

# Plan de tratamiento multimodal del TDAH. Tratamiento psicoeducativo

P.J. Rodríguez Hernández\*, I. Criado Gutiérrez\*\*

\*Pediatra Acreditado en Psiquiatría Infantil (A.E.P.) y Psicólogo. Hospital de Día Infantil y Juvenil "Diego Matías Guigou y Costa". Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Tenerife. Fundación Internacional O'Belén. Tenerife. Gabinete Pediátrico "Don Carlos", Plaza del Príncipe. Tenerife.

\*\*Médico Residente en Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Tenerife



## Resumen

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) constituye uno de los problemas neuropsiquiátricos más prevalentes en la edad pediátrica. Los síntomas principales son: el déficit atencional, la hiperactividad y la impulsividad. La detección y tratamiento precoces mejora el pronóstico y reduce la morbilidad. El tratamiento debe ser multimodal (farmacológico y no farmacológico). Las investigaciones aportan una evidencia elevada de la eficacia y efectividad de la intervención psicológica (a través de medidas conductuales y cognitivas), programas de entrenamiento de padres y profesores, apoyo académico, así como proporcionar información a niños y adolescentes, padres y educadores sobre el TDAH (psicoeducación). Los objetivos principales del tratamiento multimodal son la promoción del desarrollo del niño y la reducción de las dificultades secundarias al trastorno. En el presente artículo se desarrollan los aspectos más importantes sobre el tratamiento multimodal del TDAH

## Abstract

*Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most frequent mental health problems in childhood. The main symptoms are: attention disorder and/or hyperactivity and/or impulsivity. The early detection and treatment improves the prognosis and reduces morbidity. Multidisciplinary treatment is required (pharmacological and non pharmacological treatment). Research provides strong support for the efficacy and effectiveness of psychological intervention (behavioral and cognitive therapy), parent and teachers training, special education and teaching children and adolescents, parents and their caretakers about their ADHD (psychoeducation). The principal aims of multimodal treatment are to promote the child's development and to reduce secondary difficulties. This current article develops the main basis about multimodal treatment for ADHD*

**Palabras clave:** Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; Salud mental; Niños; Adolescentes.

**Key words:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Mental health; Children; Adolescents.

*Pediatr Integral 2014; XVIII (9): 624-633*

## Introducción

**El tratamiento de elección en el TDAH se denomina tratamiento multimodal. Incluye intervención farmacológica y no farmacológica (intervención psicosocial).**

El tratamiento multimodal en el TDAH indica la necesidad de realizar intervenciones desde

distintas modalidades terapéuticas y por distintos profesionales.

Debido a que el abordaje farmacológico se trata de manera extensa en otro capítulo del presente módulo, en este capítulo se hará referencia a las intervenciones no farmacológicas. A la suma de todas las estrategias terapéuticas en el TDAH en las que no

interviene la psicofarmacología se denomina intervención psicosocial<sup>(1)</sup>. En la tabla I se recogen algunas de las más importantes.

La intervención psicosocial comprende un conjunto de programas que han demostrado su efectividad en la resolución de los problemas que acompañan al TDAH. Además de la

sintomatología nuclear, que se establece en el ámbito de la inatención, la hiperactividad y la impulsividad, existen una serie de síntomas secundarios que matizan la severidad del cuadro clínico. Los principales son: la disminución del rendimiento escolar, los problemas de comportamiento y la merma de las habilidades sociales y relacionales. El abordaje psicosocial incluye todas aquellas actividades que permiten una mejoría en el mecanismo atencional y en el rendimiento escolar y que ayudan a establecer limitadores efectivos en la expresión conductual del paciente. Además, se debe tener en cuenta la existencia de elevados porcentajes de comorbilidad en el TDAH. Con frecuencia, el diagnóstico de TDAH aparece asociado a trastorno negativista desafiante, dificultades de aprendizaje de distinta índole y problemas de la esfera afectiva debido a la desmotivación y disminución de la autoestima, que conlleva la existencia de tantas dificultades en el día a día. Por ese motivo, los programas de intervención psicosocial incluyen acciones encaminadas a reducir la probabilidad de aparición de trastornos comórbidos o a disminuir la intensidad de los síntomas si ya se han establecido<sup>(2)</sup>.

## El estudio MTA

El estudio más importante realizado para comprobar la efectividad del tratamiento multimodal se realiza en la década de los 90. En ese momento algunos expertos plantean la necesidad de solventar una serie de cuestiones pendientes. En primer lugar, los beneficios observados en los niños con tratamiento psicoestimulante en el colegio por la mañana, no se constataban en sus casas por la tarde. Tampoco existen estudios aleatorizados a largo plazo que permitan aseverar los efectos de los distintos tratamientos. Por último, no existen estudios de peso que avalen la eficacia de la terapia cognitiva-conductual (tratamiento psicológico). Debido a ello, el Instituto Nacional de Salud Mental y el Departamento de Educación de Estados Unidos comienzan un gran ensayo clínico denominado *Mul-*

