

Alberto Espina y Asunción Ortego

# Guía Práctica para los Trastornos de Déficit Atencional con/sin Hiperactividad



# **GUÍA PRÁCTICA PARA LOS TRASTORNOS DE DÉFICIT ATENCIONAL CON/SIN HIPERACTIVIDAD**

**Alberto Espina y Asunción Ortego**



## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	5
2. DIAGNÓSTICO .....	7
3. ETIOLOGÍA .....	13
4. EPIDEMIOLOGÍA .....	17
5. MODELOS EXPLICATIVOS .....	19
6. COMORBILIDAD .....	21
7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL .....	25
8. EVOLUCIÓN .....	27
9. PROCESO DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN .....	29
10. PROCESO ASISTENCIAL .....	41
11. LA ESCUELA Y EL TDAH .....	45
12. FAMILIA Y TDAH .....	51
13. INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS CON HIJOS CON TDAH .....	55
BIBLIOGRAFÍA .....	61
ANEXOS .....	67
Escala de evaluación de los efectos secundarios de los psicoestimulantes .....	67
Escala de evaluación de síntomas o problemas .....	68
Escala SNAP-IV (versión abreviada) .....	69
Escala de criterios DSM-IV-TR para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad .....	71
Escala de criterios CIE-10 para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad .....	73
Carta de solicitud de colaboración del centro escolar para la evaluación .....	74
Carta de solicitud de colaboración del centro escolar para el tratamiento farmacológico ..	75
Ficha de condicionamiento operante .....	76



## INTRODUCCIÓN

En 1902 Still describió a niños «problemáticos» en los que aparecían conductas impulsivas y agresivas asociadas a la falta de atención, atribuyendo dichas conductas a *defectos del control moral*. Hohman (1922), Khan y Cohen (1934) al hallar dichos síntomas en niños que habían padecido lesiones o infecciones cerebrales, hablaron del *síndrome de lesión cerebral humana*. En 1962, Clements y Peters describieron la *disfunción cerebral mínima* caracterizada por hiperactividad, déficit de atención, bajo control de impulsos, agresividad, fracaso escolar y labilidad emocional. La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en el DSM-II (1968) introduce el término *Reacción hiperkinética de la infancia*, haciendo especial hincapié en la hiperactividad como síntoma ajeno a lesiones cerebrales. En 1970 Douglas señaló que la dificultad de mantener la atención y la impulsividad, asociadas a una deficiente autorregulación, era la clave de estos trastornos. Basándose en sus afirmaciones la APA introduce en 1980 (DSM-III) el término *déficit de atención con y sin hiperactividad*. La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone en 1992 el término *Trastorno hiperkinético* (CIE-10). En el DSM-IV (1994) se introducen tres subtipos, que se mantienen en la revisión del 2000.

El TDAH se conceptualiza como un trastorno del desarrollo de las funciones ejecutivas y del autocontrol debido a deficiencias en el intervalo de atención y el control de impulsos, acompañado o no de hiperactividad. Los síntomas deben estar presentes antes de los 7 años y provocar dificultades importantes en las actividades diarias en, por lo menos, dos ambientes. La edad de inicio anterior a los 7 años es muy importante, pues con frecuencia los niños y adolescentes expresan su malestar psíquico y social con conductas semejanteras a las del TDAH. La presencia en dos o más ambientes también es destacable, pues si sólo se da en uno, las conductas pueden ser una reacción a estresores ambientales.



## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en los criterios DSM-IV-TR (APA, 2000) y CIE-10 (OMS, 1992). En el DSM-IV se admite el déficit de atención sin síntomas de hiperactividad/impulsividad. Los criterios CIE-10 pueden dar falsos negativos en los inatentos, mientras que los DSM-IV pueden dar falsos positivos al diagnosticar formas de hiperactividad e inatención leves («normales» para la edad) como TDAH.

*Tabla 1: Criterios diagnósticos DSM-IV-TR para el TDAH (APA, 2000)*

---

A. (1) ó (2)

1. Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

***Falta de atención:***

- a. a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
  - b. a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
  - c. a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
  - d. a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
  - e. a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
  - f. a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
  - g. a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
  - h. a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
  - i. a menudo es descuidado en las actividades diarias.
-

---

2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

***Hiperactividad:***

- a. a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- b. a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c. a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- d. a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e. a menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor.
- f. a menudo habla en exceso.

***Impulsividad:***

- (g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- (h) a menudo tiene dificultades para guardar turno.
- (i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos).

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental. (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

---

Según el DSM-IV (APA, 1994) y el DSM-IV-TR (APA, 2000), existen tres tipos de Trastorno por Déficit Atencional con/sin Hiperactividad:

- Tipo combinado: si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.
- Tipo predominantemente Desatento: si se satisface el criterio A1, pero no el A2 durante los últimos 6 meses.
- Tipo predominantemente Hiperactivo-Impulsivo: si se satisface el criterio A2, pero no el A1 durante los últimos 6 meses.

*Tabla 2. Criterios diagnósticos CIE 10 para el trastorno hiperactivo (OMS, 1992)*

Déficit de atención	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.</li> <li>2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.</li> <li>3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice</li> <li>4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.</li> <li>5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.</li> <li>6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental sostenido.</li> <li>7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como material escolar, libros, etc.</li> <li>8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.</li> <li>9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias</li> </ol>
Hiperactividad	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento.</li> <li>2. Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.</li> <li>3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.</li> <li>4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.</li> <li>5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.</li> </ol>
Impulsividad	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.</li> <li>2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.</li> <li>3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.</li> <li>4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.</li> </ol>
El inicio del trastorno no es posterior a los siete años	
Los criterios deben cumplirse en más de una situación	
Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.	
No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maniaco, episodio Depresivo o trastorno de ansiedad.	

Tabla 3. Síntomas primarios y asociados en el TDAH

Síntomas primarios	Síntomas asociados
1. Déficit de atención.	1. Problemas de conducta.
2. Hiperactividad.	2. Déficit de aprendizaje.
3. Impulsividad.	3. Problemas de relación.
	4. Bajo nivel de autoestima.
	5. Alteraciones emocionales.

La **atención** es la focalización de la conciencia, su función es seleccionar datos y utiliza filtros para dejar de lado estímulos que no son relevantes. La capacidad de la atención es influida por varios factores: 1) evaluación de esfuerzo que requiere la tarea, 2) disposición estable orientada a la supervivencia, 3) orientación a objetivos transitorios dependientes de las necesidades del momento y 4) el nivel de activación emocional (arousal).

Existen dos tipos de atención: a) *voluntaria*, la utilizamos para mantener nuestra conciencia centrada en un objeto, requiere un esfuerzo de concentración. b) *espontánea*, sujeta a estímulos externos y asociada al sistema de alerta que nos protege de peligros.

Los elementos que la componen: *enfoque, selección y sostenimiento*. Cada uno de ellos hace referencia a tres fases o etapas: el *enfoque* consiste en elegir algo hacia donde dirigir nuestra atención, con la *selección* nos centramos en algo que reclama nuestra atención es ese momento y por último *sostenemos* la atención todo el tiempo que sea necesario. El sostenimiento de la atención esta condicionada por la organización, dirección, mantenimiento y el esfuerzo invertido. Si esto falla se cometen más errores. En los TDAH falla la atención selectiva y sostenida.

La **hiperactividad**, como hemos visto, va más allá del típico niño «movido», no paran quietos, realizan conductas de riesgo, se balancean, tocan todo, hablan sin parar, etc. En relación con el exceso de actividad se utilizan términos que conviene distinguir: La *hiperactividad* se asocia a un rasgo de conducta desorganizada y caótica. La *sobreactividad* hace referencia a la excesiva movilidad motivada por diferentes causas y está presente en condiciones de normalidad y

cuadros clínicos. La *hipercinesia* suele referirse a un cuadro clínico y engloba síntomas de hiperactividad, inatención e impulsividad. Puede aparecer al ser estimulada por factores situacionales o estar presente siempre, lo cual conlleva mayor déficit cognitivo, más comorbilidad, aparición precoz y más alteraciones neuromadurativas.

La **impulsividad** hace referencia a la dificultad para actuar después de pensar y para tolerar la frustración que supone la espera, por ello los impulsivos son muy impacientes, interrumpen conversaciones, no respetan los turnos e incluso llevan a cabo conductas que acarrearán riesgos para la integridad propia y ajena. Se ha diferenciado una *impulsividad cognitiva*, que hace referencia al estilo de aprendizaje y afrontamiento de tareas. La persona impulsiva no reflexiona y tiene más probabilidades de precipitarse y no solucionar adecuadamente los problemas que se le presentan, no se para a observar y escuchar, por lo que toma decisiones precipitadas sin valorar las ventajas y desventajas de diferentes opciones. Su procesamiento de la información es pobre.

Mientras que la *impulsividad motora*, se asocia a una falta de control motriz por la búsqueda de gratificación inmediata que hace que les resulte muy difícil esperar. La persona impulsiva puede tener accesos de cólera cuando no obtiene lo que desea, lo cual entraña riesgo para los que le rodean y para él mismo si se autoagrede o golpea objetos sin prevenir no dañarse, por ej. pegar un puñetazo o cabezazos en la pared. También suelen ser desobedientes, confrontativos, mienten con más frecuencia y suelen ser rechazados por los demás.

Como veremos al hablar de la evaluación, para realizar el diagnóstico de TDAH es imprescindible la observación de los síntomas mencionados en diferentes situaciones del paciente: escuela, hogar, trabajo y ocio, por lo que es necesaria la utilización de fuentes múltiples de información. Es frecuente que los pacientes con TDAH tengan buen comportamiento en las situaciones nuevas y que en una primera toma de contacto no muestre las conductas problemáticas, por lo que no debemos excluir el diagnóstico de TDAH basándonos en esa primera impresión.



## ETIOLOGÍA

En la etiología del TDAH se han hallado factores genéticos, congénitos, ambientales, alteraciones neuroanatómicas y neuroquímicas.

Los estudios genéticos muestran que existe mayor susceptibilidad de padecer el trastorno en familiares de primer orden (5-6 veces más frecuente), concordancia en gemelos monocigóticos (51-86%) y dicigóticos (29-33%) (Cornejo, Cuartas, Gómez-Uribe y Carrizosa (2004). En su origen se señala la combinación de factores genéticos y ambientales tempranos (por ej., consumo de alcohol, tabaco, drogas, estrés durante el embarazo), intoxicación por plomo, alergias alimentarias. En el 50% de los casos se encuentran alteraciones en genes, pero debemos tener en cuenta que la base genética es modulada en muchos casos por el ambiente.

Neuroanatómicamente se ha observado que existe menor volumen cerebral (2,7-3,2% menor) y cerebeloso (-3,5%) en niños con TDAH, que correlaciona positivamente con la sintomatología (Castellanos et al. 2002). El circuito anatómico implicado incluye regiones cerebrales prefrontales derechas, estriada, ganglios basales y el vérmix cerebeloso (Castellanos y Acosta, 2002). Existe mayor activación frontal y menor activación estriada que en los controles (Vaidya et al., 1998). El área prefrontal organiza la información, inhibe la respuesta, planifica la conducta y selecciona la atención. Hace de «director de orquesta» de la información que le llega, dando sentido a pensamiento, sentimiento y conducta. Los ganglios basales están asociados al control motor y el cerebelo a la coordinación motriz.

A nivel neurobiológico, en el TDAH parece existir una inmadurez en los sistemas de neurotransmisión monoaminérgicos: existe menos dopamina en las sinápsis (asociada al comportamiento motor y al sistema de refuerzo de recompensa), noradrenalina (asociada a la atención, vigilancia y funciones ejecutivas), serotonina (regu-

lador del estado de ánimo), y GABA, que participa en la regulación del circuito atencional subcortical. Estudios realizados con Potenciales Evocados Cognitivos muestran que los niños con TDAH tienen alteradas determinadas etapas del procesamiento cognitivo de la información (Idiazábal et al., 2005).

El TDAH está asociado a déficits de funciones ejecutivas: inhibición de las respuestas, planificación, memoria de trabajo, capacidad de retrasar la gratificación y la flexibilidad mental, de manera que estarían implicados el cortex prefrontal, el cuerpo estriado y la dopamina (The Royal College of Psychiatrists, 2004). Los hallazgos neuroanatómicos y neuropsicológicos destacan los déficit en las funciones inhibitorias, ejecutivas y atencionales mediadas por el lóbulo frontal.

Debido a estas alteraciones los estímulos se perciben como caóticos y difíciles de organizar, por lo que se producen alteraciones cognitivas, afectivas y conductuales. Entre los «indicadores de hiperactividad» tempranos destacan: descargas mioclónicas durante el sueño, alteraciones en el ritmo circadiano, elevada reactividad ante estímulos auditivos, resistencia a los cuidados cotidianos, actividad motriz excesiva, poca conciencia del peligro, dificultades en la adaptación social, y un estilo cognitivo irreflexivo, falta de control motriz, fluctuaciones atencionales y agresividad (Risueño, 2001).

En resumen los estudios biológicos muestran que existen: 1) alteraciones neuroanatómicas en las regiones frontal, estriada y cerebelosa, 2) alteraciones en los neurotransmisores, especialmente dopamina y noradrenalina, 3) activación cerebral anómala asociada a las funciones ejecutivas.

Desde el punto de vista ambiental, algunos autores (Erdman, 1998; Newman, 1996; Clarke et al., 2002) sugieren que los estilos de apego inadecuados, especialmente el desorganizado y el inseguro-ambivalente, pueden jugar algún papel etiológico en el TDAH. En niños institucionalizados y maltratados en los que el estilo de apego es desorganizado, se han hallado más casos de TDAH.

El apego (Bowlby, 1977) se caracteriza por: esfuerzos por mantener la proximidad, mantener un contacto sensorial privilegiado, exploración del mundo desde la figura

de apego como base segura, y ansiedad ante la separación y sentimientos de desolación ante la pérdida. El apego consta de tres componentes: las conductas de apego, un modelo mental de la relación y los sentimientos. Las conductas de apego incluyen llamadas, vigilancia y aproximación a la figura de apego. El modelo mental incluye recuerdos de la relación, el concepto que se tiene de la figura de apego y de sí mismo, las expectativas sobre la relación y la visión del contexto en el cual se sitúa la relación.

