

## Anexo 3. Información para pacientes, familiares y educadores

### Aprender a conocer y manejar el TDAH en niños y adolescentes

Esta guía, dirigida a pacientes, familiares y educadores de niños y adolescentes con TDAH, está basada en la *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes*. Tiene como objetivo proporcionar información para que el paciente y su entorno conozcan mejor el trastorno y sean parte implicada en su detección, diagnóstico y tratamiento.

El documento hace recomendaciones basadas en los resultados de la investigación existente hasta la actualidad.

Contiene un listado de direcciones y bibliografía de consulta donde conseguir más información sobre el TDAH.

#### 1. ¿Qué es el TDAH? ¿Cómo se manifiesta en niños y adolescentes?

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno de origen neurobiológico que se inicia en la edad infantil y que afecta entre un 3-7% de niños en edad escolar. Los síntomas principales son la **hiperactividad**, la **impulsividad** y el **déficit de atención**. Estos síntomas se presentan con mayor intensidad y frecuencia de lo esperado en los niños de su misma edad.

Los síntomas nucleares del TDAH son los siguientes:

##### Hiperactividad

Se manifiesta por un exceso de movimiento en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo y en diferentes ámbitos (casa y escuela). Tienen grandes dificultades para permanecer quietos cuando las situaciones lo requieren (se levantan del asiento, lo tocan todo, no paran quietos, parecen movidos por un motor). Hablan en exceso y producen demasiado ruido durante actividades tranquilas.

##### Inatención

Se caracteriza por dificultades para mantener la atención en tareas que suponen un esfuerzo mental sostenido. A menudo parecen no escuchar, les cuesta seguir órdenes e instrucciones y tienen dificultades para organizar tareas y actividades con tendencia a los olvidos

y a perder objetos. Suelen distraerse con facilidad ante estímulos irrelevantes. Las dificultades de atención suelen aparecer más frecuentemente durante la etapa escolar cuando aumenta la exigencia académica.

### Impulsividad

Se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas o esperar el turno. A menudo interrumpen y dan respuestas precipitadas antes de que las preguntas hayan sido completadas. En general, se caracterizan por actuar sin pensar, no evaluando las consecuencias de la conducta.

Los niños y adolescentes con TDAH tienen problemas para controlar su comportamiento y ajustarse a las normas, presentando así dificultades de adaptación familiar, escolar y/o social.

### ¿Hay diferentes tipos de TDAH?

El **DSM-IV-TR** (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, texto revisado) de la Asociación Americana de Psiquiatría (2001) clasifica el TDAH en tres tipos:

- **TDAH, tipo combinado:** Se encuentran presentes los tres síntomas principales (inatención, hiperactividad e impulsividad).
- **TDAH, tipo con predominio del déficit de atención:** Cuando el síntoma principal es la inatención.
- **TDAH, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo:** La conducta que predomina es la de hiperactividad e impulsividad.

### ¿Cuáles son los trastornos que se presentan con el TDAH?

Con frecuencia los niños con TDAH pueden tener otros problemas asociados, como los trastornos de conducta, ansiedad o problemas de aprendizaje.

## 2. ¿Cuál es la causa del TDAH? ¿Qué factores intervienen?

No se conocen con exactitud todos los factores que intervienen en la aparición del TDAH pero está claro que existe una interrelación de múltiples factores genéticos y ambientales.

### Estructuras y circuitos cerebrales

Existe evidencia científica de que el origen del TDAH es una alteración en el funcionamiento cerebral, localizada en las áreas de la corteza prefrontal y sus conexiones con los ganglios basales. Distintos estudios han encontrado en la población pediátrica con TDAH un menor tamaño de algunas de éstas áreas cerebrales.

### **Componente genético**

Existe evidencia científica sobre el componente genético del TDAH. Recientes estudios muestran la complejidad genética del TDAH, ya que se han visto implicados distintos cromosomas y genes. El componente genético quizá sea el mayor predisponente para padecer el TDAH.