**Tabla I.** Intervención psicosocial en el TDAH

A. Psicoeducación: información útil y basada en evidencias científicas
- Información a pacientes
- Información a educadores y profesores
- Información a padres
B. Intervención conductual: entrenamiento de educadores y padres
- Refuerzos y castigos
- Extinción
- Economías de fichas
- Contrato de contingencias
C. Intervención sobre el paciente: según las dificultades identificadas:
- Intervención cognitivo-conductual
- Habilidades sociales
- Técnicas de resolución de problemas
- Estrategias de auto-ayuda
D. Apoyo escolar: medidas de refuerzo, adaptación y estrategias para mejorar el rendimiento y comportamiento

*tisite Multimodal Treatment Study of children with ADHD*, conocido desde entonces como estudio MTA<sup>(3)</sup>. La base del estudio MTA se encuentra en la comparación de cuatro grupos de niños que reciben cada uno una modalidad terapéutica distinta:

1. Grupo “tratamiento farmacológico optimizado”: los niños de este grupo solo recibieron tratamiento farmacológico con metilfenidato 3 veces al día (mañana, mediodía y tarde).
2. Grupo “terapia combinada”: los niños recibieron tratamiento con metilfenidato 3 veces al día más terapia conductual igual a la terapia conductual que recibieron los niños del grupo “terapia conductual”.
3. Grupo “tratamiento habitual”: en este grupo, los niños seguían el tratamiento prescrito por su médico antes de ser incluidos en el estudio (la mayoría, con dos dosis de metilfenidato al día).
4. Grupo “terapia conductual”: los niños incluidos en este grupo solo recibieron tratamiento con terapia conductual, tanto en el colegio durante todo el curso como durante las vacaciones. También se realizó entrenamiento a padres y profesores, terapia de grupo para padres y sesiones individuales de terapia individual.

La primera evaluación de los niños se realizó al inicio del estudio, a los 3,

a los 9 y a los 14 meses. Los resultados mostraron que los niños del grupo “tratamiento farmacológico optimizado” presentaban mejoría significativamente superior al grupo “terapia conductual”. La segunda conclusión importante fue que no se encontraron diferencias estadísticas entre el grupo de “tratamiento farmacológico optimizado” y el grupo de “terapia combinada”<sup>(4,5)</sup>. Los resultados del estudio MTA, que continúa en análisis y que constantemente aporta datos añadidos a los primeros resultados, indican dos conclusiones principales:

- El tratamiento realizado exclusivamente con metilfenidato, aporta mejores resultados que el tratamiento psicológico exclusivo.
- Los mejores resultados se logran con una combinación de metilfenidato y tratamiento psicológico (terapia combinada). Esta opción terapéutica multimodal se considera la mejor opción en el tratamiento del TDAH.

## Psicoeducación en el TDAH

**La intervención psicoeducativa es una estrategia que permite aportar la mejor información sobre el TDAH al paciente, padres y educadores con criterios de utilidad y veracidad científica.**

La información sobre el TDAH que se aporta al paciente, padres y educadores debe servir para clarificar los

aspectos más importantes del trastorno y aclarar posibles ideas preconcebidas sobre el mismo<sup>(6,7)</sup>. Algunos puntos a destacar son:

- En la etiología del TDAH no intervienen estilos educativos o patrones de enseñanza, aunque estos pueden matizar la expresión de los síntomas o la severidad del cuadro clínico. Es importante desculpabilizar a la familia y profesores.
- Los síntomas del TDAH no los desarrolla el paciente de forma voluntaria. Es un trastorno de origen neurobiológico.
- El diagnóstico es clínico. No son necesarias pruebas o exámenes complementarios.
- La intervención y tratamiento se debe planificar y desarrollar desde el diagnóstico. No se debe esperar,

ya que un retraso en el tratamiento empeora el pronóstico e incrementa el riesgo de comorbilidad.

- El TDAH se puede abordar desde Atención Primaria, y se debe remitir a otros especialistas cuando la situación clínica lo requiera.

Existen muchos recursos en internet que permiten mejorar el conocimiento sobre el trastorno, algunas específicas para pacientes, padres y educadores. También hay manuales sobre el TDAH y las asociaciones de pacientes desarrollan una importante labor de información y divulgación. En la tabla II se recogen algunas páginas web y manuales que pueden ser de utilidad en el proceso psicoeducativo.

