swanson, Nolan y Pelham (escala ADHD): Permite una rápida valoración categorial clínica y/o dimensional (baremos no españoles) para padres y profesores.

ANEXO 3.

PREPARADOS Y EQUIVALENCIAS

- **Rubifén®** comprimidos de 5, 10 y 20 mg. Metilfenidato de liberación rápida. Efecto clínico apreciable durante aproximadamente 4 horas, por lo que se administra en 2 dosis (desayuno y comida) o más raramente en 3 dosis (las dos previas más merienda). Absorción retrasada ligeramente con ingestión de alimentos.
- **Medikinet ®** Capsulas de 10, 20, 30 y 40 mg. Metilfenidato de liberación prolongada. Efecto clínico apreciable durante aproximadamente 8-10 horas. Se debe administrar durante o inmediatamente después del desayuno. La cápsula puede abrirse, administrándose su contenido, o parte, junto con alimento.
- **Concerta®** Capsulas de 18mg, 36mg y 54mg. Metilfenidato de liberación prolongada. Efecto clínico apreciable durante aproximadamente 12 horas. Se debe administrar durante o inmediatamente después del desayuno. Debe informarse a las familias sobre la necesidad de tragar la capsula entera.

Equivalencia entre preparados:

Rubifén	Medikinet	Concerta
5mg	10mg	18mg
10mg	20mg	36mg
15mg	30mg	54mg
20mg	40mg	

NOTA: la dosis de rubifén indicada es la administrada por dosis, no la total diaria; la correspondiente a los otros dos preparados es la correspondiente a la dosis única matutina.

ANEXO 4

CONTRAINDICACIONES Y EFECTOS ADVERSOS DEL METILFENIDATO.

Según la ficha técnica del fármaco, el metilfenidato está contraindicado en: psicosis, depresión, anorexia, antecedentes de drogodependencia o alcoholismo, ansiedad o agitación, problemas cardiovasculares conocidos (arritmias, angina de pecho, hipertensión grave), hipertiroidismo, glaucoma, y antecedentes familiares de muerte súbita antes de los 50 años. Aunque el Síndrome de Tourette figura como contraindicación para uso de estimulantes, existen datos que avalan su uso sin agravamiento de tics en caso de comorbilidad con TDAH.

Debe usarse con precaución y monitorizarse su efecto en presencia de tics, hipertensión arterial leve, o trastornos psiquiátricos como retraso mental o trastorno de conducta .

Entre los efectos adversos de los psicoestimulantes destacan:

- Arritmias, palpitaciones, hipertensión. Son poco frecuentes. Debe cesarse su administración.
- Anorexia, pérdida de peso y molestias gastrointestinales: en muchos casos la anorexia y la pérdida de peso es transitoria, y desaparece al cabo de unas semanas. Puede mejorarse administrando las dosis con las comidas o después de ellas, y modificando el ritmo de la ingesta (desayuno, merienda y cena abundantes, comida más ligera). La pérdida de peso puede justificar vacaciones terapéuticas los fines de semana en casos de TDAH con repercusión menor en ámbito familiar.
- Insomnio: el tratamiento estimulante puede reducir las horas de sueño dentro de lo aceptado como normal. Si los padres no aprecian una somnolencia diurna importante no se considera necesaria ninguna medida especial. Puede administrarse la dosis matutina más temprano, interrumpiendo las dosis de tarde y noche o cambiando a un preparado de acción corta, y también evitando actividades estresantes después del colegio
- Cefalea: puede aparecer al inicio del tratamiento. La suspensión del mismo y su reinstauración unos días más tarde puede establecer una posible relación causal. Puede revisarse el horario de la medicación, reducir la dosis con retorno gradual a la dosis terapéutica, o cambiar el preparado de acción inmediata por uno de acción prolongada o al revés, si se presentara la situación contraria
- Irritabilidad, disforia, agitación: En ocasiones son síntomas del TDAH, y pueden mantenerse hasta el ajuste adecuado de dosis. Debe comprobarse el horario de los síntomas, reducir la dosis o cambiar a preparados de acción prolongada y considerar comorbilidad. La persistencia o agravación de estos síntomas requieren derivación al especialista.
- Efecto rebote a las 4-5 horas tras la última dosis (irritabilidad, melancolía): En algunos casos, puede existir una reaparición de síntomas de TDAH coincidiendo con el final del efecto terapéutico del preparado utilizado. Debe valorarse la pertinencia del ajuste de las dosis o de los preparados; pueden superponerse las dosis de estimulantes, bajar la dosis poco a poco, o combinar preparados de acción corta y prolongada.
- Tics simples: la medicación puede agravar tics previos o hacer aparecer tics nuevos; si son leves e infrecuentes, bastará con monitorizarlos; en otros casos, habrá que valorar con los padres el beneficio/riesgo y considerar otras alternativas.
- Deterioro del crecimiento: estudios recientes señalan que el fármaco puede disminuir la velocidad de crecimiento sin afectar a la talla final según el pronóstico previo. Debe controlarse la talla del paciente, y en caso de disminución de velocidad de crecimiento, pueden intentarse descansos en vacaciones.