### Factores neurobiológicos

La presencia de factores neurobiológicos no genéticos en la aparición del TDAH ha sido referida en distintos estudios: prematuridad, encefalopatía hipóxico-isquémica, bajo peso al nacimiento y consumo de tabaco, alcohol y otras drogas durante la gestación. En edades posteriores, los traumatismos craneoencefálicos (TCE) graves en la primera infancia, así como padecer infecciones del sistema nervioso central (SNC), se han relacionado también con un mayor riesgo de TDAH. A estos factores neurobiológicos no genéticos se les denomina, de forma genérica, factores ambientales.

### Factores no neurobiológicos

Se han descrito también factores de riesgo psicosocial que influirían en el desarrollo de la capacidad de control emocional y cognitivo. Actualmente, se acepta que es posible la interacción de factores ambientales y genéticos de forma que la presencia de determinados genes afectaría a la sensibilidad individual a ciertos factores ambientales.

Factores dietéticos como el tipo de alimentación, la utilización de aditivos alimentarios, azúcar y edulcorantes han sido también motivo de polémica sin que por el momento existan estudios concluyentes que los relacionen con el TDAH.

### ¿Existen disfunciones neuropsicológicas en el TDAH?

Los estudios neuropsicológicos y de neuroimagen funcional han demostrado que los niños y niñas con TDAH presentan una alteración cognitiva en las llamadas funciones ejecutivas: inhibición de respuesta, vigilancia, memoria de trabajo y planificación.

## 3. ¿Cuál es la evolución del TDAH con la edad?

En muchos niños los síntomas de hiperactividad tienden a disminuir durante la infancia. La inatención y especialmente la impulsividad permanecen en adolescentes y adultos.

El tiempo que los niños pueden mantener la atención se incrementa con la edad, sin embargo en muchos niños con el trastorno tiende a estar por debajo del nivel esperado y del que se necesita para realizar las demandas de la vida diaria. **Un alto porcentaje de niños con TDAH seguirán teniendo síntomas en la adolescencia y la edad adulta, por lo que deberán continuar en tratamiento.**

Aunque los síntomas de inatención e hiperactividad pueden persistir en muchos casos, es importante recordar que muchos jóvenes con TDAH tendrán una buena adaptación

en la edad adulta y estarán libres de problemas de salud mental. Un buen pronóstico será más probable cuando predomina la inatención más que la hiperactividad-impulsividad, no se desarrollan trastornos de conducta, y las relaciones con los familiares y con otros niños son adecuadas.

## 4. ¿Cómo y quién diagnostica el TDAH?

¿Cómo se diagnostica el TDAH?

**El diagnóstico del TDAH es exclusivamente clínico, esto es, mediante la información obtenida de los niños o adolescentes, sus padres y educadores**, y debe estar sustentado en la presencia de los síntomas característicos del trastorno, con una clara repercusión a nivel familiar, académico y/o social, tras haber excluido otros trastornos o problemas que puedan justificar la sintomatología observada.

En la entrevista, se debe obtener información respecto a los problemas actuales del niño, naturaleza de los síntomas (frecuencia, duración, variación situacional de los síntomas), edad de inicio y grado de repercusión en los diferentes ambientes de la vida del niño. Han de evaluarse también los antecedentes familiares (dado el carácter genético del trastorno), el funcionamiento familiar y los antecedentes personales (embarazo, parto y período perinatal, desarrollo psicomotor, antecedentes patológicos e historia de salud mental del niño).

Se ha de realizar una exploración física y psicopatológica del niño, y recoger información de la escuela y sobre el rendimiento académico a lo largo de toda su historia escolar.

La exploración neuropsicológica y psicopedagógica no son imprescindibles para el diagnóstico de TDAH en niños y adolescentes. Sin embargo, es recomendable el estudio neuropsicológico cuando se sospeche la presencia de un trastorno específico de aprendizaje comórbido o sea importante valorar el perfil de funcionamiento cognitivo. Así mismo, una evaluación psicopedagógica permitirá valorar el estilo de aprendizaje y establecer los objetivos de la intervención reeducativa.

**La realización de pruebas complementarias de laboratorio, de neuroimagen o neurofisiológicas no son necesarias para el diagnóstico de TDAH** en niños y adolescentes a menos que la historia clínica y la exploración física pongan en evidencia la presencia de algún trastorno que requiera realizarlas.