También resulta útil informar sobre algunos aspectos prácticos desde el

mismo momento del diagnóstico. A estas recomendaciones se les denomina ajuste general del niño a su entorno<sup>(8,9,10)</sup>:

- Es necesario el fraccionamiento de la información dada al paciente, con orden y evitando transmitir más de una consigna al unísono<sup>(10)</sup>.
- La organización de las tareas encomendadas debe ser graduada según la capacidad de realización, permitiendo el suficiente tiempo de asimilación y procesamiento antes de solicitar una nueva tarea<sup>(8,10)</sup>.
- Las rutinas en la vida diaria ayudan a mejorar la organización y planificación. Es importante que los horarios establecidos para levantarse, comidas, ocio, deberes escolares y acostarse, se cumplan en la medida

**Tabla II.** Páginas web y manuales útiles en el proceso psicoeducativo

<b>Página web</b>	<b>Descripción</b>
www.feaadah.org	Página web de la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. Contiene información sobre el TDAH, actividades científicas relacionadas y múltiples enlaces a otras páginas útiles
www.cdc.gov/ncbddd/spanish/adhd/guidelines.html	Recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría sobre el TDAH, en español
www.tdahytu.es	Incluye material para su utilización por parte de educadores y familias: manuales, consejos, etc.
www.comunidad-tdah.com	Publicación mensual multidisciplinar de utilidad para los afectados por el TDAH
www.trastornohiperactividad.com	Información para comprender mejor la enfermedad. Contiene una sección de preguntas frecuentes y respuestas de expertos
<b>Manual</b>	<b>Descripción</b>
Orjales Villar I. Déficit de atención con hiperactividad: manual para padres y educadores	Uno de los mejores manuales que inciden en los aspectos educativos y del aprendizaje del paciente con TDAH
Mena B y cols. El alumno con TDAH. Guía práctica para educadores	Estrategias de intervención en el aula, pero también en casa y una excelente introducción sobre las características más importantes del TDAH.
Soutullo C. Convivir con niños y adolescentes con TDAH	Excelente manual de preguntas y respuestas frecuentes. Destinado fundamentalmente a padres que quieren ampliar sus conocimientos
De Burgos R y cols. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Guía para padres y educadores	Contiene múltiples estrategias conductuales antecedidas de la explicación de los síntomas para facilitar su identificación
FEAADAH. El niño con Trastorno por Déficit de atención y/o Hiperactividad. Guía práctica para padres	Pequeño manual con recomendaciones útiles y precisas sobre el TDAH. Ideal como primera lectura para padres a los que se les acaba de comunicar el diagnóstico

- de lo posible. También que el lugar de estudio y el entorno físico sea estable (por ejemplo, estudiar siempre en la misma mesa y en la misma habitación)<sup>(10)</sup>.
- La limitación de los estímulos disminuye la probabilidad de interferencias en las actividades que requieren un esfuerzo mental. Así, se deben controlar los ruidos o la abundancia de juguetes cuando se pretende que mantenga la atención en la realización de tareas escolares<sup>(10)</sup>.
  - En el colegio, deben estar sentados cerca del profesor con referentes constantes de lo que se le solicita (por ejemplo, no levantarse en clase), a través de repeticiones frecuentes por parte del docente o con notas escritas que pueda ver en todo momento<sup>(9,10)</sup>.

## Intervención conductual

**El tratamiento psicológico de elección en el TDAH se basa en estrategias conductuales. Son útiles y de relativamente fácil utilización.**

El tratamiento conductual, mediante técnicas de modificación del comportamiento, es el tratamiento no farmacológico más eficaz<sup>(11,12)</sup>. La terapia psicológica mediante estrategias conductuales se debe emplear de manera precoz, ya que es una medida que mejora el pronóstico y su eficacia es mayor en los escolares que en los adolescentes, y cuando los problemas en el comportamiento están comenzando.

Antes de comenzar el tratamiento conductual, se debe establecer un registro de conductas para identificar las características de los problemas<sup>(13)</sup>. En dicho registro, que puede ser elaborado por padres, educadores o tutores, se debe especificar:

- Las características de la conducta anómala y todas sus particularidades importantes.
- La intensidad de los síntomas, incluyendo:
  - Su consistencia.
  - La frecuencia.

- La expresión de los síntomas en relación con el entorno. En qué situaciones empeoran o mejoran.
- La evolución a lo largo del tiempo.

Cuando se identifican las conductas problemáticas, se planifican las estrategias a utilizar, que presentan como características más importantes las siguientes consideraciones<sup>(14,15)</sup>:

- Las técnicas de modificación de la conducta se deben aplicar de manera continua. No se pueden establecer descansos (por ejemplo, los fines de semana), ya que suponen un retroceso en los logros.
- Es necesario una minuciosa coordinación sobre las pautas utilizadas para aplicarlas en todos los entornos (escolar, en casa, etc.). De nada sirve que se aplique una técnica en un sitio y no en otro, por lo que todos los implicados deben estar informados.
- No existen programas de intervención universales. Hay que evaluar los problemas del niño de manera individual, priorizando las actuaciones sobre aquellos problemas más importantes. Programas iguales aplicados sobre niños con síntomas similares pueden producir efectos contrarios, por lo que hay que reevaluar de manera periódica la efectividad de la intervención.
- Hay que tener en cuenta que estamos realizando un aprendizaje, no un castigo. Siempre aclarar al niño que le damos disciplina y que no significa que no tengamos cariño por él.

Los encargados de aplicar las técnicas conductuales son los tutores (familiares o quienes tengan su tutela), profesores, etc., del niño. Por ello, se debe entrenar a los tutores en la identificación de los problemas que van apareciendo y en la idoneidad de aplicar cada técnica.