Existen 4 tipos de apego (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978; Main y Solomon, 1986, 1990):

1. *Apego seguro*, en el cual hallamos sentimientos de seguridad asociados a la proximidad y el contacto, y ansiedad ante la pérdida. El cuidador muestra disponibilidad, receptividad y calidez.
2. *Apego inseguro evitativo*, el niño se muestra desvinculado de la figura de apego, no interactúa con ella y parece rechazarla; la ansiedad que presenta cuando ésta desaparece es escasa o nula y al regresar, en general, la ignora o rechaza. Las figuras de apego expresan abiertamente cólera, resentimiento y una constante oposición a los deseos de los hijos, a quienes riñen con mucha frecuencia. Suelen tener poco contacto físico con sus hijos, pero al tenerlo éste es intenso e intrusivo, abrumándole.
3. *Apego inseguro-ambivalente*, los niños interactúan muy poco con su cuidador, el cual se muestra insensible, dependiendo de su estado de ánimo o de lo que desee en el momento. Se produce por lo tanto una falta de disponibilidad o insensibilidad que creará en el niño una inseguridad respecto a lo que pueda suceder, lo cual le llevará a expresarse ambivalentemente respecto a la figura de apego.
4. *Apego desorganizado* se caracteriza por la total ausencia, por parte de los padres, de estrategias que le ayuden a organizar una respuesta ante la necesidad de confort y seguridad que produce encontrarse en la situación extraña y estresante. Esos padres son contradictorios y desorganizados. Es frecuente que los padres pertenecientes a este modelo se hayan visto en

situaciones de riesgo en las que estaban totalmente indefensos, o ante cuidadores hostiles, y el efecto de estas experiencias lo extrapolan a la relación con sus hijos, mostrando acciones contradictorias, desorganizadas y desorientadas. Lyons-Ruth (1996) señala que el apego desorganizado en la primera infancia predice conductas violentas en la edad escolar, y Van Ljzendoorn, Schuengel y Bakermans-Kranenburg (1999), concluyen que el apego desorganizado se relaciona con más problemas externos de conducta y violencia, manteniéndose durante periodos extensos de tiempo desde la primera infancia a la edad escolar y posteriormente. Por todo ello el apego desorganizado, tipo D, se puede considerar como un importante factor de riesgo de desarrollo psicopatológico.

En los casos de TDAH es frecuente escuchar a las familias que desde que el niño nació lloraba mucho, era incansable y suponía una carga su crianza. Esto puede favorecer el desarrollo de estados de ánimo que no son adecuados para que la vinculación se establezca de modo seguro y estabilizador.

Si los estilos de apego inadecuados son causa o consecuencia del TDAH no ha sido dilucidado, pero las intervenciones dirigidas a mejorar el apego son de gran interés, especialmente para favorecer el desarrollo del niño y prevenir la patología asociada.

Los problemas familiares: mala relación de pareja, hostilidad hacia el hijo, alteraciones de la organización y comunicación familiar, pueden influir poderosamente en la comorbilidad del TDAH.

## EPIDEMIOLOGÍA

En los meta-análisis realizados, la prevalencia oscila del 3 al 7% (Swanson, Sergeant, y Taylor, 1998; Connor, 2002), del 3-5% en el DSM-IV, siendo el 4-6% el porcentaje más aceptado en nuestro medio (Soutullo-Esperón, 2003).

El TDAH tiene validez transcultural, habiéndose estudiado en países de culturas diferentes (Alemania, China, EE.UU, India, Nueva Zelanda, etc.). En España se han realizado estudios en diferentes comunidades autónomas: Andalucía (Benjumea y Mojarro, 1993), Navarra (Farré y Narbona, 1989), Valencia (Andrés-Carrasco, Catalá y Gómez-Beneyto, 1995; Andrés, Catalá y Gómez-Beneyto, 1999). La tasa de prevalencia oscila del 2 al 6% (Criado y Romo, 2003).

Al analizar los subtipos de TDAH encontramos diferencias en la prevalencia, así el subtipo combinado es mucho más frecuente (52,2%) que el inatento (34,8%) y que el hiperactivo (13%), (Rhode et al., 2000, Barbaresi, et al., 2002, 2004). Las diferencias más significativas entre los subtipos de TDAH están en la memoria de trabajo no verbal, previsión de respuesta, comprobación de hipótesis y control motriz.

Los niños son más propensos que las niñas a padecer el trastorno, 2,5:1, mientras que las niñas presentan más problemas de atención y cognitivos que impulsividad (Gershon, 2002; Biederman et al., 2004)). La prevalencia más alta se encuentra en el rango de edad de 6-9 años. Más del 80% seguirán presentando el trastorno en la adolescencia, y el 30-65% lo seguirán padeciendo en la vida adulta.



## MODELOS EXPLICATIVOS

Douglas (1983, 1984) propone un *modelo atencional* en el que plantea cuatro factores predisponentes para el TDAH: 1) déficit en la inhibición de las respuestas impulsivas, 2) búsqueda de estimulación/gratificación inmediata, 3) poco interés por el esfuerzo que requieren las tareas complejas y 4) poca capacidad para solucionar problemas. En este modelo se da menos importancia a la hiperactividad.

Barkley (1990) desarrolló un modelo basado en la *desinhibición conductual* según el cual la hiperactividad y la impulsividad no son elementos aislados, sino que ambos conforman un patrón generado por la dificultad para inhibir la conducta. Esta autora señala dos tipos de déficit en el TDAH: a) una incapacidad para generar conductas moldeadas por las contingencias, que le llevaría a fallar en el proceso de interiorización de las normas, y b) una respuesta anormal a las consecuencias del medio. Posteriormente, Barkley (1998) desarrolla el *modelo de autorregulación*, según el cual en el TDAH existiría una desinhibición conductual que le impediría inhibir respuestas, cambiar patrones habituales y controlar las interferencias. Esto dificultaría el desarrollo de funciones cognitivas superiores por lo que tendría poca memoria de trabajo, un retraso en la internalización del habla, un débil control del afecto y un déficit motivacional. Tendrían dificultades para desarrollar conductas orientadas a objetivos, para ser persistentes, controlar su conducta y activación emocional, y para organizarse. No nos vamos a extender sobre los modelos explicativos del TDAH por exceder el objetivo de esta guía, remitimos al lector interesado al excelente artículo de Servera (2005).



## COMORBILIDAD

El TDAH se acompaña frecuentemente de otros síntomas o trastornos que pueden agravar el cuadro y dificultar su adecuado diagnóstico y tratamiento. Los cuadros comórbidos más frecuentes son:

- *Trastornos de Conducta*, han causado mucha confusión entre los profesionales ya que el correlato entre ambos es muy similar y los estudios demuestran que la mayoría de los sujetos con trastorno de conducta presentan también hiperactividad, mientras que a la inversa es menos frecuente. Taylor (1986) señala que en los pacientes con TDAH, la hiperactividad está íntimamente unida al déficit atencional, cosa que no ocurre en los trastornos de conducta. En los trastornos de conducta el peso de los factores ambientales negativos es muy significativo. Hasta un 40% de los niños con TDAH manifiestan problemas de conducta, ya sean conductas oposicionistas (conductas de desafío, desobediencia, provocadoras, pero sin llegar a transgredir la norma social), o cuadros antisociales (conductas más agresivas, que transgreden la norma social, y que llevan a un mayor riesgo de graves disfunciones sociales, adicciones, delincuencia...) (Joselevich, 2000).
- *Trastornos del estado de ánimo*. Se encuentra en el 20-40% de los casos. Es destacable la baja autoestima, el pobre autoconcepto y la presencia de depresión, esta última favorecida por una experiencia frustrante y fallida a nivel cognitivo, afectivo y social. En los casos de TDAH es frecuente hallar un estilo de atribución depresivo, consistente en vivir los fracasos desde atribuciones internas, globales y estables, mientras que es valorado el éxito desde atribuciones externas. Todo ello incide en la autoimagen del niño con TDAH favoreciendo sentimientos de culpa, pobre autoestima, vivencia de incapacidad, ineptitud, maldad, incapacidad de ser querido y aceptado, todo

lo cual provoca inseguridad en sí mismo y una excesiva dependencia del adulto. A su vez, la inestabilidad afectiva, caracterizada por labilidad emocional, cambios de humor frecuentes, intolerancia a la frustración, inmadurez, reacciones exageradas y contradictorias hace que la convivencia sea muy complicada y frustrante para padres, profesores y compañeros. En los casos en los que está presente la depresión, se debe dar prioridad a su tratamiento, pues los psicoestimulantes pueden no ser efectivos y/o agravarla.

- *Trastornos de ansiedad*: El 25% de los casos de TDAH padecen ansiedad, lo cual puede ser debido a las dificultades que presentan para afrontar estresores y exigencias ambientales. Por ello pueden presentar ansiedad generalizada, de separación, fobias, no querer ir al colegio, etc. El diagnóstico diferencial es muy importante, pues, como ya hemos dicho anteriormente, los niños con trastornos de ansiedad pueden presentar síntomas semejantes al TDAH, pero el TDAH presenta muchas veces ansiedad. La utilización de psicoestimulantes puede empeorar el cuadro si la base es un trastorno de ansiedad, por lo que antes de prescribirlos la evaluación debe hacerla un profesional experimentado.
- *Trastornos de aprendizaje*: Shaywitz y Shaywitz (1991), señalaron que son trastornos diferentes, pero que es frecuente que se den simultáneamente. El 40% de los niños con TDAH repiten curso y es más frecuente el abandono escolar. Las dificultades escolares se manifiestan tempranamente, siendo frecuentes los problemas de lecto–escritura, matemáticas, perceptivo-espaciales, motivacionales, y de lenguaje. Rapin (1987) señala que en el fracaso escolar que presentan los niños con TDAH es importante tener en cuenta otros factores, como la experiencia afectiva, además de la atención y la memoria, pues existe una gran variabilidad en su rendimiento escolar, dependiendo del ambiente y de su estado de ánimo. Esto confunde a padres y profesores, los cuales pueden interpretar estos altibajos, no como algo característico del cuadro clínico, sino como una muestra de mala voluntad y reñir al niño, el cual se sentirá rechazado e incomprendido.

- *Alteraciones perceptivas motrices y praxias constructivas*: andar de modo desgarrado, poca habilidad para el deporte, choques frecuentes con objetos, caídas frecuentes, torpeza y falta de ritmo, en la motricidad fina donde se encuentran las alteraciones más significativas. Peters et al. (1973) destacan la «inadecuada modulación de la motilidad: no controla su fuerza, su movimiento, su tono de voz... Por ello resulta un niño torpe, brusco, desmañado». El control de la motricidad fina es esencial para el aprendizaje, por ello este déficit es el factor más reseñable en los casos de TDAH y se observa sobre todo a nivel escolar. La falta de orientación espacio-temporal conlleva una dificultad muy importante en las actividades, tanto cotidianas como académicas.

El aprendizaje de la lectoescritura es el área en el que más se observan estas dificultades: continua inversión, escritura en espejo, mala grafía, inadecuada organización del espacio. La dislexia es el doble de frecuente en el TDAH, lo cual aumenta las probabilidades de fracasar escolarmente. En el área de las matemáticas, al ser complicada la orientación y los cambios de direccionalidad que suponen las operaciones aritméticas, se observan serias dificultades en los niños con TDAH.

En el estudio de tratamiento multimodal en niños con TDAH (MTA cooperative group, 1999), al inicio presentaban como único trastorno TDAH el 31% de los casos, mientras que el 40% presentaban además un trastorno oposicional, el 34% T. de ansiedad, el 14% T. de conducta, el 11% tics y el 4% T. del ánimo

Para finalizar haremos referencia a otros trastornos como fobias, bruxismo, trastornos psicossomáticos, alteraciones de sueño (dificultad de conciliación, sonambulismo, hablar dormido), enuresis, epilepsia (2004), etc. Conforman alteraciones adicionales consecuentes a fracasos o experiencias negativas en la primera infancia y que no son específicas del trastorno. De Negri (1996) dice del niño con TDAH: «va formando la estructura de una imagen de sí mismo, ambigua, desvalorizada, angustiante, derivada de la experiencia crónica de frustración y rechazo».



## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial debe realizarse con trastornos y problemas médicos, neurológicos, psiquiátricos y sociales que presentan sintomatología de TDAH (Catwell, 1996; American Academy of Child and adolescent Psychiatry, 1997; Taylor et al., 1998).

### - Médicos:

- Alteraciones genéticas cromosómicas: Síndrome de Turner, S. De Klinefelter, S. de X frágil.
- Enfermedades metabólicas: hipo o hipertiroidismo, enfermedad de Cushing...
- Procesos infecciosos: VIH, encefalitis, meningitis...
- Neoplasias.
- Problemas de audición y visión.
- Anemia.
- Desnutrición
- Uso de fármacos: fenobarbital, carbamacepina, teofilina.
- Uso de drogas: cannabis, alcohol...

### - Neurológicos:

- Hidrocefalia
- Epilepsia
- Secuelas de traumatismos craneo-encefálicos
- Síndrome de Gilles de la Tourette.
- Enfermedades neurodegenerativas: Enfermedad de Wilson, corea de Huntington.
- Retraso mental.
- Enfermedad de Williams...

- Psiquiátricos y psicológicos:
  - Trastornos de ansiedad.
  - Trastornos del estado de ánimo (depresión, trastorno bipolar).
  - Trastornos de conducta.
  - Trastornos de aprendizaje.
  - Psicosis infantiles y pre-psicosis.
  - Trastornos del sueño.
  - Trastornos del aprendizaje.
  - Trastornos Generalizados del desarrollo (T. del espectro autista).
  - Maltrato infantil.
  - Estilo de apego desorganizado.
- Sociales:
  - Situaciones psicosociales anómalas (trastornos mentales de los padres, carencias afectivas, estilos de apego inadecuados, negligencias, abusos sexuales...) y acontecimientos vitales estresantes (pérdidas recientes, cambios de domicilio y colegio, separaciones...).