¿Qué instrumentos de evaluación se utilizan?

Para la evaluación del TDAH se requiere obtener información del niño o adolescente, de los padres o cuidadores y de los docentes, acerca de los síntomas del TDAH. La información puede obtenerse mediante preguntas abiertas, preguntas específicas, entrevistas semiestructuradas, cuestionarios y escalas.

El empleo de escalas de valoración de los síntomas es siempre un complemento a la entrevista clínica. Existen escalas y cuestionarios, útiles para valorar los síntomas del TDAH y su intensidad, que suelen administrarse a los padres o cuidadores y a los maestros.

También es frecuente utilizar escalas más amplias de psicopatología general para detectar si existen otros trastornos asociados.

### ¿Qué es el diagnóstico diferencial?

Dentro de la exploración y valoración del niño con TDAH, hay que tener en cuenta que no todo niño movido y despistado tiene TDAH. Por tanto, es necesario hacer un diagnóstico diferencial con otras enfermedades que pueden ser confundidas con el TDAH.

Los síntomas del TDAH pueden aparecer en una amplia variedad de trastornos:

- retraso mental,
- trastornos de aprendizaje,
- trastornos generalizados del desarrollo,
- trastornos del comportamiento,
- trastorno de ansiedad,
- trastorno del estado de ánimo,
- abuso de sustancias,
- factores ambientales,
- trastornos médicos.

La mayoría de estos trastornos pueden ser excluidos con una historia clínica completa y la exploración física.

### ¿Quién diagnostica el TDAH?

El diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes debe realizarlo un facultativo (pediatra, psiquiatra, neuropediatra, psicólogo clínico o neuropsicólogo) con entrenamiento y experiencia en el diagnóstico del TDAH y sus comorbilidades más frecuentes.

## 5. ¿Cuál es el tratamiento del TDAH?

El tratamiento del TDAH en niños y adolescentes se realiza de manera individualizada en función de cada paciente y su familia. Tiene por objetivo mejorar los síntomas y reducir la aparición de otros trastornos asociados, ya que por el momento no existe una cura para el TDAH.

En niños y adolescentes con TDAH con repercusión moderada o grave en su vida diaria, se recomienda el **tratamiento combinado**, que incluye tratamiento psicológico conductual, farmacológico e intervención psicopedagógica.

La combinación de tratamientos farmacológicos y psicológicos tiene la potencialidad de que ejerce efectos inmediatos en los síntomas del TDAH mediante la utilización de la medicación, así como efectos de larga duración gracias al desarrollo de estrategias y habilidades cognitivas y de comportamiento proporcionadas por el tratamiento psicológico.

## 5.1. Tratamiento psicológico para el TDAH en niños y adolescentes

Las intervenciones psicológicas que han mostrado evidencia científica/positiva para el tratamiento TDAH se basan en los principios de la terapia cognitivo conductual (TCC).

El tipo de intervenciones que se aplican se describen brevemente a continuación.

### Terapia de conducta

Es una terapia psicológica que se basa en un análisis de la conducta. Se identifican los factores que están manteniendo la conducta inadecuada, se delimitan las conductas que se desea incrementar, disminuir o eliminar, llevándose a cabo la observación y el registro de éstas. Hay dos tipos de técnicas:

- Para aumentar conductas positivas: el reforzamiento positivo como la alabanza, la atención positiva, las recompensas y los privilegios.
- Para reducir conductas no deseadas: se utiliza el coste de respuestas, el tiempo fuera y la extinción (no prestar caso a la conducta que se desea reducir o eliminar).

### Entrenamiento para los padres

Se trata de un programa de tratamiento conductual que tiene como objetivo dar información sobre el trastorno, enseñar a los padres a modificar la conducta de sus hijos, incrementar la competencia de los padres, mejorar la relación paterno-filial mediante una mejor comunicación y atención al desarrollo del niño.

### Terapia cognitiva

Entrenamiento en técnicas de autoinstrucciones, autocontrol y solución de problemas.