Las estrategias psicológicas se deben emplear en todos los contextos del niño y del adolescente, por lo que además del aprendizaje familiar, se deben aportar pautas útiles a educa-

dores y profesores. En la intervención no se deben olvidar los factores del entorno, como los aspectos socioeconómicos y culturales. Tampoco los factores inherentes al niño y adolescente, como su temperamento o el nivel madurativo. La **psicoterapia conductual** incluye una serie de técnicas de relativamente fácil aplicación, para ser utilizadas en el entorno del niño o adolescente. El pediatra de Atención Primaria debe estar familiarizado con ellas, ya que constituyen herramientas muy útiles desde la aparición de los primeros síntomas<sup>(16)</sup>. Existen técnicas conductuales útiles en la negociación y mediación para la resolución de los conflictos, que surgen en los trastornos del comportamiento y otras cuyo objetivo es modificar las conductas problemáticas.

Aunque existen muchas técnicas conductuales, algunas de las más importantes son las siguientes<sup>(13,14,15)</sup>:

- **Reforzadores o premios:** los reforzadores son elementos que se asocian a una buena conducta para que se incremente la probabilidad de su aparición. Por ejemplo, si un niño se pelea diariamente con otros niños en clase y un día no lo hace, en ese momento se utilizará el reforzador. Pueden ser:
  - Tangibles (un pequeño regalo asociado a la conducta positiva).
  - Intangibles (una alabanza, una caricia).
- **Economía de fichas:** es la utilización de reforzadores o premios mediante el registro de las conductas positivas del niño en un calendario. Cada conducta positiva conlleva una señal y cuando se sobrepasa un determinado número de señales se le entrega un premio, que puede ser alguno de los mencionados en el apartado anterior. El tipo de premio y el número de señales necesarias para su obtención deben ser pactados previamente.
- **Castigos:** los niños con TDAH se acostumbran con facilidad a los castigos. Por ello, su utilización debe reservarse para los comportamientos disruptivos significativos. Para el empleo de castigos

es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Poca frecuencia y poca duración. De nada sirve, por ejemplo, una semana sin ver la televisión.
- El castigo se formula sin adjetivos descalificadores sobre la persona. En lugar de decir, por ejemplo: “eres malo por haber roto el jarrón, o por haber suspendido”, se debe decir: “romper el jarrón está mal hecho”.
- Se debe añadir un componente emocional al comunicar el castigo. Por ejemplo, finalizar diciendo: “mamá y papá están muy tristes por ello, me siento mal con lo que ha ocurrido”.
- **Técnica de extinción:** sirve para eliminar problemas de conducta. Se emplea cuando existen episodios intrusivos o explosivos que provocan situaciones de conflicto con educadores o familiares. Para su aplicación, se debe ignorar la conducta problemática que realiza el niño desde su comienzo. Para comprender mejor esta técnica, se utiliza un ejemplo. Si la familia acude a un restaurante a almorzar y el niño presenta conductas negativas y desafiantes continuas, se debe ignorar la intromisión que realiza. Las primeras veces que se utiliza la ignorancia existe un incremento del negativismo y el desafío, ya que el niño estaba acostumbrado a ser el centro de atención cuando ahora no lo es.
- **Técnica del contrato de contingencias:** un contrato de contingencias es un documento que recoge los resultados de una negociación. Se establece por escrito después del periodo en el que el educador o familiar del niño o adolescente discuten sobre un tema sobre el que existen posturas distantes. Al finalizar la negociación, se plasma en el documento los resultados de la misma y se mencionan los objetivos y las concesiones que las dos partes han realizado. También debe recoger las consecuencias de que alguna de las dos partes rompa el contrato.

Al final, las dos partes firman el documento. Esta técnica es muy útil, especialmente en adolescentes, y su efecto es mayor si está constantemente visible (por ejemplo, colgado en su cuarto) y si es un tema muy importante para el joven. Por ejemplo, si quiere ir al viaje de fin de curso, se puede realizar un contrato en el que se especifiquen los cambios en la conducta que deben producirse para poder ir, así como las conductas negativas que impiden que acuda.

Las técnicas conductuales son útiles en la mayoría de las ocasiones en que existen problemas del comportamiento. Utilizando varias simultáneamente se incrementa la probabilidad de establecer la modificación en la conducta problemática. Debe ser el tratamiento inicial cuando los síntomas son leves, el impacto del trastorno es mínimo, hay discrepancia notable sobre los síntomas entre padres y profesores, el diagnóstico de TDAH es incierto, los padres rechazan el empleo de medicación o en niños menores de 5 años. La evaluación del tratamiento psicológico debe estar igualmente monitorizada por el médico<sup>(17)</sup>.

## Intervención sobre el paciente

La psicoterapia cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de resolución de problemas y estrategias de auto-ayuda son algunos de los métodos más utilizados en la intervención sobre el paciente.

Existen varias técnicas que se emplean para mejorar las dificultades de los síntomas nucleares o de otros síntomas que aparecen en situación de comorbilidad en el TDAH<sup>(11)</sup>.