Los síntomas de estos cuadros pueden ser semejantes a los del TDAH, por lo que hay que hacer un diagnóstico diferencial minucioso para saber si nos encontramos ante comorbilidad del TDAH, o ante un cuadro de otro tipo. El que haya que realizar un diagnóstico diferencial con estos cuadros, no significa que haya que hacer multitud de pruebas diagnósticas para descartar cada uno. El médico valorará, a través de la clínica, la necesidad de realizar pruebas complementarias para perfilar el diagnóstico.

Para el diagnóstico diferencial con la deficiencia psíquica, debemos tener en cuenta que en los TDAH el rendimiento a la hora de cumplimentar las pruebas de inteligencia, especialmente en los inatentos y mixtos, puede verse mermado. Por ello, suele ser recomendable, si la inteligencia es límite o algo por debajo de lo normal, pasar otra prueba de inteligencia después de obtener mejoría en la atención con tratamiento farmacológico.

## EVOLUCIÓN

*Hasta los 5 años*, presentan un desarrollo motor precoz, son inquietos, curiosos, hiperreactivos, pueden presentar problemas de sueño y alimentación, llaman la atención, no muestran tener noción de peligro, suelen ser desobedientes, oposicionistas y desafiantes. En la *edad preescolar y primaria* presentan mayor número de accidentes, rabietas, falta de atención, problemas de aprendizaje, e impulsividad que se manifiesta en la falta de tolerancia a la frustración y dificultad de aceptar las reglas. En la *pubertad* se hacen más evidentes la impulsividad e inatención, sigue la hiperactividad, la intolerancia a la frustración. La dificultad de planificar y ejecutar las tareas les lleva al fracaso escolar lo cual disminuye su autoestima y autoconcepto. En la *adolescencia* la hiperactividad suele disminuir, pero el 70% siguen presentando problemas de atención e impulsividad, lo cual se manifiesta en conductas desafiantes, abuso de sustancias y accidentes. En la *edad adulta*, el trastorno continuará en el 50-60% de los casos. Pueden presentar problemas laborales y en las relaciones interpersonales, baja autoestima y abuso de sustancias, pero también pueden haber aprendido a manejarse con el trastorno, no presentar problemas y tener una capacidad de trabajo mayor que los demás.

El pronóstico depende, en gran medida, de los problemas psicosociales asociados (familiares, comorbilidad) y la implementación del tratamiento adecuado.



## PROCESO DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

### Recepción del caso

La posibilidad de realizar el proceso propuesto estará determinada por las posibilidades del centro y la especialización del profesional en el tema. Se realiza la *Historia Clínica* una entrevista, preferentemente familiar, en la que se recogen los datos de filiación, derivante, motivo de consulta, historia del inicio y evolución de los síntomas, valoración y actitudes hacia los problemas presentados.

Los *antecedentes personales* incluyen datos acerca del desarrollo del niño (embarazo, parto, desarrollo psicomotor y psicoafectivo, inicio del lenguaje, alimentación, sueño, control esfinterial, autonomía personal, inicio de la escolarización, etc.), y la historia médica.

Así mismo se incluirá una *valoración familiar* por parte del entrevistador sobre las condiciones que rodean a la familia (relaciones familiares, calor afectivo, normas, límites, estructura familiar y genograma), valorar la posibilidad de trabajo con la familia –implicación y motivación–, así como la opinión de cada padre sobre lo que le ocurre al hijo. Antecedentes familiares sobre hiperactividad y trastornos del desarrollo psicológico, psiquiátricos y utilización de tóxicos. Actitud y expectativas puestas en el tratamiento. Se deben realizar entrevistas con el niño solo. Se revisarán los criterios diagnósticos.

## Evaluación diagnóstica y pruebas complementarias

Tras la elaboración inicial de la Historia Clínica el paso posterior será la realización de exploraciones psicométricas que nos ayuden a realizar una evaluación a diferentes niveles y con multiinformadores (niño, padres, profesores, Equipos de Orientación escolar, otros profesionales de la salud, servicios sociales...):

- A. *Estado neuropsicológico*, necesario para conocer posibles déficits neurocognitivos, para lo que se utilizan la escala de McCarthy, la Escala del Desarrollo de Brunet-Lézine, y el Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil –CUMANIN- de Portellano y otros.
- B. *Coficiente Intelectual, (C.I.)*: para despistaje se utilizarán preferentemente el Raven y el Factor «G». Para un estudio más detallado el WISC-R y el WPPSI. En niños pequeños el Test de la figura humana.
- C. *Pruebas psicopatológicas*: Cuestionario Español para la Depresión Infantil, (CEDI), Cuestionario de Depresión para niños (CDS), Cuestionario de Depresión de Beck, (BDI), Escala de Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo para niños, (STAI-C), escalas de síntomas (Child Behavior Check List (CBCL) (Achenbach y Edelbrock, 1983), Youth Self Report (YSR). Pruebas proyectivas (Test de la figura humana, de la familia, casa-árbol-persona).
- D. Valoración de la *atención* y de la *hiperactividad*. Para valorar la atención se recomienda la realización del *Continuous Performance Test*. La prueba consiste en la presentación por ordenador de diferentes figuras en un espacio breve de tiempo, se le pide al niño que ante la coincidencia de un círculo y un cuadrado, pulse el cursor del teclado, en función de acierto o error se comunica al niño su respuesta acertada, omitida o fallada. Esta prueba mide la atención sostenida y la impulsividad. Se puede obtener en la página: [www.paidopsiquiatria.com](http://www.paidopsiquiatria.com)

Para evaluar la valoración de la *hiperactividad* se utiliza la observación en vivo, y sobre todo si existe discrepancia en la valoración de la actividad motora del niño. Es importante tener en cuenta que nunca será suficiente una sola observación, ya que, como hemos mencionado, los niños con TDAH pueden mostrarse con adultos extraños y en una primera entrevista, de

modo muy diferente al que mostrarán después. La *Escala de Conners* (para padres y profesores) para obtener una buena información a cerca de la hiperactividad y otros factores asociados como dificultades de aprendizaje, ansiedad, problemas de conducta, trastornos psicósomáticos. También es útil la *Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*, (EDAH) de Farré y Narbona (1998), aplicada a los profesores. Otra escala interesante es el cuestionario de capacidades y dificultades (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) (Goodman, 1997) que permite orientar el diagnóstico hacia TDAH, problemas de conducta, problemas relacionales o trastornos emocionales. Se puede obtener gratuitamente en (<http://www.sdqinfo.com/>). Test de desórdenes de hiperactividad/déficit de atención (ADHDT) (Guilliam, 1995). Para la valoración de los criterios DSM-IV es de utilidad la versión abreviada del SNAP-IV, se trata de una revisión de la escala de Swanson, Nolan y Pelham (1983).

- E. Valoración *psicopedagógica*, para ella es necesaria la coordinación con los colegios y Equipos de Orientación Escolar. Se debe recoger:
- Información general sobre la escolarización.
  - Información sobre rendimiento académico:
    - Habilidades de lectura/prelectura.
    - Habilidades de pre/escritura.
    - Habilidades de cálculo.
    - Habilidades de lenguaje.
    - Valoración del profesor sobre el problema.
    - Soluciones a juicio del profesor.
- F. *Exploración neurológica*: si existen de signos neurológicos focales, se solicita un estudio neurológico.

No siempre es posible la realización de una *exploración neurofisiológica*. El EEG es necesario si existen sospechas de foco epiléptico. Si existe retraso significativo del desarrollo del lenguaje se puede solicitar la realización de «Potenciales evocados auditivos de tronco» y el procesamiento fonológico. En los casos en los que el niño presenta déficit psicomotor debe aplicarse

la Batería Psicomotora de Lafaye. Los Potenciales Evocados Cognitivos (PET) pueden ser de utilidad para evaluar el procesamiento cognitivo de la información (Idiazábal et al., 2005).

Ante la sospecha de problemas auditivos, puede ser necesaria la valoración de la lateralidad auditiva, para ello se realizará al niño una escucha dicótica, consistente en la presentación de dos estímulos verbales diferentes y simultáneos en cada uno de los oídos que sean parecidos fonéticamente y sean bisílabos. El niño deberá repetir lo que escucha en voz alta y se medirán aciertos y errores en cada oído.

- G. *Análítica*: perfil básico, pruebas hepáticas, TSH...
- H. *Control y seguimiento por enfermería*. Se llevará a cabo la exploración física al inicio del tratamiento y antes de implantar tratamiento farmacológico, controlado el peso, talla, pulso y TA. Este control se repetirá de forma mensual.
- I. *Valoración social*.

## Tratamiento

El tratamiento debe ser multimodal e incluir:

1. Información a los familiares, profesorado y niño.
2. Apoyo psicopedagógico en el colegio.
3. Tratamiento farmacológico, si la sintomatología lo requiere.
4. Tratamiento psicológico, si es necesario (individual, familiar y grupal).

### a. Tratamiento farmacológico (disponible en nuestro país):

En primer lugar, debemos tener en cuenta que no es necesario medicar a todos los TDAH. Si los tres grupos de síntomas (inatención, impulsividad e hiperactividad) no tienen un impacto negativo de cierta importancia, pueden ser suficientes las intervenciones psicopedagógicas en familia y escuela, para ello es necesaria una colaboración estrecha de padres y colegio. Si es necesaria la medicación, la primera elección son los psicoestimulantes.

**Metilfenidato.** Muy eficaz en el TDAH, siendo la indicación principal. Reduce el umbral de los sistemas de alerta y facilita y agiliza las respuestas debido a: liberación de catecolaminas, bloqueo de la recaptación de dopamina y de nora-drenalina, activación del sistema reticular activador ascendente y estimulación de los circuitos de premio. Todo ello produce efectos positivos a nivel cognitivo, conductual, académico y social. Las mejorías se dan en los procesos de alerta, la atención, la variabilidad de respuesta, la impulsividad, el procesamiento de la información, la memoria a corto plazo, la memoria de trabajo y el tiempo de reacción. Los síntomas que mejoran con el metilfenidato son: falta de atención, hiperactividad, impulsividad, agresividad, conductas disruptivas, estado de alerta... , y secundariamente el déficit de autoestima. La atención mejora con dosis bajas, pero la hiperactividad e impulsividad requieren dosis más altas.

Sobre los psicoestimulantes existen desinformaciones que pueden propiciar que los pacientes no reciban un tratamiento necesario. Entre ellas destacan las falsas creencias de que: son adictivos, favorecen otras adicciones y son peligrosos. En realidad, los TDAH no tratados son más vulnerables al uso de sustancias como el cánnabis, alcohol y tabaco, pues con ellas consiguen reducir algunos síntomas de su trastorno. Es una forma de «automedicación» con efectos nocivos.

Existen 2 presentaciones:

- **Metilfenidato de acción corta (Rubifén)**, el efecto dura 3-4 horas, lo cual plantea problemas de administración en el medio escolar al no ser competencia del profesorado. Para su correcta aplicación debe lograrse una colaboración con algún responsable escolar sensibilizado con el problema y que pueda hacerse cargo de la administración del fármaco. El olvido por parte de padres y profesores es otra dificultad en su correcta administración.

Esta presentación puede originar un efecto rebote cuando baja el nivel plasmático, o tolerancia aguda por las fluctuaciones en las concentraciones plasmáticas que obligan a incrementar la dosis a lo largo del día para mantener el efecto adecuado. Otro problema que puede presentarse con el metilfenidato de acción corta es la ruptura de la confidencialidad. En mu-

chos casos los padres no desean que en el colegio se sepa que su hijo tiene un trastorno, ya sean los mismos profesores, o los compañeros, por la estigmatización, posibles burlas y rechazo.

Se debe prescribir a partir de los 6 años. La pauta de dosificación de inicio puede ser 5-10 mg 3 veces al día y aumentar 5-10 mg/semana hasta una dosis máxima de 60 mg, aunque no suele ser necesario dar más de tres dosis de 10 Mg. Dosis óptima de 0,3-0,7 mg/Kg 3 veces al día. Dosis totales de 0,9-2,1 mg/Kg/día.

- ***Metilfenidato de liberación prolongada (Concerta)***: el efecto dura 12 horas, el 22% se libera de forma inmediata (hace efecto en 60-90 minutos) y el 78% progresivamente. Se inicia con 18 mg. al día (con el desayuno), para subir semanalmente 18 mg hasta 54 mg si es necesario. Si tarda en hacer efecto se puede dar al levantarse, 1/2 hora antes de desayunar. Si aún así tarda en hacer efecto las primeras horas, puede ser de utilidad prescribir conjuntamente 5 mg de metilfenidato de acción corta.

#### *Administración y efectos secundarios*

El metilfenidato, como todo fármaco, puede tener efectos secundarios a controlar. Los más importantes son la ansiedad, aumento de la hiperactividad e insomnio, también podemos encontrar molestias digestivas y disminución del apetito. La falta de apetito aparece en algunos casos, por ello debemos informar a los padres y controlar peso y talla al inicio y cada 1-2 meses. Si aparece una reducción del apetito suele ser eficaz la ciproheptadina a las dosis habituales. Ante la remota posibilidad de que aparezcan molestias digestivas, es conveniente que ingieran el fármaco con algo de comida. Si las molestias no ceden podemos recurrir a infusiones digestivas (manzanilla, poleo-menta) e incluso a protectores gástricos durante un tiempo, pero esto no es necesario en prácticamente ningún caso. Los efectos secundarios aparecen en un 10-20% de los casos.

El metilfenidato no está indicado prescribirlo a menores de 6 años.