### Entrenamiento en habilidades sociales

Los niños y adolescentes con TDAH presentan a menudo problemas de relación con la familia, déficit en habilidades sociales y problemas de relación con los iguales. El entrenamiento en habilidades sociales suele hacerse en grupos pequeños de edades similares, y se emplean técnicas de la TCC.

## 5.2. Tratamiento psicopedagógico para el TDAH en niños y adolescentes

La intervención psicopedagógica constituye un pilar fundamental en el tratamiento combinado del TDAH, pues comprenderá desde las intervenciones encaminadas a mejorar el rendimiento académico del niño o adolescente (mediante reeducación psicopedagógica) hasta aquellas dirigidas a la mejora del entorno escolar y, por lo tanto, de su adaptación a éste (mediante un programa de intervención en la escuela y la formación a los docentes).

La **reeducación psicopedagógica** es un refuerzo escolar individualizado que se lleva a cabo después del horario escolar y que tiene como objetivo paliar los efectos negativos del TDAH en el niño o adolescente que lo presenta, en relación a su aprendizaje o competen-

cia académica. Se trabaja sobre la repercusión negativa del déficit de atención, la impulsividad y la hiperactividad en el proceso del aprendizaje escolar.

La reeducación psicopedagógica debe incluir acciones encaminadas a:

- Mejorar el rendimiento académico de las diferentes áreas, las instrumentales y aquellas más específicas para cada curso escolar.
- Trabajar los hábitos que fomentan conductas apropiadas para el aprendizaje (como el manejo del horario y el control de la agenda escolar) y las técnicas de estudio (prelectura, lectura atenta, análisis y subrayado, síntesis y esquemas o resúmenes).
- Elaborar y enseñar estrategias para la preparación y elaboración de exámenes
- Mejorar la autoestima en cuanto a las tareas y el estudio, identificando habilidades positivas y aumentando la motivación por el logro.
- Enseñar y reforzar conductas apropiadas y facilitadoras de un buen estudio y cumplimiento de tareas.
- Reducir o eliminar comportamientos inadecuados, como conductas desafiantes o malos hábitos de organización.
- Mantener actuaciones de coordinación con el especialista que trate al niño y con la escuela para establecer objetivos comunes y ofrecer al docente estrategias para el manejo del niño o adolescente con TDAH en el aula.
- Intervenir con los padres para enseñarles a poner en práctica, monitorizar y reforzar el uso continuado de las tareas de gestión y organización del estudio en el hogar.

Los niños con TDAH requieren, de forma individualizada y para cada uno de ellos, un **programa de intervención en la escuela** que incluya tanto acciones académicas o de instrucción, como conductuales. Estos programas deben implicar a la mayor parte del cuadro docente para facilitar su eficacia, recogiendo:

- Aquellas acciones que hacen referencia a la metodología (la forma de dar instrucciones, de explicar los contenidos académicos, o la asignación de deberes y tareas).
- Aquellas que refieren al entorno de trabajo (la situación física del niño o adolescente en el aula, el ambiente estructurado y motivador o la eliminación de elementos distractores).
- Aquellas que refieren a la mejora del comportamiento del niño o adolescente (la supervisión constante, las tutorías individualizadas y el uso de técnicas conductuales).

La **formación a docentes** permite que éstos reciban psicoeducación sobre el trastorno, modifiquen pensamientos y opiniones en cuanto a los niños y adolescentes con TDAH, se entrenen en pautas de conducta y se capaciten para la detección de señales de alerta del TDAH, favoreciendo así la detección precoz.

### 5.3. Tratamiento farmacológico para el TDAH en niños y adolescentes

#### **¿Por qué usar fármacos en el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes?**

El efecto beneficioso de los fármacos sobre las conductas hiperactivas se conoce desde hace más de 70 años. Los primeros fármacos para el tratamiento del TDAH se comercializaron en España hace más de 25 años.

Estos fármacos están entre los más **estudiados y seguros** de todos los que se utilizan en niños y adolescentes, siendo todos ellos **muy eficaces** para el tratamiento de los síntomas del TDAH. Entre el 70 y el 80% de los pacientes responden de forma favorable al primer tratamiento utilizado.