La **psicoterapia cognitiva** comprende una serie de técnicas psicológicas que se utilizan para modificar determinados pensamientos, creencias o actitudes que presenta un paciente. Están dirigidas a reestructurar los pensamientos de los niños y lograr nuevas conductas facilitadoras de la

reducción de los problemas de comportamiento. Este tipo de psicoterapia requiere de aprendizaje y utilización por parte de terapeutas entrenados y con experiencia.

En muchas ocasiones, junto con la sintomatología inatencional, impulsiva y/o hiperactiva, pueden aparecer dificultades en la socialización y el comportamiento. En estos casos, resultan de utilidad los entrenamientos en **habilidades sociales, técnicas de resolución de problemas y las estrategias de auto-ayuda**. Aunque su utilización no es tan compleja como la psicoterapia cognitiva, el terapeuta precisa de un aprendizaje previo. En muchas asociaciones de afectados por el TDAH, se ofrecen talleres de este tipo de manera periódica, tanto individuales como grupales<sup>(11,15)</sup>.

Existen otras técnicas de intervención sobre el paciente que presentan resultados de efectividades dispares y, en ocasiones, contradictorios. Quizás la que ha aportado más evidencia científica positiva sea el **neurofeedback**. Consiste en un programa de entrenamiento de pacientes mediante el control individual de las ondas cerebrales utilizando tecnología electroencefalográfica. El objetivo es incrementar la actividad beta y disminuir la actividad theta, para mejorar la atención y proporcionar una medida fisiológica de auto-control<sup>(11)</sup>.

## Apoyo escolar

La intervención escolar incluye aspectos académicos, sociales y conductuales.

Se debe establecer un programa individualizado que permita resolver o mitigar las dificultades que pueden aparecer en el ámbito escolar. Los programas pueden incluir: adaptaciones en el aula, entrenamiento para docentes, técnicas de modificación de conducta, aplicación de normas y límites, presentación de las tareas, sistemas de evaluación del alumno con TDAH, etcétera. Cuando existen dificultades del aprendizaje, es esencial un tratamiento pedagógico de enseñanza en las habilidades y com-

petencias académicas alteradas, y si la repercusión es muy importante, las escuelas deberían llevar a cabo adaptaciones específicas para ayudarles en el aula<sup>(10,18,19)</sup>.

Los niños y adolescentes con TDAH requieren:

- Adaptaciones de las técnicas de evaluación (que no de los criterios de evaluación) de muy fácil aplicación y coste cero, que no afectan directamente a los elementos del currículum académico oficial. Esto se hace con el fin de responder adecuadamente a las necesidades educativas específicas que pueden presentar los alumnos con TDAH. Es importante estructurar y adaptar las pruebas de aprendizaje (exámenes, controles, etc.)<sup>(19)</sup>.
- Pautas para mejorar la atención: establecer contacto visual y acercarse al niño. Conviene que el alumno esté sentado cerca del profesor y lejos de motivos de distracción.
- Pautas para mejorar la comprensión: utilizar instrucciones claras y sencillas. Se debe verificar que el escolar comprende lo expuesto por el profesorado y darle la oportunidad para que pregunte.
- Pautas para el trabajo diario: posibilidad de usar otros medios para presentar trabajos haciendo uso de ordenadores, diagramas y dibujos. Subrayar con rotuladores las palabras claves o instrucciones (esto le ayudará a discriminar de una forma más eficiente la información relevante). La atención mejora ante la realización de tareas novedosas (color frente a blanco/negro, siempre que sea posible presentaremos los ejercicios a color). El rendimiento mejora cuando se da tiempo suplementario para tareas escritas. Se puede hacer un borrador antes de la calificación final<sup>(19)</sup>.

En algunas comunidades autónomas como: Navarra, Canarias, la Rioja o Cataluña, existen protocolos de actuación con niños con TDAH en ambientes educativos donde se incluyen las adaptaciones pertinentes que

han de llevarse a cabo para estos alumnos<sup>(10,19)</sup>. Estos protocolos coinciden en muchos aspectos, incluidos los aspectos evaluativos, en los que se especifica que teniendo en cuenta las dificultades de este alumnado para mantener la atención y concentración durante periodos prolongados, con el objetivo de mejorar su rendimiento en los exámenes o pruebas escritas, se facilitará al alumno la posibilidad de realizarlos de forma oral o a través de ordenador, excepto en los aspectos relacionados con la lectura y la escritura en Lengua Castellana y Literatura o Lengua Extranjera. Además, los mismos protocolos recomiendan el desarrollo de las pruebas escritas en dos sesiones como mínimo, observando la necesaria flexibilidad en su duración y dar más tiempo si es necesario. Las preguntas de los exámenes se presentarán por escrito para evitar la lentitud de otros procedimientos como la copia o el dictado, con la inclusión de preguntas o ítems de un mismo tipo, para evitar así la mayor posibilidad de error o confusión derivados de una combinación de formas. Durante el examen se procederá a dar las oportunas indicaciones de apoyo, tales como el control del tiempo y la recomendación de repaso de lo realizado previo a su entrega. También se señala que es conveniente dar a conocer las fechas de los exámenes con antelación. Por último, los exámenes o pruebas escritas finales o parciales no deberán ser los únicos instrumentos para evaluar a este alumnado; es necesario que la evaluación continua sea el procedimiento empleado, tal como lo recoge la normativa de evaluación en la enseñanza básica<sup>(10,18)</sup>.