Para pautar el metilfenidato basta con seguir un control rutinario de efectos beneficiosos y secundarios (ver anexos). Si aparecen efectos secundarios pue-

de ser necesario realizar pruebas de tolerancia y eficacia, que generalmente se pueden realizar en atención especializada siguiendo las pautas que describimos a continuación:

- a. *Prueba de tolerancia.* El objetivo es determinar si el fármaco produce efectos secundarios. Para ello se prescribe metilfenidato de acción corta durante 4 días, iniciando preferentemente el sábado para que los padres puedan controlar mejor los efectos durante el fin de semana. Se puede pautar el primer día 5 mg, con el desayuno y a las 4 horas, los siguientes días, dependiendo del peso del niño, subir a 10 mg dos o tres dosis, en función de la gravedad del cuadro y del manejo familiar y escolar de los problemas del niño. Entregaremos a los padres una ficha sobre efectos secundarios y otra de síntomas del TDAH para que la rellenen en casa (ver anexo). Suele ser útil que los padres, y profesores si es posible, marquen el estado del niño antes de tomar la medicación y cada día vayan señalando en la ficha, con distintos colores indicativos de cada día de la semana (por ej. Lunes rojo, martes azul...), cómo ven al niño. De esta manera es muy gráfico para el médico ver en qué hay cambios. Estas indicaciones es conveniente dárselas a los padres por escrito para asegurarnos de que van a seguirlas correctamente.

Sólo quedará explorar si ha habido alguna variable extraña que haya podido influir en el niño esos días, por Ej. Un acontecimiento vital estresante que le haya alterado. Si sucede algo así, deberemos valorar ese estresor, retirar la medicación un tiempo y volver a pautarla cuando las condiciones ambientales mejoren. El que en un momento del desarrollo del niño el metilfenidato no sea eficaz, o presente efectos secundarios, no debe llevara a una contraindicación absoluta. En algunos casos, aproximadamente a partir de los 6 meses del primer intento, puede ser bien tolerado. Otras veces nos cuentan los padres «que no le iba bien» y al explorar hallamos que no se pautó adecuadamente.

- b. *Prueba de eficacia.* Si los efectos secundarios no se presentan o son mínimos, pasamos a valorar la eficacia del fármaco. Esta fase suele durar un mes. Para ello es mejor utilizar el metilfenidato de liberación prolongada jugando con las dosis de 18 y 36 mg. En esta fase necesitamos la colabo-

ración del colegio pues nos interesa valorar el efecto del fármaco en los dos contextos, familia y escuela.

En las pruebas de eficacia, si existen informaciones contradictorias sobre la misma y se dispone de tiempo podemos realizar un estudio doble ciego con placebo, dando unos días el fármaco y otros el placebo. En caso contrario marcamos unos días para dar el fármaco y los demás no se administra, por Ej. Lunes martes y miércoles y la semana siguiente al revés. En el colegio no deben tener esta información y, si ambos padres pueden colaborar, podemos decirles que uno de ellos administre el fármaco sin el conocimiento del otro y ambos rellenen por separado los cuestionarios de síntomas y efectos secundarios.

De esta manera podemos conocer el efecto de diferentes dosis del metilfenidato y valorar adecuadamente su eficacia.

El metilfenidato es eficaz en 75-80% de casos. Si no lo es, debe valorarse si se está aplicando adecuadamente, si la dosis es inadecuada, si el diagnóstico es incorrecto, o si existe comorbilidad que no responde o empeora con el metilfenidato.

- ***Pemolina (Dynamin)***. En mayores de 6 años iniciar con 37,5 mg/día y aumentar 18,75 mg/semana hasta una dosis máxima de 112,5 > mg/día.
- ***Antidepresivos Tricíclicos (ADTC)***. ***Clomipramina (anafranil)***, ***Ami-triptilina (deprelio, tryptizol)***: 25-200 mg/día. ***Imipramina (tof-ranil)***: 1-5 mg/Kg/día. El más utilizado es la imipramina, iniciando con 10 mg en el desayuno y 10 mg en la cena, hasta 50-100 mg/día, sin descanso de medicación. Los efectos secundarios desaconsejan en muchos casos su uso, los más frecuentes son: cefalea, insomnio y alteraciones cardiovasculares.
- ***Clonidina***, 4 a 5 mg/Kg/día (dosis habituales entre 150 y 300 mg/día).
- ***Bupropion***: 50-150 mg/día.
- ***Risperidona (Risperdal)***: 0,5-3 mg/día. En casos rebeldes, especialmente con trastornos de conducta, resulta eficaz la asociación

de Risperidona con metilfenidato. Puede estimular el apetito y aumentar la secreción de prolactina.

- **Topiramato (Topamax).** Es eficaz para reducir la impulsividad. En niños > 2 años. 1-3 mg/Kg/día en toma nocturna e ir incrementando semanalmente 1-3 mg/Kg/día en dos tomas. Mantenimiento 5-9 mg/Kg/día. Máximo 30 mg/Kg/día. La asociación con metilfenidato ayuda a controlar la impulsividad. Aunque puede producir disfunción cognitiva con un efecto en la atención y el lenguaje.

La primera indicación será el metilfenidato, la segunda los antidepresivos y la tercera los neurolépticos (debido en parte a los efectos secundarios), aunque cuando existen trastornos de conducta asociados puede ser necesarios. Los eutimizantes ayudan a controlar la impulsividad.

La medicación se mantiene durante el curso escolar, interrumpiéndola los fines de semana y en las vacaciones, si la sintomatología es tolerada por la familia y no le ocasiona excesivos problemas al niño. Se deben controlar los efectos secundarios de los fármacos, y realizar controles periódicos de peso, talla y tensión arterial. El control telefónico mensual en el que se recaba información de padres y profesores es recomendable.

### **b. Psicológico: tratamiento individual, familiar y grupal**

El tratamiento farmacológico debe acompañarse de intervenciones psicosociales. El estudio de tratamiento multimodal en niños con TDAH (MTA cooperative group, 1999) mostró que: 1) El metilfenidato 3 veces al día era superior a la terapia conductual sola, 2) no fueron halladas diferencias entre el tratamiento combinado (metilfenidato 3 veces al día más terapia conductual), y 3) el tratamiento combinado y el de metilfenidato 3 veces al día, fueron superiores al de metilfenidato 2 veces al día.

**Tratamiento Individual:** dirigido a los diferentes aspectos de la patología del niño. Para la hiperactividad y déficit de atención, los tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales son los que han mostrado más eficacia. Para la patología asociada, ansioso-depresiva, existe un rango más amplio de tratamientos eficaces como las psicoterapias dinámica y sistémica, además de las anteriormente mencionadas.

**Terapia grupal:** especialmente indicada para los problemas de conducta y déficit de autoestima. Son útiles las técnicas psicodramáticas, entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas.

El **abordaje con la familia** debe estar siempre presente en estos trastornos e incluye: información sobre el TDAH, desculpabilización, orientación sobre el manejo del paciente y abordaje de las dificultades familiares asociadas al trastorno (Barkley, 2000). El formato puede ser unifamiliar, multifamiliar o de grupo psicopedagógico y de apoyo a padres.

Figura 1. Proceso de evaluación e intervención

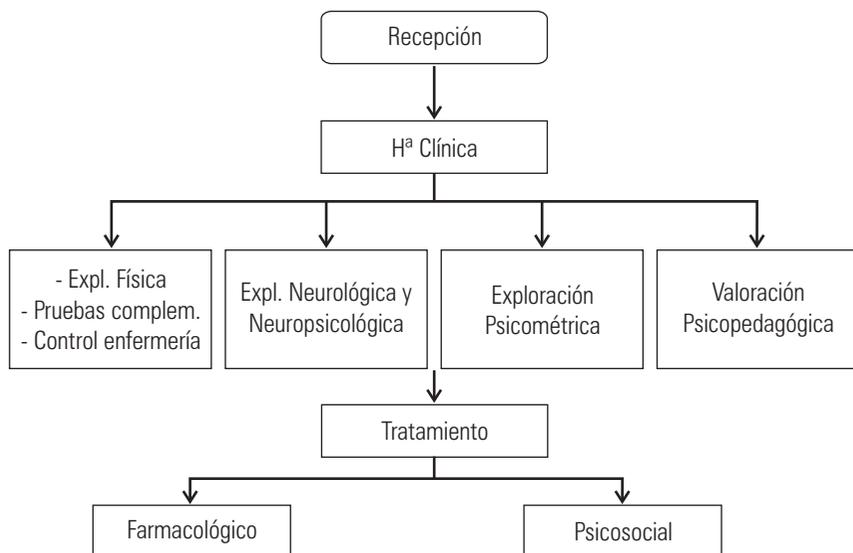
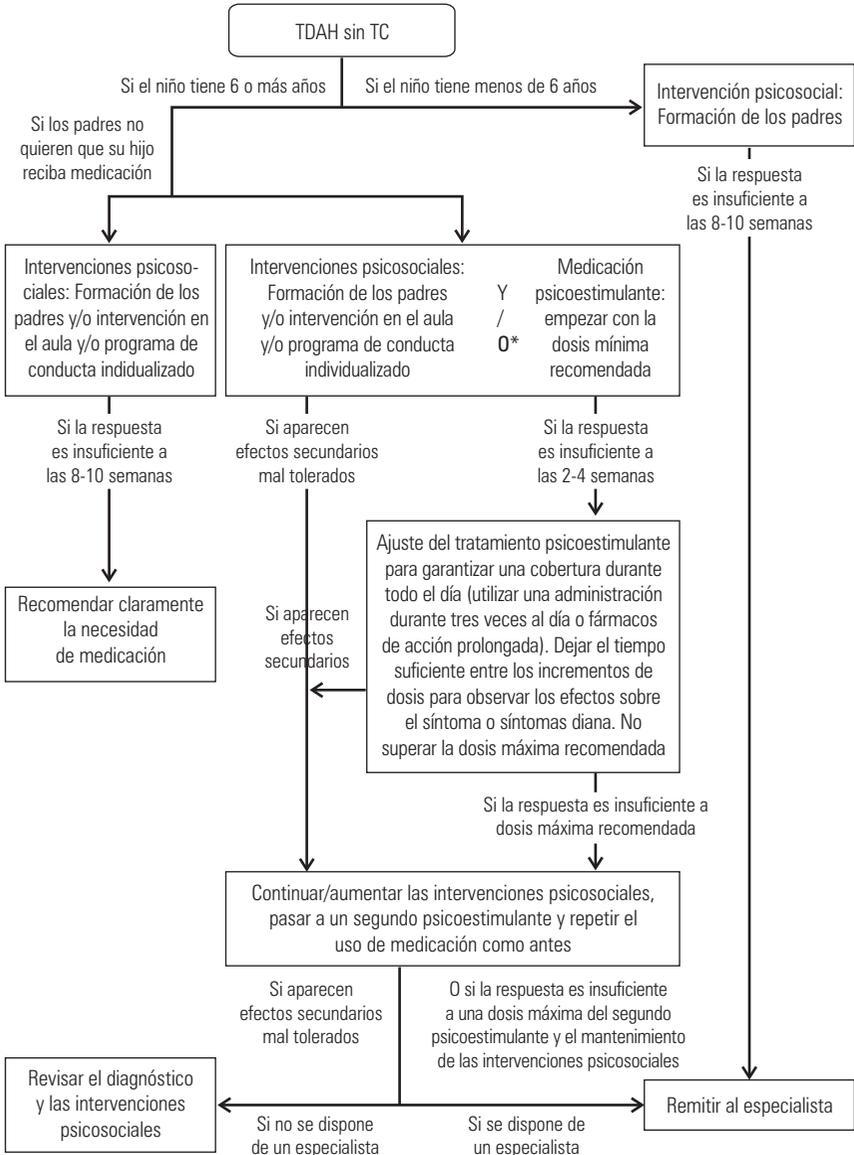
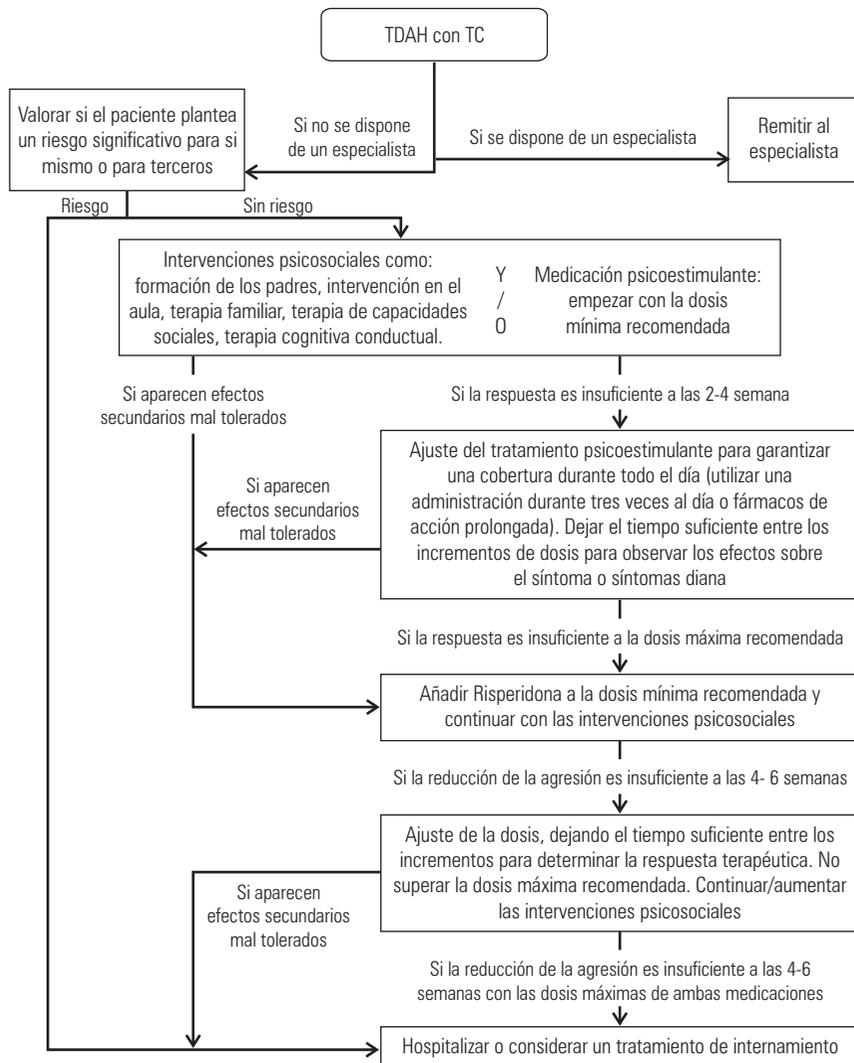


Figura 2. Sugerencias de tratamiento para los pacientes con TDAH sin trastorno de conducta (Kutcher et al., 2004).