Por tanto, por su seguridad, alta eficacia y escasos efectos secundarios se recomienda el tratamiento farmacológico para el tratamiento de estos pacientes.

Con los fármacos **reducimos los síntomas del TDAH, mejorando el rendimiento escolar y el comportamiento** del niño y las relaciones tanto en casa como en la escuela. Al mismo tiempo, **potencian el efecto de las intervenciones psicológicas y psicopedagógicas**.

#### **¿Qué fármacos hay disponibles en España?**

En estos momentos disponemos en nuestro país de dos grupos de medicamentos indicados para el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes, los estimulantes (metilfenidato) y los no estimulantes (atomoxetina).

Disponemos de tres presentaciones de metilfenidato en función de la forma de liberación del fármaco:

- Liberación inmediata: la duración del efecto es de unas 4 horas por lo que deben administrarse 2-3 dosis repartidas a lo largo del día para tratar de forma adecuada al paciente.
- Liberación prolongada: consisten en una mezcla de metilfenidato de liberación inmediata y de liberación prolongada en una sola dosis diaria. La diferencia entre uno y otro es la cantidad de fármaco de acción inmediata y prolongada, y el mecanismo de liberación empleado; todo ello comporta una duración del efecto distinto, unas 12 horas para el metilfenidato de liberación prolongada con tecnología osmótica y unas 8 horas para el metilfenidato de liberación prolongada con tecnología pellets.

En otros países de nuestro entorno existen otras presentaciones disponibles de fármacos estimulantes: por ejemplo, presentación en parches, asociación de sales de estimulantes, etc., de momento no disponibles en España.

#### **¿Qué fármaco elegir?**

El tratamiento farmacológico debe ser prescrito y controlado por un médico con experiencia en el TDAH y en el manejo de estos fármacos y sus posibles efectos secundarios. El tratamiento debe ser **individualizado**, es decir, adaptado a las necesidades de cada paciente y cada familia. La elección de un fármaco u otro dependerá de:

- La existencia de problemas asociados, como tics, epilepsia, ansiedad, etc.
- Los efectos adversos de la medicación.
- La existencia de consumo de drogas en el adolescente.
- Las experiencias previas de falta de eficacia con un determinado fármaco.
- Las preferencias del niño/adolescente y su familia.
- La facilidad de administración.

### **¿Es necesario realizar alguna prueba antes de iniciar el tratamiento con estos fármacos?**

No es necesaria la realización de ninguna prueba complementaria (análisis de sangre, electrocardiograma, etc.) salvo que la historia y/o la exploración del paciente lo aconsejen. Por ejemplo, en pacientes con antecedentes de problemas cardíacos será necesario realizar un estudio cardiológico antes de iniciar el tratamiento.

En el control del tratamiento es conveniente registrar el peso, la talla, el pulso y la presión arterial de forma periódica.

### **¿Cómo se inicia el tratamiento farmacológico?**

Una vez elegido el fármaco, se empieza con dosis bajas y se incrementará la dosis cada 1 o 3 semanas en función de la respuesta del paciente y de la aparición de efectos secundarios. El médico será el responsable de evaluar la eficacia y la tolerabilidad del fármaco mediante visitas periódicas, mucho más frecuentes al inicio del tratamiento y más distanciadas en el tiempo (cada 3-6 meses) tras ajustar la dosis del fármaco de forma adecuada.

Aunque el tratamiento es individualizado, las pautas generales para cada fármaco son:

- Metilfenidato de liberación inmediata, en 2-3 dosis al día.
- Metilfenidato de liberación prolongada, una dosis por la mañana.
- Atomoxetina, se recomienda administrar en dosis única por la mañana. Si existen problemas de tolerancia, administrar por la noche o repartir la dosis entre la mañana y la noche.

En algunas ocasiones, si la mejoría no es suficiente o existen otros trastornos asociados, será necesario aumentar la dosis hasta la máxima recomendada o combinar distintos tipos de fármacos.