Interacciones:

El tratamiento estimulante aumenta los niveles plasmáticos y los efectos secundarios de fármacos antihipertensivos, antidepresivos y antiepilépticos. La prescripción de un fármaco para el TDAH en estos casos debe ser realizada por un especialista.

Intoxicación.

En el caso de sobredosis aguda los síntomas esperables son los de estimulación del SNC y del sistema nervioso simpático. El tratamiento es evacuador y sintomático. No existe antídoto específico.

ANEXO 5

ORIENTACIONES PARA PADRES DE NIÑOS CON TRASTONO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD (TDAH). BASE PSICOEDUCATIVA Y CONDUCTUAL

La primera orientación es informativa y alude a la explicación sobre el TDAH como un trastorno del desarrollo del autocontrol que incluye dificultades importantes para mantener la atención, controlar los impulsos, el nivel de actividad y el propio comportamiento. Se trata de un problema de larga duración que tiene una incidencia potencial sobre las alteraciones de conducta, rendimiento académico, relaciones personales y desarrollo afectivo / cognitivo. Es importante dejar constancia de que no se trata de niños malos, malcriados, vagos o perezosos; sino de un trastorno cuya evolución es más favorable cuando reciben tratamiento en épocas tempranas, permitiendo con frecuencia controlar la clínica y las complicaciones que pudieran tener. También es relevante dejar constancia de que el trastorno tiene un componente biológico por lo que no es deseable que los padres se culpabilicen de lo que sucede y resulta útil que se responsabilicen en ayudar a su hijo mediante una orientación profesional adecuada.

A continuación dejamos constancia de breves indicaciones para la familia que presentan una orientación de base conductual y están basadas en el juicio clínico de los autores de esta guía.

AMBIENTE FAMILIAR: Es deseable un clima afectivo, con valoración frecuente de las cualidades del niño, pero también estable en las normas y las consecuencias de su conducta. La actuación de los padres respecto a la educación debe ser armónica y coordinada, evitando contradicciones y resolviendo desacuerdos de forma privada.

En niños inquietos el ambiente debe ser ordenado y estructurado, estableciendo rutinas para comer dormir, hacer los deberes y asignar determinadas tareas.

También es relevante la planificación ambiental, anticipándonos a situaciones de riesgo para el mal comportamiento.

MODELADO: El modelado es una técnica operante de adquisición de conductas consistente en colocar la conducta del niño bajo el control topográfico y temporal que brinda la conducta del modelo, con el posterior reforzamiento de las conductas modeladas. Es deseable que los padres realicen con corrección lo que solicitan a su hijo, pues de lo contrario no lo entenderá y es posible que copie su mala conducta. A modo de ejemplo si se le solicita que baje la voz, no se debe gritar o si se le pide que no pegue a otros niños, no es correcto pegarle.

ESTIMULO DE CONDUCTA: Ante la conducta alterada resulta útil pensar en la conducta incompatible con la misma y estimularla mediante refuerzo social y/o material, siguiendo los principios básicos del condicionamiento. Es mas eficaz felicitar a un niño por tener su cuarto organizado o tratar bien a su hermano, que castigarlo por tenerlo desorganizado o pegar a su hermano. El refuerzo social y material suele iniciarse en un contexto positivo primario, centrado en lo que el niño hizo bien y son aplicados con consistencia y frecuencia, incluyendo la variación para evitar el efecto de saciación. En este ámbito es necesario considerar la utilización del moldeamiento y de los programas de refuerzo intermitente cuando la conducta ha sido instaurada.

Resulta útil el registro de la conducta deseada y su recompensa, utilizando un programa conductual de economía de fichas. Los registros de conducta, referenciados a sistemas de puntos, son una forma efectiva de prestar atención a conductas deseables y/o incompatibles con la conducta problema, siendo altamente motivador para el niño que se siente observado por la conducta adecuada y no por la negativa, como solía ser habitual.