\*Algunos países solo recomiendan el tratamiento psicoestimulante para el TDAH en los casos graves

Figura 3. Sugerencias de tratamiento para los pacientes con TDAH con trastorno de conducta (Kutcher et al., 2004).



## PROCESO ASISTENCIAL

En Salud, habitualmente, existen tres niveles asistenciales en los que se atienden los casos de salud mental infanto-juvenil:

1. Atención Primaria (AP),
2. Equipos de Salud Mental (ESM), y
3. Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J).

El proceso habitual de derivación en salud mental es el siguiente: la demanda inicial es atendida en AP que puede derivar a los ESM y de ahí a la USMI-J.

### Atención Primaria

En este nivel se puede realizar (dependiendo del grado de manejo del profesional y los medios disponibles):

1. Valoración médica general en la que se descarta patología pediátrica y/o tratamientos que pudieran explicar la sintomatología que presenta el niño.
2. Valoración paidopsiquiátrica en la que se valoran los criterios DSM-IV y CIE-10, subtipo de TDAH y grado de alteración familiar, educativa y social presente.
3. Información (verbal y escrita) a los padres y al niño sobre el TDAH y los recursos comunitarios.

4. Orientación básica a los padres y profesores sobre el manejo de los problemas presentados.
5. Tratamiento farmacológicos si procede y seguimiento de los casos derivados desde salud Mental.
6. Derivación a otros servicios: neurología, salud mental.
  - 6.1. La derivación a neurología se realizará si existen: signos de focalización neurológica, sospecha de T. convulsivo o T. degenerativo.
  - 6.2. La derivación a ESM se realizará si:
    - Existen dudas diagnósticas
    - Necesidad de evaluación psicológica.
    - Problemas con el tratamiento farmacológico (inexperiencia en el tema, no respuesta o no seguimiento de la prescripción, aparición de efectos secundarios (tics, aumento de nerviosismo, insomnio, anorexia...)).
    - Afectación de las relaciones familiares.
    - Inadaptación escolar que no cede con las recomendaciones efectuadas.
    - Comorbilidad psiquiátrica.

## **Equipo de salud mental**

En este nivel se puede realizar (dependiendo de los recursos asistenciales):

1. Valoración psicológica y psiquiátrica a través de entrevistas diagnósticas y pasación de pruebas psicométricas adecuadas y disponibles en el servicio.
2. Valoración psicopedagógica a través del contacto con educación (colegio, equipos de orientación escolar).
3. Valoración social si fuera necesaria.
4. Tratamientos psicofarmacológicos.

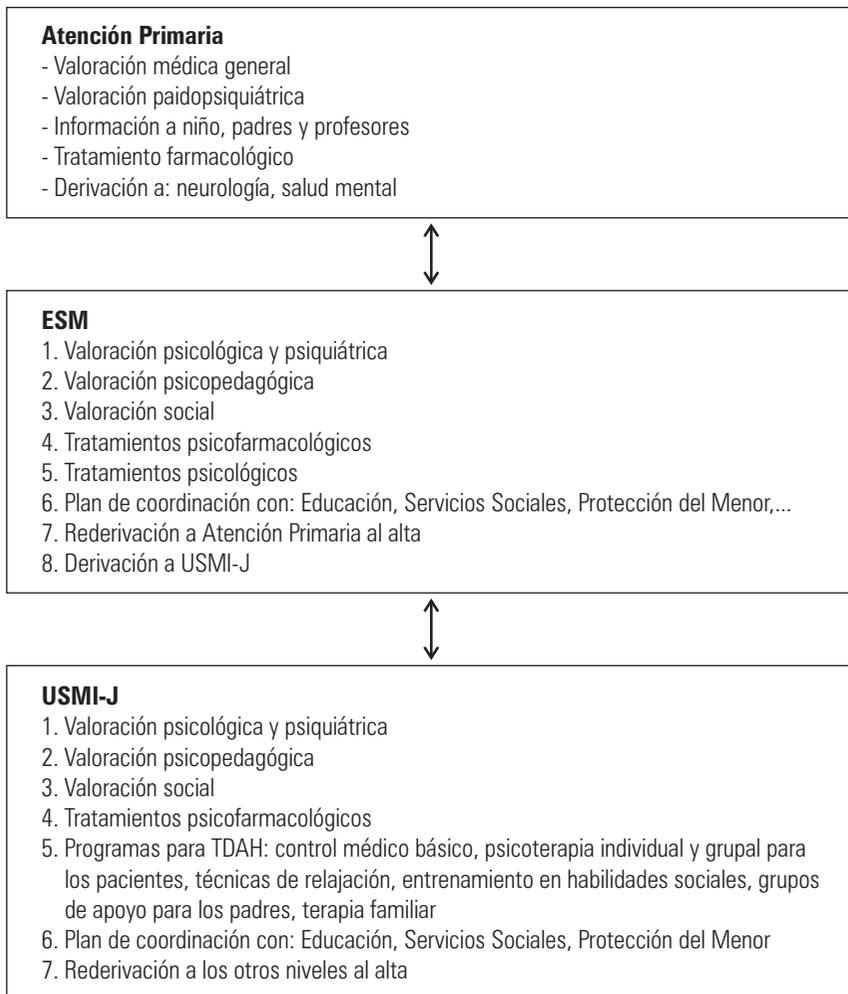
5. Tratamientos psicológicos (individual, familiar y grupal).
6. Coordinación con otros sistemas: Educación, Servicios sociales, Protección del menor, fiscalía...
7. Rederivación a Atención Primaria para seguimiento después del alta y con informe diagnóstico y orientación terapéutica.
8. Derivación a USMI-J si el caso requiere valoración y/o tratamiento que no se puede realizar en el ESM.

## **USMI-J**

En este nivel se realizarán intervenciones específicas y otras que no se hayan podido realizar en los niveles anteriores:

1. Valoración psicológica y psiquiátrica a través de entrevistas diagnósticas y pasación de pruebas psicométricas adecuadas.
2. Valoración psicopedagógica a través del contacto con Educación (colegio, Equipos de orientación educativa) y coordinación en las intervenciones.
3. Valoración social y coordinación con Servicios Sociales, Protección del Menor, Fiscalía... y otros sistemas, si fuera necesario.
4. Tratamientos psicofarmacológicos.
5. Programas para TDAH: Control médico básico, psicoterapia individual y grupal para los pacientes, técnicas de relajación, entrenamiento en habilidades sociales, grupos de apoyo para los padres, terapia familiar.
6. Plan de coordinación con otros sistemas.
7. Rederivación a los otros niveles para seguimiento después del alta, acompañado de un informe con el diagnóstico, proceso seguido en la USMI-J y recomendaciones terapéuticas.

Figura 4. Estructura y proceso asistencial en TDAH



## LA ESCUELA Y EL TDAH

Los centros escolares son fundamentales en la detección precoz del trastorno, dado que la estancia de los niños en el centro escolar y las actividades que realizan en el mismo son determinantes en el establecimiento del diagnóstico.

Cuando se observa que un niño interrumpe sistemáticamente en la actividad docente o está activo todo el tiempo, le cuesta terminar su trabajo e interrumpe la actividad de los demás, contesta antes de que se le haya formulado la pregunta o presenta una impulsividad desmedida, tiene problemas en el desarrollo adecuado del lenguaje o en actividades de psicomotricidad fina, es necesario poner la situación en manos del Equipo de Orientación Educativa (EOE) del centro para realizar la correspondiente valoración psicopedagógica.

En el sistema educativo debe realizarse la valoración del coeficiente intelectual y/o el grado de madurez del niño. Esta valoración es clave porque el déficit de atención y la hiperactividad son frecuentes en los deficientes y niños con retraso madurativo, aunque las causas de los síntomas son diferentes y el tratamiento también.

Muchas veces los niños deficientes que no han sido detectados, se sienten excesivamente presionados por las demandas escolares, aunque su deficiencia sea mínima, y manifiestan su ansiedad y sentimiento de fracaso a través de síntomas de TDAH. Si se valora su CI, carencias y potencialidades y se le ofrece la ayuda necesaria, generalmente la sintomatología desaparece. Si no se hace esto y van pasando los cursos, los problemas aumentan y el fracaso escolar está asegurado.

Cuando un centro escolar tiene un alumno diagnosticado como TDAH es conveniente que se enseñe al profesorado acerca del trastorno y cómo responder ante los desafíos que estos alumnos suponen. El conocimiento por parte del profesora-

do de la clínica, mecanismos psicobiológicos y repercusiones en el aprendizaje del TDAH les ayuda a observar y recoger información de las conductas del alumno, a planificar y aplicar la intervención educativa adecuada para estos niños.

Como hemos señalado anteriormente el TDAH suele ir asociado a Trastornos del Aprendizaje y el fracaso escolar es frecuente, sobre todo en los casos en los que el déficit de atención es severo, el CI del alumno es medio bajo o no recibe la estimulación y el control adecuados por parte de la familia y escuela.

Las alteraciones perceptivas motrices y en especial el control de la psicomotricidad fina, plantean exigencias difíciles de realizar para estos niños así como el aprendizaje de la lectoescritura.

Es importante que se ponga en marcha un programa de aprendizaje que modifique en algunos aspectos el formato de la clase de referencia. Asistir a aula de apoyo con personal terapéutico, profesor o pedagogo terapéutico (PT) es necesario en la mayoría de los casos de TDAH. En muchos casos, son alumnos con necesidades educativas especiales ya que el ritmo de adquisición de los contenidos académicos varía mucho del de sus compañeros. Se debería valorar la necesidad de elaborar una adaptación curricular individualizada (ACI) que adecue los contenidos y objetivos a sus dificultades. Para cualquier intervención educativa que se vaya a llevar a cabo con niños o adolescentes con TDAH la colaboración-coordinación entre la familia y la escuela son imprescindibles.

Los objetivos a trabajar en estos espacios no son solamente académicos, el refuerzo en algunas asignaturas o en la adquisición de conocimientos y habilidades está mediatizado por los procesos de atención. Enseñar al niño a «cómo hacer lo que se sabe», ya que no carece de la capacidad para aprender sino que tiene dificultad para organizar lo que ya sabe y reproducirlo del modo y en el momento adecuado. Son también objetivos a trabajar las relaciones sociales y la disminución de la hiperactividad e impulsividad.

La organización del material escolar y la tarea deben sistematizarse, hay que insistir en que repase los materiales para la actividad diaria, favorecer que llegue a

mecanizar estas actividades, estructurar el trabajo, ayudarle a planificarlo. Preparar material que sea «atractivo» y estimulante para que el trabajo en la escuela y el hogar faciliten su motivación.

La posición que el alumno con TDAH tenga en el aula no puede olvidarse, debe situarse en un lugar en el que los distractores sean mínimos y en el que el contacto visual con el profesor sea inmediato. Desde luego no ponerlo al final de la clase «para que no moleste». Es conveniente permitir al niño que cada cierto tiempo se mueva de la silla.

Las estrategias que mejor resultado han dado son:

- Estructurar la actividad. El objetivo es ayudar a que el alumno desempeñe adecuadamente las actividades que tienen que ver con la memoria de trabajo y sistematice actividades. Es conveniente hablar al niño sobre lo que se va a trabajar y qué se va a lograr con ello, cuánto tiempo va a durar y si habrá o no descanso, qué material va a utilizarse y retirar el que no sea necesario. Hay que explicar las normas y dar al niño las instrucciones claras, breves, y si fuera posible utilizar material llamativo como carteles de colores que el niño pueda ver y le recuerden la tarea a realizar.
- Expresar de modo claro las consecuencias positivas de la realización de la actividad. Para ello hay que motivar al niño sistemáticamente, ya que los procesos de atención sostenida suponen un gran reto para él. Los premios no deben ser necesariamente materiales sino de fortalecimiento de la autovaloración y autoconfianza y deben ser inmediatos a la consecución de la tarea.
- El profesor llevará a cabo lo que se conoce como *atención estratégica*, que consiste en el uso de la atención del profesor para ayudar al estudiante a mantenerse en la realización de la tarea o redirigirse a ésta si la ha abandonado. Los comentarios de ánimo u otras formas de refuerzo (sonrisas, fichas canjeables por privilegios, etc.) han demostrado su efecto positivo en el niño con TDAH, y el uso de la retirada de esta atención positiva ante

conductas inadecuadas puede hacerlas disminuir. Esta ignorancia activa hacia el niño exige la retirada total de la atención.

- Anticiparse a las «situaciones problema», aquellas en las que aparecen dificultades para el alumno, tanto de atención como de impulsividad-hiperactividad, (cambios de clase, salida al recreo) en definitiva, cambios en la actividad. Para ello hay que establecer las normas a tener en cuenta, que el alumno demuestre que las conoce y establecer el estímulo positivo posterior a la buena ejecución.
- En todos los procesos que se lleven a cabo, las normas, consignas, consecuencias positivas y negativas deben ser conocidas de antemano y consensuadas con la familia, ya que en muchas ocasiones será ella la encargada de llevarlas a cabo.
- Un requisito necesario para poder llevar a cabo las actividades en la escuela es que el docente tenga un estilo flexible, sea dinámico y conozca las características del trastorno.
- Las correcciones a los errores que haya podido tener tienen que ser claras, directas y respetuosas. La superación de las dificultades se consigue con seguridad, no con ataques a la autoestima, ni con ridiculizaciones públicas.
- No deben hacerse comentarios sobre sus dificultades en público, ni de sus tratamientos psicoterapéuticos ni farmacológicos, pueden llevar a estigmatización y van en contra del derecho de privacidad del individuo.