### **¿Cuáles son los efectos secundarios más frecuentes?**

Los efectos secundarios ocurren fundamentalmente al inicio del tratamiento, son poco frecuentes, de escasa intensidad, transitorios y de poca gravedad. En muy raros casos obligan a suspender el tratamiento. Es importante poder consultar con el médico responsable del tratamiento cualquier efecto adverso antes de suspender la administración del fármaco.

Los efectos secundarios más frecuentes de los **estimulantes (metilfenidato)** son: pérdida de peso y de apetito, sobre todo al inicio del tratamiento; dificultad para conciliar el sueño (insomnio de conciliación); cefalea y, de forma mucho más infrecuente, tics e inquietud.

Los efectos secundarios más frecuentes de los **no estimulantes (atomoxetina)** son: pérdida de peso y de apetito, sobre todo al inicio del tratamiento; somnolencia; síntomas gastrointestinales, como dolor abdominal, náuseas o vómitos; mareos y cansancio. De forma muy infrecuente, puede aparecer ictericia (la piel toma un color amarillo debido al aumento de la bilirrubina), reflejo de un daño hepático que obliga a la suspensión del tratamiento.

### **¿Cuánto tiempo dura el tratamiento farmacológico?**

La duración del tratamiento debe plantearse de forma individualizada en función de la persistencia de los síntomas y de la repercusión de éstos en la vida del niño o del adolescente.

Para los pacientes que estén tomando estimulantes, una práctica aceptada es la realización de períodos cortos, de 1 o 2 semanas anuales, sin tratamiento farmacológico, con el objetivo de poder valorar el funcionamiento del niño o el adolescente tanto en casa como en la escuela. Una de los mejores momentos para realizar esta evaluación sin tratamiento suele ser al comenzar el curso escolar.

### **¿Es recomendable hacer períodos libres de tratamiento farmacológico con estimulantes («vacaciones terapéuticas»)?**

Aunque los fármacos estimulantes mejoran los síntomas del TDAH y el rendimiento escolar, sus efectos no sólo se manifiestan en la escuela, sino también en casa y en otros ambientes. Por este motivo, en el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes, **no están recomendados de manera sistemática los períodos de descanso del tratamiento farmacológico («vacaciones terapéuticas»)**, ya que pueden conllevar un empeoramiento de la sintomatología del paciente. En cualquier caso, la realización o no de las «vacaciones terapéuticas» será una decisión consensuada entre el médico, la familia y el paciente, con el objetivo de evaluar la necesidad de mantener el tratamiento o no, y reducir los efectos adversos.

### **¿Produce adicción el tratamiento farmacológico?**

No existe ninguna evidencia científica que haya demostrado que el tratamiento con estimulantes produce adicción.

Sí que se ha demostrado claramente que los pacientes con TDAH en tratamiento farmacológico presentan significativamente menos problemas de consumo de drogas en la adolescencia que los pacientes con TDAH que no reciben tratamiento farmacológico.

### **¿El tratamiento farmacológico para el TDAH se relaciona con retraso del crecimiento?**

Los estudios disponibles hasta el momento son poco concluyentes. Los últimos datos informan de que la talla final de los niños en tratamiento con estimulantes sería de 1 a 3 cm inferior a lo esperado. El retraso en el crecimiento es mayor en el primer año de tratamiento pero tiende a normalizarse posteriormente.

## **¿Disminuye la eficacia del tratamiento farmacológico con el tiempo?**

El uso correcto de los fármacos indicados para el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes administrados de la forma y dosis prescritas no produce tolerancia, no deja de ser eficaz ni es preciso aumentar la dosis, salvo por motivos del crecimiento (incremento de la talla y el peso). Existe evidencia científica de que el tratamiento es efectivo a largo plazo si éste es continuado.