Algunos niños han sido corregidos muchas veces en aquello que hacen mal, pero no se les ha indicado como hacerlo adecuadamente. Es recomendable aleccionarlos sobre lo que es una conducta adecuada en diversas situaciones (enseñarles a comunicarse, a esperar, a reflexionar sobre las consecuencias de las acciones...). La instrucción sobre el modo de comportarse es importante y puede realizarse en el contexto de un ensayo de roles, potenciando las habilidades sociales.

NORMAS: De la misma forma que el afecto y el refuerzo por la conducta adecuada contribuyen al desarrollo emocional y a la educación del niño, las normas también son necesarias. El niño con TDAH es muy difícil de educar si no se tienen unos límites educativos claros y consistentes.

En casos de TDAH es recomendable que las normas sean pocas, claras, bien definidas y repetidas. Deben aplicarse sistemáticamente, con tranquilidad, asegurándose de que el

niño está atendiendo, evitando dar varias órdenes simultáneamente y adaptándose a las posibilidades del niño.

Es importante considerar que no es útil tener al niño con TDAH eternamente castigado y que resulta más útil fomentar la conducta positiva mediante el modelado y los sistemas de refuerzo anteriormente expuestos. Recomendamos seguir la regla, no necesariamente matemática sino conceptual, de tres felicitaciones por una recriminación.

En este apartado podemos considerar las técnicas conductuales operantes de extinción como el coste de respuesta o el tiempo fuera de reforzamiento positivo. El coste de respuesta puede considerarse como una técnica que suprime ciertos privilegios cuando no se cumplen normas o acuerdos establecidos y el tiempo fuera consiste en excluir al niño de la situación que estimula la conducta problema.

AUTONOMIA Y AUTOESTIMA: Es importante favorecer la autonomía del niño mediante el desempeño de actividades / responsabilidades apropiadas a su edad con refuerzo social por su desarrollo y estimular su autoestima mediante la valoración de sus logros. Los objetivos en ambas dimensiones deberán ser graduados facilitando el refuerzo por aproximaciones a la conducta objetivo.

Los comentarios de desprecio hacia el niño/a, así como las comparaciones negativas son perjudiciales y contribuyen a disminuir su autoestima. Sería deseable eliminar las etiquetas negativas del tipo “eres tonto”, “eres un vago”, “eres insoportable”, “todo lo rompes”, “no hay quien te aguante”; que deben ser sustituidas por comentarios centrados en la conducta, separando la persona del acto.

ATENCION: En niños con dificultades de atención, resulta necesario incrementar conductas que la fomenten. En este apartado podemos considerar algunas dimensiones como tener preparado el material escolar antes de comenzar la tarea, realizar tareas cortas y estructuradas con apoyo en forma de refuerzo, orientar brevemente ante la pérdida de atención, estudiar en ambientes libres de estímulos distractores, utilizar periodos de descanso para fortalecer una atención mas concentrada, cambiar de actividad cuando la atención sea escasa y utilizar adecuadas técnicas de estudio.

ENSEÑAR A PENSAR: Las autoinstrucciones y técnicas de resolución de problemas son procedimientos que pueden ayudar a pensar de forma más reflexiva.

RELACION CON LOS COMPAÑEROS: Cuando la relación con los compañeros está alterada la intervención requiere ciertos requisitos previos como reducir la

impulsividad, mejorar autocontrol, aumentar la resistencia a la frustración y educar con límites educativos claros.

Algunas orientaciones pueden ayudar a mejorar esta dimensión como favorecer el contacto controlado con otros niños, integrarlo en actividades grupales monitorizadas, educarlo con límites educativos claros o fomentar el análisis reflexivo de las situaciones de conflicto. En este apartado son útiles las técnicas de resolución de problemas y el entrenamiento en habilidades sociales.

EL GRUPO FAMILIAR: La tarea de los padres en la educación de un hijo con TDAH puede ser complicada y en ocasiones olvidan su propia estabilidad emocional. Por su bienestar resulta importante que también atiendan a sus necesidades personales y a las de los hermanos del niño con TDAH.

EL TDAH ADOLESCENTE: Muchas de las orientaciones previas son válidas para el adolescente con TDAH y otras deberán ser ajustadas. A partir de esta edad los padres deberán recibir información sobre la actuación en chicos con este problema y sobre las peculiaridades de esta época de la vida y sus profundos cambios en el plano biológico, psicológico y social.