### **Función del pediatra de Atención Primaria**

Las principales funciones son las siguientes:

- Coordinar todas las estrategias terapéuticas que intervienen en el tratamiento multimodal del TDAH.
- Aportar la información necesaria sobre el TDAH según criterios científicos y de utilidad. Se deben

utilizar los manuales y páginas web apropiados para ello.

- Realizar una adecuada aproximación terapéutica inicial mediante el empleo de terapia farmacológica y no farmacológica.
- Controlar el ajuste general del niño a su entorno, estableciendo las recomendaciones precisas para su consecución.
- Derivar a las familias a recursos especializados presentes en la zona, tales como: asociaciones de pacientes con TDAH, talleres organizados por la Consejería de Sanidad, etc.
- Asesorar sobre los tratamientos que no han demostrado una efectividad clínica.

### **Bibliografía**

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.\*\*\* Díez A, Soutullo C. "Tratamiento no farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad". En: TDAH en Pediatría. (Rodríguez Hernández PJ, Coord.). Madrid: inScience-Communications; 2013. p. 101-15.
- 2.\*\* Hidalgo MI, Rodríguez PJ. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. En: Tratado de Pediatría Extrahospitalaria (2ª Edición). Madrid: Ergon; 2011. p. 1339-51.
- 3.\*\* The MTA Cooperative Group. A 14 month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. Arch Gen Psychiatry. 1999; 56: 1073-86.
4. Wigal SB, Chae S, Patel A, Steinberg-Epstein R. Advances in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: a guide for pediatric neurologists. Semin Pediatr Neurol. 2010; 17: 230-6.
5. Kaplan G, Newcorn JH. Pharmacotherapy for child and adolescent attention-deficit hyperactivity disorder. Pediatr Clin North Am. 2011; 58: 99-120.
- 6.\*\*\* Mena B, Nicolau R, Salat L, Tort P, Romero B. El alumno con TDAH. 4ª ed. Barcelona: Ediciones Mayo, S.A.; 2011.
7. De Burgos R, Barrios M, Engo R, et al. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Guía para padres y educadores. Barcelona: Editorial Glosa, S.L.; 2011.

- 8.\*\* Antshel KM, Barkley R. Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2008; 17: 421-37.
9. Martín Fernández-Mayoralas D, Fernández-Jaén A. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Acta Pediatr Esp.* 2010; 68: 167-72.
- 10.\*\*\* Orjales Villar I. Déficit de atención con hiperactividad: manual para padres y educadores. 16 ed. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial; 2010.
- 11.\*\*\* Hodgson K, Hutchinson AD, Denson L. Nonpharmacological treatments for ADHD: A meta-analytic review. *J Attention Disord.* 2014; 18: 275-82.
12. Fabiano GA, Pelham WE, Coles EK, Gnagy EM, Chronis-Tuscano A, O'Conner BC. A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Psychol Rev.* 2008; 29: 129-40.
13. Rodríguez PJ. Trastornos del comportamiento. *Pediatr Integral.* 2008; 12: 949-58.
14. Rodríguez Hernández PJ, Barrau Alonso VM. Trastornos del comportamiento. *Pediatr Integral.* 2012; 16: 760-8.
15. Rodríguez Hernández PJ, Martín Fernández-Mayoralas D, Fernández-Jaén A. El Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad. *Pediatr Integral.* 2011; 15: 766-75.
16. Henggeler SW, Sheidow AJ. Empirically supported family-based treatments for conduct disorder and delinquency in adolescents. *J Marital Family Therapy.* 2012; 38: 30-58.
17. Barkley R. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder.* 3rd ed. New York: Guilford Press; 2006.
18. Quintero Gutiérrez del Álamo FJ, Correas Lauffer J, Quintero Lumbreras FJ. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida. 3ª Edición. Barcelona: Elsevier España, 2009.
19. Artiles C, Jiménez JE. Programa para la atención educativa del alumnado con TDAH. Canarias: Gráficas Bordón; 2006.
- Bibliografía recomendada**
- Soutullo C y cols. Informe PANDAH. El TDAH en España. Barcelona: ADELPHA Targis S.L.; 2013. Documento elaborado por un equipo de expertos de distintas áreas sobre la situación actual del TDAH en España. Se incluyen informes desde el punto de vista sanitario, educativo y social, y pretende incrementar el conocimiento sobre el trastorno y sensibilizar a la población.
  - Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundación Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Cataluña; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Nº 2007/18. Primera guía de práctica clínica sobre el TDAH del Sistema Nacional de Salud. Establece una serie de recomendaciones basadas en la evidencia científica. Muy adecuado para quien pretenda profundizar en los distintos aspectos del TDAH. Disponible en internet (gratis). [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_477\\_TDAH\\_AIA-QS\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_477_TDAH_AIA-QS_compl.pdf).
  - Caballo VE, Simón MA. Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Madrid: Pirámide; 2005. La característica principal de este manual es que en el capítulo dedicado a los trastornos del comportamiento se recogen las principales teorías psicológicas explicativas sobre su génesis y mantenimiento. Cuando muchas de estas circunstancias no son bien conocidas, las teorías psicológicas ayudan a su comprensión y asimilación.
  - Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz M. Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta. Madrid: Pirámide; 2001. Es uno de los manuales más completos y sistemáticos sobre las distintas técnicas que existen para actuar sobre el comportamiento. Incluye ejemplos prácticos y varios capítulos sobre intervención cognitiva.
  - Soutullo C, Díez A. Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007. Es uno de los manuales de referencia sobre el TDAH, realizado por dos de los mayores expertos nacionales en el tema. Incluye un apartado amplio sobre el tratamiento multimodal.