### **5.4. Tratamientos alternativos y complementarios para el TDAH en niños y adolescentes**

Debido al exponencial incremento de la medicina o terapias alternativas y complementarias en los últimos años, los profesionales de la salud continuamente reciben dudas y preguntas de sus pacientes y familiares sobre el uso de éstas. Por otro lado, muchos pacientes no revelan a sus médicos su utilización, con la posible interferencia con el tratamiento médico, o efectos adversos. **Es importante hacer saber al médico responsable del tratamiento si se utilizan tratamientos alternativos o complementarios.**

Algunas de las terapias alternativas sin recomendación general aplicable para el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes incluyen tratamientos dietéticos, de optometría, homeopatía, medicina herbaria, estimulación auditiva (método Tomatis) y *biofeedback* por encefalograma (EEG-*biofeedback*, *neurofeedback* o neuroterapia), psicomotricidad y osteopatía.

## **6. ¿Cómo se tratan los trastornos asociados al TDAH en niños y adolescentes?**

La terapia psicológica llevada a cabo con los padres (entrenamiento de padres) es el tratamiento más efectivo para los trastornos de conducta en los niños; adicionalmente, las terapias psicológicas con los niños, como el entrenamiento en habilidades sociales, pueden ser beneficiosas.

En niños y adolescentes con trastornos de ansiedad y TDAH, si fuera necesario, el psiquiatra de niños y adolescentes también podría administrar medicamentos eficaces y seguros.

Los problemas de aprendizaje requieren una evaluación y un plan de tratamiento psicopedagógicos a largo plazo.

## **7. ¿Cómo se puede prevenir el TDAH?**

Dada la etiología fundamentalmente de base genética del TDAH, la prevención primaria, es decir, las acciones encaminadas a que el trastorno no llegue a producirse, no serían factibles.

Sí que podemos actuar sobre algunos factores biológicos no genéticos, como son el consumo de **tóxicos durante el embarazo** (tabaco y alcohol), recomendando evitarlos durante la gestación.

A otro nivel de prevención estaría la detección precoz de este trastorno, prestando especial atención, sobre todo, a poblaciones de riesgo, como son los niños con antecedentes familiares de TDAH, prematuridad, bajo peso al nacimiento, ingesta de tóxicos durante la gestación y traumatismos craneoencefálicos graves.

La detección precoz del trastorno nos ayudará a iniciar cuanto antes el tratamiento adecuado, fundamental para prevenir los problemas asociados (mal rendimiento escolar, dificultades en sus relaciones sociales y trastornos de conducta).

## 8. ¿Qué hacer ante la sospecha de TDAH?

En el ámbito de la sanidad pública, ante una sospecha de TDAH, el primer paso sería consultar con el pediatra de atención primaria, el cual, en función de la disponibilidad de la zona, puede hacer la derivación del niño o adolescente a un centro especializado en salud mental infanto-juvenil, servicio de psiquiatría y psicología infantil o de neuropediatria.

## 9. ¿Qué pueden hacer los padres para ayudar al niño o adolescente con TDAH?

- Confirmar el diagnóstico de TDAH por medio de profesionales de la salud (pediatras, psicólogos clínicos, psiquiatras infantiles, neuropediatras, neuropsicólogos) con experiencia y capacitación en este trastorno.
- Buscar una evaluación profesional y un tratamiento personalizado.
- Iniciar el tratamiento con profesionales que tengan adecuada formación en el TDAH.
- Buscar información adecuada sobre el trastorno, práctica, realista y que se fundamente en datos científicos. Podrá obtenerla de los profesionales que le atiendan o de las asociaciones de TDAH.
- Implicar a los familiares más cercanos en la educación del TDAH.
- Aprender a manejar las propias emociones negativas (enfado, culpa, amargura) y mantener una actitud positiva.
- Procurar dar a su hijo un refuerzo positivo inmediato y frecuente.
- Emplear recompensas duraderas y eficaces.
- Utilizar la recompensa antes que el castigo.
- Mejorar la autoestima del niño o del adolescente, utilizar mensajes positivos.

- Hacer tangibles los pensamientos y la solución de problemas.
- Simplificar las reglas de la casa o lugar donde se encuentren.
- Ayudar a su hijo a hacer las cosas paso a paso.
- Asegurarse de que sus instrucciones son comprendidas.
- Enseñarle a ser organizado y fomentar sus habilidades sociales.
- Ser indulgente.