Queda de manifiesto que el objetivo a alcanzar es el desarrollo de programas fácilmente aplicables en el aula. Es preferible que los objetivos académicos y de socialización se lleven a cabo paralelamente. Conocemos la menor sensibilidad a las recompensas que tienen los niños con TDAH y su tendencia a fracasar en el mantenimiento de la atención, especialmente si los refuerzos positivos no son suficientemente consistentes o no son inmediatos. Por ello se necesitan refuerzos más potentes y frecuentes, sobre todo en forma de privilegios especiales o actividades gratificantes. El abordaje con «*programas de economía de fichas*» puede ser muy

útil. Consisten en proporcionar, en relación a la consecución de los objetivos preestablecidos, «fichas» que luego podrá cambiar por recompensas preestablecidas.

Para que la eficacia de esta actividad sea la deseada es imprescindible un buen conocimiento del alumno, observar detenidamente sus inquietudes y las actividades que le motivan y las que no. Es conveniente que la planificación del trabajo desde programas de economía de fichas sea coordinada con la familia del alumno, no solamente porque es ésta quién en muchas ocasiones tiene más posibilidades para ofrecer consecuencias positivas y/o negativas, sino porque el alumno debe aprender que hay mensajes congruentes en los diferentes ámbitos que le rodean. No se trataría solamente de la generalización de algo aprendido sino de la trascendencia de la vida del sujeto y de una labor de equipo indispensable.

Como muchas veces se olvidan de los deberes, ya sea por el déficit de atención o porque evitan confrontarse con la dificultad que entrañan y la sensación de fracaso. Para evitarlo suele ser útil darle un cuaderno en el que el profesor le anote los deberes y los padres escriban lo que ha hecho en casa. De esta manera el niño hace de «correo» entre padres y profesores, los cuales hacen de «yo auxiliar» para ofrecerle la supervisión y el control que él no tiene, con vistas a que él pueda ir desarrollándolo.

Una herramienta útil para poder llevar a cabo una buena integración de los objetivos académicos y los de socialización es la llamada «tutoría por compañeros», se trata de mejorar el aprendizaje a la vez que se logra que los compañeros participen en el proceso ayudando a la consecución de los objetivos y regulando la conducta. Se asigna un compañero que se encargará de supervisar la tarea, el material y en general, ayudar a que el alumno con TDAH se integre en el proceso y con los demás. Es obvio que esta función debe estar directamente supervisada por el profesorado, y las familias de ambos alumnos deben dar su consentimiento, así como el niño con TDAH. No se debe hacer si el niño lo vive como humillante o simplemente no quiere.

Cabe hacer una mención especial a los adolescentes con TDAH, sobre todo cuando el diagnóstico llega tarde y las carencias del proceso de aprendizaje son graves.

No es extraño que a esta edad el alumno con TDAH se haya «defendido» de un modo agresivo de lo que considera un medio hostil y alienante y haya sido reiteradamente expulsado o sancionado por su comportamiento violento tanto con profesores como compañeros.

En los casos en los que el alumno aún se mantenga en el centro escolar es imprescindible adecuar los objetivos académicos a sus capacidades y generalmente llenar las lagunas presentes en su conocimiento. Pero casi siempre va a ser necesario poner en marcha programas encaminados al control de la impulsividad y las habilidades sociales (HHSS).

En la adolescencia la impulsividad adquiere un riesgo añadido, ya que los cambios que el organismo sufre son desestabilizantes para el individuo en general y para el TDAH en particular. Las relaciones sexuales prematuras y conductas de riesgo están muy presentes en este periodo. El grupo de iguales puede actuar como sostén de la impunidad y facilitador de conductas peligrosas.

En los programas de HHSS con adolescentes se trabaja: estilos comunicacionales, conocimiento y manejo del mundo emocional, control de la impulsividad y resolución de problemas y conflictos. Es imposible lograr un trabajo efectivo en este periodo de vida del sujeto sin la aprobación y colaboración de la familia.

## FAMILIA Y TDAH

Las familias con hijos con TDAH pueden estar habituadas a escuchar de familiares, amigos, profesores y vecinos, expresiones desagradables acerca de sus hijos, que se les llame la atención e incluso verse rechazados. El cuidado de un niño con TDAH implica un esfuerzo para la familia y en la mayoría de los casos una importante dosis de sufrimiento. Todo ello se engloba en el concepto de *carga*, referida en un inicio a las familias con pacientes psiquiátricos y extendida después a todos los trastornos crónicos. La carga puede ser objetiva y subjetiva. La *carga objetiva* se refiere a los problemas prácticos como las alteraciones en la vida familiar, el aislamiento social y las dificultades económicas. La *carga subjetiva* hace referencia a las reacciones que los miembros de la familia experimentan, por ej.: ansiedad, depresión y sentimientos de pérdida.

Con frecuencia sus hijos les ponen «en evidencia» como padres incapaces de contener su conducta, pueden parecer despreocupados de las tareas escolares de sus hijos para el hogar ya que nunca están finalizadas, sus hijos son llamados al orden en múltiples ocasiones porque pegan, insultan, mienten..., es decir, una reahíla de quejas, cuestionamientos, advertencias, rechazos, que van haciendo mella en su persona. Quizá sea esta la razón de que muchos padres asuman con relativa tranquilidad el diagnóstico.

Saber que lo que le ocurre a su hijo no es fruto del mal hacer de sus padres, o de una maldad innata y que puede tener solución aunque ésta pase por tener que darle tratamiento farmacológico, alivia considerablemente su situación. Sin embargo esto no es más que el principio de una carrera en la que ellos deben ser los promotores de las acciones que se lleven a cabo para paliar, contrarrestar y modificar los efectos del trastorno en su hijo.

Generalmente las familias, aunque cada vez menos, desconocen qué es lo que ocurre a su hijo. Es muy habitual que algún pariente haya tenido estos mismos problemas, pero que nunca haya sido diagnosticado. Suelen acudir al especialista porque en el centro escolar se lo han indicado o porque no saben qué hacer con el niño.

Cuando una familia acude desconociendo qué es lo que puede estar detrás del comportamiento y dificultades de su hijo hay que acogerla e informarle sobre el trastorno: su origen, las implicaciones que conlleva y las necesidades que presenta.

¿Cómo comunicar el diagnóstico? Los profesionales debemos orientar a las familias a entender qué pasa con sus hijos, no solo comunicar un diagnóstico. Para ello es necesario ponerse en el lugar de quien recibe la información, hacerse cargo de su preocupación, desconcierto, sentimiento de culpa, temor a ser criticados por cómo es su hijo. La experiencia demuestra que una buena acogida y aproximación a las vivencias de la familia y su contexto ayuda en esta labor. Una forma adecuada para realizar esta tarea es explicar las bases funcionales del trastorno, así a partir de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y del CIE.10, podemos ir analizando con los padres y con el paciente, dependiendo de su edad, qué le ocurre y cómo les afecta a todos.

Al pasar los instrumentos de evaluación, es mejor explicar claramente los objetivos de los mismos y su fundamento. Concluida la fase de evaluación y en el establecimiento del diagnóstico debemos hacernos cargo de lo que esto supone, es decir el diagnóstico de un trastorno crónico y cómo afectará a la familia y al individuo.

Hay que hacer hincapié en la sintomatología y las consecuencias que acarrea para que, además de entenderla, comprendan su carácter involuntario. No es un niño malo o desobediente que pega y/o pasa de todo, es un niño con una dificultad para centrar la atención y por eso se despista y no atiende, además su hiperactividad le lleva a estar «moviéndose» constantemente lo cual le hace objeto de críticas y favorece su mal humor.

Dar soluciones factibles, tanto desde las intervenciones psicosociales como desde los tratamientos farmacológicos. Informar de las asociaciones que funcionen en su ciudad y a las que pueden acudir para encontrar un lugar de reunión, colaboración y apoyo tanto para los padres como para los pacientes.

Las relaciones familiares y las respuestas que los padres den a los niños con TDAH son de vital importancia, es por ello que hay que enseñarles a mantener pautas de actuación, consistentes y coherentes para afrontar las situaciones con su hijo de modo claro y conciso, para ello son útiles las técnicas de condicionamiento operante. Por ejemplo la técnica de registro: se apuntan las conductas comunes y disruptivas y los padres marcan objetivos y premios y castigos dependiendo de si se alcanzan o no. Los premios, preferentemente, deben ser relacionales, por ejemplo jugar a algo con el niño, llevarle a algún sitio que le guste. Si no cumple se le quitan cosas que le gusten (castigo negativo), por ejemplo, TV, video juegos, pero nunca actividades necesarias para su socialización, por ejemplo salir con sus amigos, hacer deporte. Si la falta es repetitiva y/o grave se le puede castigar en su habitación sin TV ni juegos, durante un tiempo y que al salir pida perdón por lo que ha hecho (ver anexo). La elección de objetivos a conseguir y las consecuencias aplicadas es mejor que se realicen con un profesional que oriente a los padres sobre su idoneidad.

Este recurso para ayudar a regular la conducta, incentivar, inhibir, manejar las contingencias y, en definitiva, ayudar al niño a mejorar en las situaciones que le generan un problema, es efectivo.

El trabajo que se realice con los padres debe tener también como objetivo dotarles de habilidades para manejarse en el contexto escolar y social del niño, deben estar capacitados para colaborar en las propuestas que desde el centro escolar se pongan en marcha e incluso promoverlas si fuera necesario. El apoyo profesional y social es esencial para las familias.

La *red social de apoyo* adquiere una importancia capital. Sabemos que el apoyo social es un factor fundamental en la salud física y psíquica, de manera que los sujetos con un buen apoyo social pueden tolerar las situaciones de estrés sin

enfermar, mientras que las mismas situaciones pueden provocar graves desarreglos somáticos y psíquicos, si no se cuenta con una buena red de apoyo que ayude a afrontar los diferentes problemas que genera el trastorno. El contacto con asociaciones de afectados es de gran ayuda.

House y Kahn (1985) distinguen 4 tipos de apoyos sociales: 1. Apoyo emocional (amor, comprensión empática, confianza) que favorezca la expresión de sentimientos 2. Apoyo instrumental, focalizado en las necesidades materiales 3. Información sobre la enfermedad y redes de apoyo y 4. Valoración de las dificultades y cómo las afrontan. Las familias con un hijo con TDAH necesitan una red de apoyo: familiares, amigos, vecinos, grupos de autoayuda, asociaciones de afectados, que les ayude a afrontar de una manera adecuada los problemas que le surgen con su hijo.

Las necesidades de la familia ante el TDAH se pueden resumir en: 1. Información sobre el trastorno, 2. Orientación en su manejo y tratamiento, 3. Compartir sus dificultades con otras familias, 4. Comunicación en la familia y con los sistemas de ayuda, y 5. Apoyo social.

## INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS CON HIJOS CON TDAH

Cuando realizamos cualquier actividad nuestro cerebro está atento a lo que hacemos y a otras circunstancias que puedan darse simultáneamente, p. ej., a la hora de explicar una lección en la clase puede haber un ruido en el pasillo, sonar un teléfono en un despacho cercano o escucharse algún sonido desde la calle ninguno de estos estímulos romperá la atención en la tarea que se lleva a cabo porque los procesos de atención están funcionando adecuadamente y priorizan la labor que se está realizando a otras cuestiones no relevante. En el caso de un niño con TDAH, todo llamará su atención dificultando que se centre en la lección que se está explicando. Está alerta, «a todo» lo que ocurre por insignificante que parezca para los demás.

Este estado de alerta genera una inquietud constante por no poder «desconectar» e ir perdiendo la información que después deberá aplicar en las tareas académicas. Además toda esta inquietud se manifiesta en una actividad constante, moverse en la silla, que se le caigan las cosas, etc., y tener que ser amonestado sistemáticamente por ello.

La sensación de estar siempre jugando pero fuera del juego y la de no poder estar al ritmo de los demás puede llevar al niño con TDAH a sentirse malo, incapaz, y generar sensaciones de displacer y trastornos de carácter emocional como la depresión, sensaciones de no valía.

### Preguntas más comunes

#### 1. ¿Qué es el TDAH?

Es un trastorno de inicio en la infancia, en el que los niños presentan una actividad motora que sobrepasa lo adecuado para su edad (hiperactividad), dificultad para

mantener la atención e impulsividad (no puede esperar, actúa sin pensar, «salta a la mínima»). Puede presentar los tres síntomas: falta de atención, hiperactividad e impulsividad o alguno de ellos y sobrepasan en intensidad a las conductas de un niño «movido» o «despistado».

## **2. ¿A qué se debe?**

Su origen se atribuye a un retraso madurativo del cerebro en el que la información que pasa de una neurona otra (neurotransmisores) es insuficiente en las áreas cerebrales que regulan la atención, el comportamiento motor, y las funciones ejecutivas. Aparece un autocontrol insuficiente, algo así como que el director de orquesta de la información que llega al cerebro no dirige bien. Al fallar el director no se puede memorizar, organizar ni planificar las tareas de una manera adecuada y se actúa por impulso, sin reflexionar.

## **3. ¿Es hereditario?**

Es más frecuente en las familias en las que uno de los padres tiene TDAH, pero no se debe únicamente a la herencia. El consumo de alcohol, tabaco y drogas durante el embarazo, la intoxicación por plomo y algunas alergias alimentarias pueden favorecer su aparición. En algunos casos, la crianza en un hogar muy caótico con padres que no pueden hacerse cargo de sus hijos puede favorecer su aparición.

## **4. ¿Cuál es su evolución?**

Los tres aspectos que conforman el trastorno, inatención, hiperactividad e impulsividad tienen caminos diferentes a lo largo del desarrollo. Así la impulsividad tiende a desaparecer en la edad adulta, la hiperactividad baja de intensidad con los años y no siempre desaparece y la inatención se mantiene en la edad adulta en un 40-70% de los casos. Dependiendo de la edad de diagnóstico y del tipo de tratamiento que se haya recibido los diferentes síntomas que se dan podrán mantenerse más o menos.

### **5. ¿Hay muchos niños con este problema?**

Los estudios que se han realizado en España y en otros países coinciden en que el TDAH se presenta en un 4-6% de la población infantil. Es más frecuente a los 6-9 años. Más del 80% seguirán presentando el trastorno en la adolescencia, y el 30-65% lo seguirán padeciendo en la vida adulta.