## Caso clínico

José, de 13 años de edad y diagnosticado de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), subtipo combinado, realiza una visita a su pediatra en el Centro de Salud debido a un empeoramiento de su comportamiento y a una disminución importante en el rendimiento escolar. Acude acompañado por su madre, quien señala que la conflictividad se ha incrementado en todas las áreas desde que pasó del colegio al instituto (actualmente, realiza primero de la E.S.O.). Destacan las peleas con compañeros (2 en el último mes) y comportamientos impulsivos con episodios explosivos ante la frustración, que no llegan a acompañarse de agresividad física pero sí verbal y que manifiesta especialmente en el contexto familiar. La madre refiere que después de comenzar el instituto su "carácter cambia". Aumenta la irritabilidad y "parece que todo le molesta". Desde que se levanta por la mañana está "enfadado con el mundo". Además, las notas han empeorado mucho. El curso pasado aprobó todas las asignaturas con mucha dificultad y después de tener suspendido el lenguaje hasta la última evaluación. En este curso, ha suspendido 4 asignaturas en la primera evaluación y 7 en la segunda.

Entre los antecedentes personales, destaca que es hijo único, convive con su padre y su madre. Nacimiento a las 31 semanas (Recién Nacido Pretérmino de Peso Adecuado a la Edad Gestacional), sin problemas neo o perinatales de consideración. No existen otros antecedentes personales o familiares de interés.

El diagnóstico de TDAH se realiza a los 7 años de edad. En ese momento se objetiva la presencia de síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad con repercusión en los ámbitos escolar y familiar. Aunque presentaba esas características con anterioridad, no interferían de manera significativa en su día a día. Las dificultades en la atención producen rendimiento escolar deficiente, la hiperactividad y la impulsividad hacen que el niño no pueda permanecer en el asiento, se levanta constantemente en clase y molesta a los compañeros. Con frecuencia tiene peleas con otros niños de su clase, con los hijos de los amigos de sus padres y con sus primos, por lo que dejan de asistir a reuniones familiares. En ese instante comienza tratamiento con metilfenidato a dosis de 1 mg/kg/día, los síntomas descritos mejoran y disminuye la conflictividad en todas las áreas. A pesar de esa mejoría conductual, el rendimiento escolar no mejora significativa-

mente, especialmente en el área del lenguaje y en inglés. Además, comienza a acudir a la asociación provincial de madres y padres de niños con TDAH, en donde realiza programas periódicos de psicoterapia conductual (habilidades sociales, técnicas de resolución de conflictos). En la misma asociación, sus padres realizan un programa psicoeducativo, en donde asimilan los aspectos más importantes del TDAH y aprenden a manejar las dificultades conductuales mediante un programa de entrenamiento en técnicas de modificación de la conducta. En el colegio, la orientadora realiza una evaluación en la que destaca, además de la existencia de impulsividad y dificultades de atención, la merma en áreas de la función ejecutiva como: capacidad de planificación, organización, generación de hipótesis o capacidad de anticipación. En el mismo informe, figura la existencia de un nivel de capacidad de aprendizaje en el área lingüístico entre 6 meses y 1 año por debajo de lo que le correspondería según la edad. Se realiza apoyo académico mediante un programa de adaptación individualizado para alumnos con TDAH. Es importante destacar que hasta los 12 años de edad, aunque existen algunos problemas conductuales puntuales, las dificultades principales se encuentran en el rendimiento escolar.

Después de realizar una anamnesis detallada y de hablar a solas con el adolescente, el pediatra solicita un análisis de tóxicos en orina que resulta negativo. Se constata que desde que comienza el instituto no existe ningún tipo de adaptación para alumnos con TDAH y que han dejado de acudir a los programas de la asociación debido a que los padres consideran que ya tiene suficiente edad para que asuma sus propias responsabilidades en la vida. El pediatra asume que un porcentaje importante de las dificultades que han aparecido en este curso se deben a la ausencia de programas de intervención psicosocial (no existe adaptación escolar, el niño y su familia no han continuado con los programas de entrenamiento conductual). Además han aflorado las dificultades en la capacidad de planificación y organización, debido al concepto erróneo de que por su edad ya debe de asumir sus responsabilidades en organización. Se remite a la familia de nuevo a la asociación y se señala la importancia de la ayuda académica y del soporte en la organización de los estudios, así como de tomar en cuenta la repercusión en el comportamiento que tiene la disminución de la autoestima y la motivación en los pacientes con TDAH.





# Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar “on line” a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario “on-line”.

## Plan de tratamiento multimodal del TDAH.

### Tratamiento psicoeducativo

17. La intervención psicosocial en el TDAH incluye las siguientes estrategias excepto (señale la INCORRECTA):

- a. Tratamiento farmacológico.
- b. Psicoeducación.
- c. Intervención conductual.
- d. Apoyo escolar.
- e. Intervención sobre el paciente.

18. La psicoeducación se define como (señale la CORRECTA):

- a. El proceso por el cual se entrena a los padres en resolver los problemas de conducta del paciente con TDAH.
- b. La información que se envía a los profesores sobre las estrategias para resolver las dificultades de aprendizajes del alumno con TDAH.
- c. La información sobre la etiología del TDAH que se aporta al paciente.
- d. Las explicaciones que se dan a los padres sobre el tratamiento del TDAH.
- e. La información útil y basada en la evidencia científica sobre el TDAH que se aporta a educadores, pacientes y padres.

19. Señale el enunciado CORRECTO en referencia a la utilización de la intervención conductual en el TDAH:

- a. Solo se puede utilizar cuando el tratamiento farmacológico está establecido como mínimo un año antes.
- b. Es la intervención no farmacológica menos efectiva.

- c. Su utilización es compleja y difícil, por lo que solo se recomienda cuando el terapeuta está muy especializado en su empleo.
- d. Es la técnica psicológica más efectiva en el TDAH.
- e. Se basa en explicar la etiología del TDAH a padres y profesores.

20. Sobre la aplicación de castigos como método conductual en el TDAH, señale la respuesta INCORRECTA:

- a. Los castigos deben ser frecuentes para que el niño interiorice sus errores.
- b. El tiempo del castigo debe ser corto.
- c. Es mejor utilizar el castigo de manera puntual, con poca frecuencia.
- d. Es mejor argumentar el castigo en impersonal.
- e. Todas las anteriores son incorrectas.

21. Señale la respuesta que considere CORRECTA en relación al apoyo escolar en el alumno con TDAH:

- a. Nunca se sentará cerca del profesor para que pueda desarrollar su autonomía.
- b. No es recomendable adaptar las técnicas de evaluación a sus necesidades.
- c. Es poco beneficioso dar más tiempo para la realización de los exámenes.
- d. Es importante evaluarlo mediante un único examen final.
- e. Se deben establecer ayudas compensatorias adaptadas a sus necesidades.

### Caso clínico

22. Sobre el diagnóstico del paciente referido en el caso clínico, señale la respuesta INCORRECTA:

- a. Estaría indicado realizar un EEG o una prueba de neuroimagen debido a la mala evolución del paciente.
- b. En el caso clínico expuesto, la información aportada por el colegio ayuda en el diagnóstico.
- c. Los test utilizados por la orientadora pueden ayudar en el diagnóstico, pero no lo confirman.
- d. El diagnóstico de TDAH está correctamente realizado.
- e. El TDAH que presenta el paciente se acompaña de dificultades en la organización y planificación.

23. Señale la respuesta CORRECTA en relación al paciente de la historia clínica:

- a. Se debería interrumpir el tratamiento farmacológico cuando el paciente llega al instituto para observar si necesita seguir con él o no.
- b. El inicio del tratamiento conductual se realizaría de nuevo a los 15 o 16 años, para no interferir con el desarrollo de la adolescencia.
- c. Antes de iniciar el tratamiento conductual, hay que interrumpir el tratamiento farmacológico, para comprobar la efectividad de los mismos por separado.
- d. La intervención conductual se debe iniciar de manera precoz, conjuntamente con la continuación del tratamiento farmacológico.

gico, para evitar la progresión del cuadro clínico.

- e. El pediatra no debe recomendar el comienzo del tratamiento conductual sin consultar con un psicólogo o psiquiatra infantil.

**24. Señale la respuesta que considere CORRECTA en relación al apoyo escolar, en el alumno con TDAH referido en la historia clínica:**

- a. El pediatra no debe contactar con el instituto para informar

sobre la mala evolución en este curso. Es mejor que en el colegio no sepan que el niño tiene un problema para evitar la estigmatización.

- b. No está indicada la adaptación escolar, debido a que el niño ya tiene mucha edad y está en el instituto.
- c. Es importante comenzar con la adaptación escolar y además, que los padres acudan a

programas de entrenamiento conductuales (como parte de una terapia multimodal).

- d. No se ha comprobado que los programas de entrenamiento conductual sean útiles en pacientes como el descrito.
- e. Cuando el paciente tiene un tratamiento psicofarmacológico, es conveniente no utilizar terapia psicológica.