En este periodo vital la relación familiar necesita una actitud más democrática que en épocas previas y las normas siguen siendo muy necesarias, pero necesitan de mayor consenso.

Los estímulos o refuerzos deberán ajustarse a la edad del chico y los acuerdos pueden llegar más fácilmente mediante negociación que por imposición. En esta edad el programa conductual de economía de fichas puede sustituirse por el contrato de contingencias, en el que padres e hijo dejan constancia por escrito y mediante consenso de la conducta que desean en el otro y de las consecuencias de cumplimiento.

En este periodo vital es especialmente útil el mantener abiertos los canales de comunicación, permitir la expresión emocional, conectar de forma genuina y empática, considerar las opiniones del chico y comunicarse sin acusaciones.

Finalizamos estas breves orientaciones considerando que la familia debe saber que el tratamiento del TDAH es una tarea conjunta y coordinada de los profesionales encargados de su caso (sanitarios / escolares / sociales), con la participación clave del entorno familiar. Es importante que tanto la familia como los profesionales se impliquen en el tratamiento de forma coordinada.

Nota: Los autores de esta guía asumimos la responsabilidad de explicar a los profesionales del área de salud de Palencia cualquier duda sobre este breve y resumido documento.

BIBLIOGRAFÍA

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents and adults, 2001. Disponible en www.aacap.org
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46: 894-921
- American Academy of Pediatrics. Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2000;105;1158-1170
- American Academy of Pediatrics. Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2001;108;1033-1044
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2002.
- Barkley RA. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment. Third edition. New York: Guilford Press; 2006.
- Cincinnati's Children Hospital Medical Centre. Health Policy & Clinical Effectiveness Program. Evidence based clinical practice guideline for outpatient evaluation and management of attention deficit/hyperactivity disorder. 2004. Disponible en www.cincinnatichildrens.org
- Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline: Diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in primary care for school-age children and adolescents, 2007. Disponible en www.icsi.org
- Krull KR. Evaluation and diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder in children. UpToDate, 2007. Disponible en www.uptodate.com
- Krull KR. Overview of the treatment and prognosis of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. UpToDate, 2007. Disponible en www.uptodate.com
- Krull KR. Pharmacotherapy for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. UpToDate, 2007. Disponible en www.uptodate.com
- López- Villalobos JA, Serrano I, Delgado J, Ruiz F, García MJ, Sánchez MI. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una alteración psicopatológica con impacto multidimensional. *Anales de Psiquiatría* 2004; 20(5): 205-210.
- López- Villalobos JA, Serrano I, Delgado J. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a predictive model of comorbidity with behaviour disorder. *Psychology in Spain*. 2005; 9 (1): 63-74

- López- Villalobos JA, Serrano I, Delgado J. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema* 2004; 16(3): 402-407.
- López-Villalobos JA, Rodríguez L, Sacristán AM, Garrido M, Martínez T. El psicólogo clínico y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: vinculación con el pediatra. *Revista Pediatría de Atención Primaria* 2006; 8 Supl 4:S157-73.
- López-Villalobos JA, Ruiz F. Dimensiones depresivas en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anales de Psiquiatría* 2006; 22(6): 271-281.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Review of Technology Appraisal 13. Methylphenidate, atomoxetine and dexamfetamine for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents, 2006. Disponible en www.nice.org.uk
- New Zealand's Ministry of Health. New Zealand. Guidelines for the assessment and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder, 2001. Disponible en www.moh.govt.nz
- Nissen SE. ADHD drugs and cardiovascular risk. *N Engl J Med* 2006; 354: 1445-1448
- Poulton A. Growth on stimulant medication; clarifying the confusion: a review. *Arch Dis Child* 2005; 90: 801-806
- Schachter HM, Ba' Pham, King J, Langford S, Moher D. How efficacious and safe is shortacting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescents? A meta-analysis. *CMAJ* 2001;165(11):1475-88.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A national clinical guideline. 2001. Disponible en www.sign.co.uk
- Swanson JM. School-Based Assessments and Treatments for ADD Students. Irvine, CA: KC Publishing; 1992.
- University of Michigan Health System. Attention-deficit hyperactivity disorder, 2005. Disponible en <http://cme.med.umich.edu>
- Wolraich ML, Lambert EW, Doffing MA, Bickman L, Simmons T, Worley K. Psychometric Properties of the Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale in a Referred Population. *Journal of Pediatric Psychology*. 2003; 28 (8): 559-568.