## 10. ¿Qué puede hacerse desde la escuela para ayudar al niño o adolescente con TDAH?

Las intervenciones que se lleven a cabo desde la escuela deben contemplar las siguientes estrategias:

- Utilizar técnicas de modificación de conducta: reforzamiento positivo, sistemas de economía de fichas, modelado, extinción, coste de respuesta, técnica del tiempo-fuera, sobre corrección, etc.
- Enseñar al niño o adolescente técnicas de entrenamiento en autocontrol, resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales o técnicas de relajación.
- Definir claramente y de forma conjunta con el niño o adolescente los objetivos a corto y largo plazo, tanto los que refieren a los contenidos curriculares como a su comportamiento en la escuela.
- Adecuar el entorno y controlar el nivel de distractores en el aula, situando al niño o adolescente en un lugar donde pueda ser supervisado fácilmente y alejado de los estímulos que le puedan distraer.
- Ajustar las tareas y expectativas a las características del niño o adolescente reduciendo o simplificando las instrucciones que se le dan para llevar a cabo las tareas, mediante instrucciones breves, simples y claras.
- Adecuar las formas de evaluación, modificando la forma de administrar y evaluar las pruebas y exámenes.
- Complementar, por parte del docente, las instrucciones orales con instrucciones y recordatorios visuales.
- Ofrecer al niño o adolescente sistemas de ayuda para el control diario de sus tareas y el cumplimiento de trabajos a corto y largo plazo (control de la agenda, recordatorios, etc.).
- Procurar un adecuado nivel de motivación en el alumno ofreciendo retroalimentación frecuente sobre sus mejoras en el comportamiento y su esfuerzo.

## 11. Direcciones y bibliografía de consulta

### 11.1. Asociaciones en España

Para conocer el listado actualizado de todas las asociaciones de TDAH, se puede consultar a la Federación Española de Asociaciones Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad:

#### **F.E.A.A.D.A.H.**

Presidente: Fulgencio Madrid Conesa.

Dirección: Colegio San Carlos. C/Del Romeral, 8 Tentegorra 30205 Cartagena

Tel.: 663 086 184

Fax: 968 316 150

Email: adahimurcia@hotmail.com

URL: www.feaadah.org

### 11.2. Bibliografía de consulta

- Barkley R. Niños hiperactivos. *Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica. 1999.
- Barkley R. Hijos desafiantes y rebeldes. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica. 2000.
- Bauermeister JJ. Hiperactivo, impulsivo, distraído, ¿me conoces? Guía acerca del Déficit Atencional para padres. Madrid: Grupo Albor-Cohs. 2002.
- Green C, Chee K. El niño muy movido o despistado. Barcelona: Ed. Médici. 2001.
- Mena B, Nicolau R, Salat L, Tort P, Romero B. El alumno con TDAH. Guía práctica para educadores. 3<sup>a</sup> ed. Barcelona: Ed. Mayo. 2006.
- Orjales I. Déficit de Atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores. Madrid: Ed. CEPE. 1998.
- Rief S. Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad. Barcelona: Ed. Paidós. 1999.
- Soutullo C. Convivir con Niños y Adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). 2<sup>a</sup> ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana. 2008.

### 11.3. Webs de interés

AACAP: [www.aacap.org/cs/root/facts\\_for\\_families/informacion\\_para\\_la\\_familia](http://www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/informacion_para_la_familia)

AIAQS: [www.aiaqs.net](http://www.aiaqs.net)

Barkley: [www.russellbarkley.org](http://www.russellbarkley.org)

CADDRA: [www.caddra.ca](http://www.caddra.ca)

CHADD: [www.chadd.org](http://www.chadd.org)

Fundación ADANA: [www.fundacionadana.org](http://www.fundacionadana.org)

Guía Salud. [www.guiasalud.es](http://www.guiasalud.es)

Hospital Sant Joan de Déu: [www.hsjdbcn.org](http://www.hsjdbcn.org)

NICE: [www.nice.org.uk/cg072](http://www.nice.org.uk/cg072)

NIMH: [www.nimh.nih.gov/health/topics/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd/index.shtml](http://www.nimh.nih.gov/health/topics/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd/index.shtml)