### **6. ¿Las niñas pueden padecer TDAH?**

Los niños son más propensos que las niñas a padecer el trastorno, 3-4 veces más. Las niñas presentan más problemas de atención y cognitivos que hiperactividad e impulsividad

### **7. ¿Tiene cura?**

En los casos leves basta con orientar a los padres y que en el colegio se les ayude en sus dificultades de aprendizaje. En los casos en los que los síntomas interfieren su desarrollo escolar y social suele ser necesario el uso de medicación que ayude a su cerebro a atender, organizarse y autocontrolarse. El tratamiento de elección son los psicoestimulantes pues hacen que el cerebro funcione de una manera normal y los síntomas desaparezcan o se atenúen de una forma significativa. En los casos más graves o en los que no toleran los psicoestimulantes se pueden utilizar otros tipos de medicación (Por Ej. Neurolépticos, antidepresivos, eutimizantes). En todos los casos se debe ayudar a la familia e intervenir en el colegio. El trastorno puede desaparecer con los años o ser tan mínimo que no interfiere en la vida del sujeto. Adulto con TDAH pueden tener una energía y capacidad de trabajo muy superior a la de los demás. Hay premios Nóbel y deportistas de élite con son TDAH.

### **8. ¿Los psicoestimulantes crean adicción y se hará un drogadicto?**

Los estudios demuestran todo lo contrario, los niños en tratamiento con psicoestimulantes (metilfenidato) presentan menos conductas adictivas que otros niños. Si necesitan medicación y no la toman tienden a ingerir alcohol, tabaco o hachís como una forma de «automedicarse» al conseguir con esas sustancias «bajar las revoluciones» de su cerebro.

### **9. ¿Se debe a que lo hemos educado mal?**

En absoluto. Pero los niños con TDAH necesitan un sobreesfuerzo por parte de padres y educadores. Les hace falta que les pongan las normas muy claras y que no se ceda ante su impulsividad y conductas escapistas ante las dificultades. De esta forma se les da el control del que carecen, hasta que aprendan a autocontrolarse y regularse. La clave está en la firmeza con cariño, necesaria para todos los niños, pero en ellos con más razón. No piensen que por darle todo lo que pide y transigir le van a hacer más feliz, favorecerán que se a un tirano y no le aguante nadie.

### **9. ¿Va a ser apto para estudiar?**

El TDAH generalmente tiene una inteligencia normal e incluso puede ser muy inteligente. Su problema no tiene que ver con la inteligencia sino con la autorregulación y la atención. Existen dos tipos de atención: la del agricultor, que requiere una observación constante y detallada para ver cómo está la tierra, si las plantas necesitan agua, si va a llover. . . , y la atención rápida y refleja del cazador, que tiene que estar pendiente del mínimo cambio o movimiento que permita detectar a la pieza que quiere cazar. El TDAH tiene atención de cazador, lo cual es muy bueno para muchas cosas, pero plantea dificultades en el colegio pues ahí hace falta atención de agricultor. Hace falta ayudarle a desarrollar ese tipo de atención para poder rendir bien en los estudios y enseñarle a autorregularse. Existen adultos con TDAH que han brillado en sus carreras e incluso obtenido el premio Nóbel.

### **10. ¿Va a estar siempre solo y sin amigos?**

El déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad dificulta el juego colaborativo y la socialización, por ello los compañeros le rechazan. Si se atenúan los síntomas les aceptan, pues suelen ser niños cariñosos y ávidos de integrarse con los demás.

**12. ¿No es la hiperactividad algo normal en la infancia, por qué ahora es un problema?**

En la sociedad actual los niños están hiperestimulados por el consumo, los padres no tienen apenas tiempo para ocuparse de los hijos, no se les pone límites y se les dan demasiados caprichos para paliar la falta de tiempo que se les dedica. Todo ello potencia que presenten problemas de conducta, que sean desafiantes y negativistas (trastorno negativista-desafiante 2-16%, trastorno disocial 1-10%; APA, 2000). Pero si vemos como están los jóvenes hoy día, el porcentaje sube bastante más. Eso no es el TDAH, este trastorno se da en el 4-6% de los niños. Los niños con TDAH no tratados pueden presentar más frecuentemente problemas de conducta, por eso es importante su diagnóstico y tratamiento precoz.

**13. ¿Qué efectos produce en su desarrollo el tratamiento farmacológico?**

Los psicoestimulantes pueden quitar el apetito, pero se corrige fácilmente con estimulantes del apetito.

**14. ¿Quién puede hacer el diagnóstico?**

Pediatra, psicólogo escolar y clínico, psiquiatra. Muchas veces el pediatra lo diagnostica e inicia el tratamiento. Los psicólogos escolares y pedagogos también los detectan. Los psiquiatras y psicólogos clínicos de salud mental los diagnostican generalmente tarde, cuando presentan problemas añadidos después de años sin recibir la ayuda que necesitan.

**15. ¿Puede tener ansiedad y depresión mi hijo con TDAH?**

Si no se le ayuda desde que es pequeño, se va sintiendo fracasado y rechazado, lo cual mina su autoestima, se siente inseguro y todo ello le puede deprimir y angustiar. Pero también puede suceder que un niño con depresión y ansiedad presente síntomas de hiperactividad e inatención sin ser un TDAH. El diagnóstico diferencial lo debe hacer un profesional experto.

## 16. ¿Cómo le explico que es hiperactivo?

Suele ser útil usar el siguiente símil: «comparado con un coche, la mayoría de la gente tiene un cerebro que va a 100 por hora, pero el del TDAH va a 300, como un Ferrari. Eso le dificulta el parar quieto, pero cuando aprenda a regular mejor su velocidad podrá hacer muchas más cosas que los demás. Hay premios Nóbel, profesionales de éxito y deportistas de élite que son TDAH. Tienen mucha más capacidad de trabajo que los demás, lo que les hace falta es bajar algo la velocidad y aprender a conducir tan rápido».

## BIBLIOGRAFÍA

- Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum.
- Andrés-Carrasco, MA., Catalá, MA. y Gómez-Beneyto, M. (1995). Estudio de la prevalencia del TDAH en niños de 10 años residentes en el municipio de Valencia. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*; 23 (4): 184-188.
- Andrés-Carrasco, MA., Catalá, MA. y Gómez-Beneyto, M. (1999). Prevalence, comorbidity, risk factors and service utilisation of disruptive behaviour disorders in a community sample of children in Valencia (Spain). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 34: 175-179.
- American Academy of Child and adolescents Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with attention-deficit/hyperactivity disorders. Disponible en <http://www.aacap.org/clinical/parameters/>
- American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2000; 105 (5): 1158-70. disponible en <http://www.guideline.gov>.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR). Masson, Barcelona, 2002.
- Barbarese, WJ, Katusic, SK, Colligan, RC, Pankratz, S, Weaver, AL, Weber, KJ, et al. (2002). How common is attention-deficit/hyperactivity disorder?. *Arch Pediatr Adolesc Med*; 156:217-24.
- Barbarese, WJ., Katusic, SK., Colligan, RC., Weaver, A., Pankratz, V., Mrazek, D., et al. (2004). How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? Towards resolution of the controversy: results from a population-based study. *Acta Pediatr Suppl*; 93: 55-9.
- Barkley, RA. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder, a handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, RA. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford.
- Barkley, RA. (1998). A theory of ADHD: Inhibition, executive functions, self-control, and time. In Barkley RA., ed. *Attention deficit hyperactivity disorders: a handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford 225-62.
- Barkley, RA. (2000). *Taking charge of ADHD*. New York: The Guilford Press.

- Benjumea Pino, P., Mojarro Práxedes, MD. (1993). Trastornos hiperkinéticos: estudio epidemiológico en doble fase de una población sevillana. *An Psiquiatría* 9 (7): 306-311.
- Bierderman, J., Faraone, SV., et al. (2004). Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biol Psychiatry*; 55: 692-700.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol 2. Separation, anxiety and anger*. London. Hogarth Press.
- Cardo, E., Servera-Barceló, M. (2005). Prevalencia del trastorno de atención e hiperactividad. *Rev Neurol*; 40 (supl 1): S11-S15.
- Castellanos, FX., Acosta, MT. (2004). Neuroanatomía del trastorno de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*; 38 (Supl. 1): S131-136.
- Clarke, L., Ungerer, J., y Chahud, K. (2002). Attention Deficit Hyperactivity Disorder is Associated with Attachment Insecurity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*; vol(7): 179-198.
- Conners, CK. Clinical use of rating scales in diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. [Review] [35 refs]. *Pediatric Clinics of North America* 46: 857-870.
- Connor, DF. (2002). Preeshcool attention deficit hyperactivity disorder: a review of prevalence, diagnosis, neurobiology and stimulant treatment. *J Dev Behav Pediatr*; 23: 1-9.
- Cooper, P., Ideus, K. (1996). Attention deficit/hyperactivity disorder. A practical Guide for Teachers. David Fulton Publishers LTD. London.
- Copeland, A.P. y Reiner, E.M. (1984). The selective Attention of Learning-disabled Children: Three studies. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12: 455-470.
- Cornejo, W., Cuartas, M., Gómez-Uribe, LF. y Carrizosa, J. (2004). Caracterización clínica y simulaciones de poder para ligamiento genético en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en familias antioqueñas. *Rev Neurol*, 35: 1-10.
- Criado-Alvarez, JJ, Romo-Barriento, C. (2003). Variabilidad y tendencias en el consumo de metilfenidato en España. Estimación de prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*; 37 (9) 806-810.
- De Negri, M. (1996). Le funzioni e le disfunzioni prattognosiche. En: De Negri: *Manuale di Neuropsichiatria infantile*. Padua, Piccin, 416-444.
- Diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in primary care for school age children and adolescents. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Bloomington (MN). 2003 Disponible en <http://www.guideline.gov>

- Douglas, VI. (1983) Attention and cognitive problems. In Rutter M, ed. *Developmental neuropsychiatry*. New York: Guilford; 280-329.
- Douglas, VL. (1984). The psychological processes implicated in ADD. In Bloomingdale L, ed. *Attention deficit disorder: Diagnostic, cognitive and therapeutic understanding*. New York: Guilford; 147-62.
- Erdman, P. (1998). Conceptualizing ADHS as a contextual response to parental attachment. *American Journal of Family Therapy*, 26, 177-185.
- Farré, A, Narbona, J. (1989). Índice de hipercesnesia y rendimiento escolar. Validación del cuestionario de Conners en nuestro medio. *Acta Pediatr Esp*; 47: 103-109.
- Farré, A. y Narbona, J. (1998). *Escala para la evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, EDAH*. TEA.
- Farré, A. y Narbona, J. (1997). Conners Rating scale in the assessment of attention deficit disorder with hyperactivity (ADHD). A new validation and factor analysis in Spanish children. *Rev. Neurol.*; 25(138) 200-204.
- Fernández Jaén, A., Díaz Lainez, M. Trastornos de hiperactividad y déficit de atención. Resumen. En: Fernández Jaén A., Calleja Pérez, B. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Disponible en <http://www.anshda.org/libro.pdf>
- García Pérez, E.M. y Magaz Lago, A. Actualidad sobre el TDAH. Disponible en <http://www.tdah.com/actualidad.html>
- Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *J Atten Disord*; 5: 143-54.
- Green, C., y Chee, K. (2000). *El niño muy movido o despistado. Entender el trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Madrid. Medici.
- Halperin, J.M. (1990). Validation of Hyperactivity, Aggressive and mixed Hyperactive/Aggressive childhood disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31: 455-459.
- Idiazabal-Alecha, MA, Rodríguez-Vázquez, D, Guerrero-Gallo, D, Vicent-Sardinero, X (2005). Utilidad de los potenciales evocados cognitivos en la valoración de la efectividad del tratamiento con metilfenidato en niños con trastorno de déficit de atención. *Revista de Neurología*; 40 (supl 1): s37-s42.
- Kutcher, S., Aman, M., Brooks, S.J., Buitelaar, J. et al. (2004). International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions. *Eur Neuropsychopharmacol*. Disponible en [http://www.odp.od.nih.gov/consensus/110/110\\_statement.htm](http://www.odp.od.nih.gov/consensus/110/110_statement.htm)

- Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behaviour problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 64-73.
- Main, M. y Salomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized-disoriented attachment pattern. In T.B. Brazelton y M.Yogman (eds.), *Affective development in infancy*, Norwood, NJ, Ablex. 95-124.
- Main, M. y Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En M. T. Greenberg, D. Cicchetti y E. M. Cummings (eds.), *Attachment in the preschool years*, Chicago, University of Chicago press, 121-160.
- Narbona, J. (2001). Alta prevalencia del TDAH: ¿niños trastornados o sociedad maltrecha? *Rev Neurol*; 32 (3): 229-231.
- Narbona-García, J, Sanchez-Carpintero, R. (1999): [Neurobiology of attention deficit-hyperactivity disorder]. *Revista de Neurología*; 28 Suppl 2: S160-S164.
- National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of Methylphenidate for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). In childhood. Information for patients. 2000. Disponible en <http://www.nice.org.uk>
- Newman, L. (1996). ADHD-Retrinking the epidemic. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 17, 107-108.
- Orjales, I. (2002). Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores. Madrid. Ciencias de al educación preescolar y especial.
- Orjales, I., y Polaino, A. (2002). Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad. Madrid. Ciencias de al educación preescolar y especial.
- Peters, J.E., Davis, J.S., Goolsby, C.M., Clements, S.D., Hicks, T.J. (1973). *Physician's Handbook Screening for MBD*. CIBA Medical Horizons, Little Rock, Arkansas.
- Rapin, I. (1987). *Disfunción cerebral en la infancia*. Barcelona, Martínez Roca.
- Rhode, LA, Biederman, J, Busnello, EA, Zimmerman, H, Schmitz, M, Martins, S, et al. (2000). ADHD in a school sample of Brazilian adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 38: 716-22.
- Risueño, AE. (2001). Aportes de la Neuropsicología dinámica integral al diagnóstico y tratamiento del ADHD. *Rev Psiquiatr Psicol. Niños y Adolescentes*, 4(1): 79-87.
- Rutter, M. (1984). *Developmental Neuropsychiatry*. Churchill-Livingstone. Edinburgh.

- Scottish intercollegiate Guidelines Network. (2001). Attention Deficit and Hiperkinetic Disorders in children and young People. A national Clinical guideline. Disponible en <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign52pdf>.
- Servera-Barceló, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*; 40 (6): 358-368.
- Shaywitz, S.E. y Shaywitz, B.A. (1991). Comorbidity: A critical Issue in Attention Deficit Disorder. *Journal of Child Neurology*, 6, suppl: S13-S20.
- Soutullo-Esperón, C. (2003) Diagnóstico y tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Med Clin (Barcelona)*; 120: 222-6.
- Swanson, JM, Sergeant, JA, Taylor, E, Sonuga-Barke, EJS, Jensen, PS, Cantwell, DP. (1999) Attention deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Lancet*; 351: 429-33.
- Taylor, E.O. (1986). *The overactive child*. Oxford, Spastics International Medical Publications. Blackwell Scientific Publications. Trad. Esp.: *El niño hiperactivo*. Barcelona, Martínez Roca (1991).
- The MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry*; 56: 1073-1086.
- Vaidya, C.J., Austin, G., Kirkorian, G, Ridlehuber, HW., Desmond, JE, Glover, GH, Gabrieli, JD. (1998). Selective effects of methylphenidate in attention deficit hyperactivity disorder: A functional magnetic resonance study. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 95, 14494-14499.
- Van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C. y Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.
- Zametkin, A., Mordahl, T.E., Gross, M., King, A.C., Semple, W.E., Rumsey, J., Hamburger, S., y Cohen, R.M. (1990). Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *New England Journal of Medicine*, 323(2), 1361-1366.



**ANEXOS**

**Escala de evaluación de los efectos secundarios de los psicoestimulantes**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Cumplimentado por: \_\_\_\_\_

Utilizar la escala para 7 días: del día \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

El 0 indica ausencia de la conducta y el 7 que la conducta se presentó de forma muy intensa y/o muy frecuentemente. Señale únicamente los aspectos sobre los que tenga información.

Conductas	L	M	X	J	V	S	D
Insomnio/ problemas de sueño	<input type="checkbox"/>						
Pesadillas	<input type="checkbox"/>						
Mirada fija/ensoñación	<input type="checkbox"/>						
Habla menos / se aísla	<input type="checkbox"/>						
Cansado /apagado / somnoliento	<input type="checkbox"/>						
Disminución del apetito	<input type="checkbox"/>						
Irritabilidad	<input type="checkbox"/>						
Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>						
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>						
Triste / infeliz / deprimido	<input type="checkbox"/>						
Lloroso / sensible	<input type="checkbox"/>						
Ansiedad / preocupación	<input type="checkbox"/>						
Morderse labios, uñas o pellejos	<input type="checkbox"/>						
Eufórico / inusualmente feliz	<input type="checkbox"/>						
Vértigo	<input type="checkbox"/>						
Tics o movimientos nerviosos	<input type="checkbox"/>						
Aumento del nivel de actividad	<input type="checkbox"/>						
Contraer la mandíbula / sacar la lengua	<input type="checkbox"/>						

Otros (describir): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Escala de evaluación de síntomas o problemas

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Cumplimentado por: \_\_\_\_\_

Utilizar la escala para 7 días: del día \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

El 0 indica ausencia de la conducta y el 7 que la conducta se presentó de forma muy intensa y/o muy frecuentemente. Señale únicamente los aspectos sobre los que tenga información.

Síntoma o problema	L	M	X	J	V	S	D
No presta atención	<input type="checkbox"/>						
No mantiene la atención	<input type="checkbox"/>						
No escucha lo que se le dice	<input type="checkbox"/>						
No sigue instrucciones/no finaliza tareas	<input type="checkbox"/>						
No organiza las tareas y actividades	<input type="checkbox"/>						
Dificultad en mantener esfuerzo mental	<input type="checkbox"/>						
Pierde las cosas	<input type="checkbox"/>						
Se distrae con cualquier cosa	<input type="checkbox"/>						
Es descuidado y olvidadizo	<input type="checkbox"/>						
Mueve manos/pies/se mueve sentado	<input type="checkbox"/>						
Se levanta de su asiento cuando no debe	<input type="checkbox"/>						
Corre o salta en exceso/con riesgo	<input type="checkbox"/>						
Dificultad para jugar tranquilamente	<input type="checkbox"/>						
Actúa como si tuviera un motor	<input type="checkbox"/>						
Habla en exceso / es ruidoso	<input type="checkbox"/>						
Contesta las preguntas antes de tiempo	<input type="checkbox"/>						
Le cuesta guardar el turno	<input type="checkbox"/>						
Interrumpe o se mete en lo de los demás	<input type="checkbox"/>						

Otros (describir): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Escala SNAP-IV (versión abreviada)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Curso escolar: \_\_\_\_\_

Profesor. Rellenado por: \_\_\_\_\_

Tipo de Colegio:  Público  Concertado  Privado      Núm. alumnos/clase: \_\_\_\_\_

Padres. Rellenada por:  Padre  Madre

Situación familiar:  Soltero/a  Separados/divorciados  Viudo/a

Número de miembros de la familia que conviven en el mismo domicilio (incluido el paciente): \_\_\_\_\_

Para cada uno de los apartados debe responder y puntuar de acuerdo con lo que mejor describa la actitud del niño/a:  
 0= No o no del todo      2= Sí, bastante  
 1= Sí, un poco      3= Sí mucho

**Periodo de tiempo considerado para la evaluación:**

1ª Evaluación:  
 La semana pasada     El mes pasado     El año pasado     Otro periodo: \_\_\_\_\_

2ª Evaluación:  
 La semana pasada     El mes pasado     El año pasado     Otro periodo: \_\_\_\_\_

3ª Evaluación:  
 La semana pasada     El mes pasado     El año pasado     Otro periodo: \_\_\_\_\_

4ª Evaluación:  
 La semana pasada     El mes pasado     El año pasado     Otro periodo: \_\_\_\_\_

Puntos de corte	Profesores	Padres
Punto de corte al 5% de la inatención (Valor SUMA INATENCIÓN /9)	<2,56	<1,78
Punto de corte al 5% de la hiperactividad (Valor SUMA HIPERACTIVIDAD/IMPULSIVIDAD /9)	<1,78	<1,44
Punto de corte al 5% de la suma total (Valor SUMA TOTAL /18)	<2,00	<1,67

<b>Por cada apartado evalúe de 0-3 de acuerdo con la intensidad que mejor caracterice al niño. Puntúe todos los apartados. Sólomente de un valor (0,1,2 ó 3)</b>	1 <sup>a</sup> eval.	2 <sup>a</sup> eval.	3 <sup>a</sup> eval.	4 <sup>a</sup> eval.
1. Frecuentemente no presta atención suficiente a los detalles o tiene descuidos en los trabajos escolares o en otras tareas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Frecuentemente tiene dificultad para permanecer atento en juegos o en tareas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Con frecuencia parece que no escucha cuando le hablan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Frecuentemente no sigue bien las instrucciones para poder finalizar una tarea escolar o tareas que se le encomienden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Con frecuencia tiene dificultad para ordenar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Frecuentemente evita o no le gusta o se niega a aceptar tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo, deberes o tareas de casa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Con frecuencia pierde materiales necesarios para hacer sus tareas (por ejemplo, libro de deberes, juguetes, lápices o herramientas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Frecuentemente se distrae por cualquier ruido o cosas que ocurren a su alrededor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Con frecuencia es olvidadizo con las tareas diarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Frecuentemente mueve los dedos o los pies o se mueve en la silla cuando está sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Frecuentemente se levanta de su asiento en clase o en otras situaciones en otras situaciones cuando no debiera hacerlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Frecuentemente da vueltas o se columpia en exceso en situaciones en las que esta actitud no es apropiada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Frecuentemente tiene dificultades para jugar o hacer actividades en silencio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Frecuentemente se mueve muy rápidamente como «si tuviera un motor»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Con frecuencia habla en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Frecuentemente responde antes de hayan terminado la pregunta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Frecuentemente tiene dificultad para esperar su turno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Frecuentemente interrumpe o se inmiscuye en las cosas de los demás (por ejemplo, se entromete en una conversación o en un juego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Suma total</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Suma de puntuación TDAH-inatención (apartados 1-9)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Suma de puntuación TDAH-hiperactividad/impulsividad (apartados 10-18)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Escala de criterios DSM-IV-TR para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad**

A (1) ó (2):

- (1) Seis o más de los siguientes síntomas de **desatención** han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

*Desatención*

- (a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles e incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
  - (b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
  - (c) A menudo no parece escuchar cuando se le habla directamente.
  - (d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativo o a incapacidad para comprender instrucciones).
  - (e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
  - (f) A menudo evita, le disgusta, es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
  - (g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (lápices, ejercicios escolares, juguetes, libros o herramientas).
  - (h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
  - (i) A menudo es descuidado en actividades diarias.
- (2) Seis (o más) de los siguientes síntomas de **hiperactividad-impulsividad** han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa o incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

*Hiperactividad*

- (a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se mueve en su asiento.
- (b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
- (c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos de inquietud)
- (d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

(e) A menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor.

(f) A menudo habla en exceso.

*Impulsividad*

(g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.

(h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.

(i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (se entromete en conversaciones o juegos).

**B** Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los siete años de edad.

**C** Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (escuela, trabajo, casa)

**D** Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

**E** Los síntomas no parecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (trastorno del estado de ánimo, ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad)

Criterios A1 y A2. **Trastorno con déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado.**

Criterios A1 y pero no A2. **Trastorno con déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención.**

Criterios A2 y pero no A1. **Trastorno con déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.**

## Escala de criterios CIE-10 para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad

### F90 Trastornos hiperkinéticos

#### F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención.

*Desatención*

- (j) Interrupción prematura de la ejecución de tareas y su abandono sin terminarlas.
- (k) Cambian frecuentemente de una actividad a otra, dando la impresión de que pierden el interés en una tarea porque pasan a distraerse con otra.
- (l) Estos déficit en la persistencia y en la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos respecto a la edad y el CI del niño.

*Hiperactividad*

- (j) Implica una **inquietud excesiva**, en especial en situaciones que requieren una relativa calma. Dependiendo de las circunstancias, puede manifestarse con saltar y correr sin rumbo fijo, la imposibilidad de permanecer sentado cuando es necesario, verborrea y alboroto, o una inquietud general acompañada de gestikulaciones y contorsiones. Este rasgo comportamental es más evidente en las situaciones bien estructuradas y organizadas que requieren un alto grado de autocontrol del comportamiento.

*Rasgos asociados*

Apoyan el diagnóstico no son suficientes ni incluso necesarios, pero ayudan a realizarlo.

- (a) desinhibición en la relación social.
- (b) imprudencia en las situaciones de peligro.
- (c) quebrantamiento impulsivo de las normas sociales (como, por ejemplo, la intromisión o interrupción de la actividad de otras personas, respuestas prematuras a preguntas sin permitir que se hayan terminado de formular o la imposibilidad de esperar a que le toque su turno).

El diagnóstico requiere la presencia de los dos primeros (desatención e hiperactividad), debiéndose manifestar en más de una situación (por ejemplo, en casa, en clase, en la consulta).

No tiene un inicio agudo. No son síntomas de un trastorno generalizado del desarrollo, trastorno de ansiedad o depresivo. Solo podrá hacerse un doble diagnóstico cuando esté clara la presencia independiente de un trastorno hiperkinético puesto de manifiesto por síntomas que no formen parte del trastorno ansioso o afectivo.

Cuando estén presentes tanto los rasgos de trastorno hiperkinético como de trastorno disocial, si la hiperactividad es intensa y generalizada, el diagnóstico será trastorno hiperkinético disocial (F90.1).

## Carta de solicitud de colaboración del centro escolar para la evaluación

El/la niño/a:

Está siendo atendido en esta Unidad. Con el objetivo de realizar una evaluación, lo más completa posible, solicitamos su colaboración para conocer la situación del niño/a en el ámbito escolar.

Para este fin, les adjuntamos unas pruebas diagnósticas que nos ayudarían a tener una visión más amplia de sus problemáticas.

Agradeciéndole su colaboración y quedando a su disposición para cualquier aclaración (teléfono \_\_\_\_\_).

Le saluda atentamente,

**Carta de solicitud de colaboración del centro escolar para el tratamiento farmacológico**

El niño:

Está siendo atendido en esta Unidad. Padece un Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Creemos que las dificultades escolares y su desmotivación se deben a este trastorno.

Acaba de iniciar un tratamiento con Metilfenidato y necesitaríamos que rellenen unas fichas para estudiar la tolerancia y el efecto que le produce. Una vez cumplimentadas, se las pueden dar a los padres para que nos las traigan (ellos rellenarán las mismas en casa). Los padres tienen la indicación de no decirles qué días toma la medicación y qué días no, para hacer un ensayo ciego sobre los síntomas con y sin medicación. Si tolera bien la medicación y es beneficiosa para él, les informaremos de lo prescrito.

Agradeciéndoles su colaboración y quedando a su disposición para cualquier aclaración (teléfono \_\_\_\_\_).

Le saluda atentamente,

### Ficha de condicionamiento operante

REGISTRO SEMANAL Nombre: \_\_\_\_\_

DEL D/A \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Si no es suficiente el espacio puedes escribir en la parte posterior de esta hoja)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1. Conducta o tarea							
Premio/castigo							
2. Conducta o tarea							
Premio/castigo							
3. Conducta o tarea							
Premio/castigo							
4. Conducta o tarea							
Premio/castigo							
5. Conducta o tarea							
Premio/castigo							

Poner cada día una pegatina sobre el cumplimiento de la tarea. **Punto verde:** si cumple. **Punto rojo:** si no cumple.

Con la colaboración de:



[www.janssen-cilag.es](http://www.janssen-cilag.es)