

JA López Villalobos\*  
I Serrano Pintado\*\*  
JM Andrés de Llano\*\*\*  
J Delgado Sánchez-Mateos\*\*  
P del Valle López\*  
S Díez Alberola\*\*\*\*

\* Salud Mental SACYL, \*\* Profesor/a Facultad Salamanca, \*\*\*  
Pediatría Complejo Hospitalario, \*\*\*\* Pediatría Atención Primaria,  
Palencia.

**Correspondencia:**

José Antonio López Villalobos  
Unidad de Salud Mental. Hospital San Telmo  
Complejo Hospitalario de Palencia / 34004 Palencia  
**E-mail:** villalobos@correo.cop.es

**RESUMEN**

El trabajo expone orientaciones psicoeducativas para padres de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), basadas en criterios empíricos, teóricos y clínicos. Se abordan las siguientes dimensiones: ambiente familiar, modelado, refuerzo de conducta, normas, autonomía y autoestima, aprender a pensar y saber esperar, atención, relación con compañeros, grupo familiar, adolescencia y una reflexión sobre el tratamiento. El documento incluye información básica sobre TDAH.

**Palabras clave:** Guía de orientaciones psicoeducativas, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, TDAH.

**SUMMARY**

This work presents psychoeducational orientations for children's parents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). The orientations are based in empiric, theoretical and clinical approaches. The following dimensions are presented: Family environment, modelling, behaviour reinforcement, norms, autonomy and self-esteem, to learn how to think and to wait, attention, relationship with partners, family group, adolescence and treatment reflection. This document includes basic information on ADHD.

Guía de orientaciones psicoeducativas para padres de niños con TDAH

*Guide of psychoeducational orientations for children's parents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder ADHD*

**Key words:** Guide of psychoeducational orientations, attention deficit hyperactivity disorder, ADHD.

**1. INTRODUCCIÓN**

El contenido de nuestro trabajo se centra en exponer orientaciones psicoeducativas para padres de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), basadas en criterios empíricos, teóricos y clínicos contrastados, con un abordaje comprensivo de las siguientes dimensiones: ambiente familiar, modelado, estímulo de conducta, normas, autonomía y autoestima, aprender a pensar y saber esperar, atención, relación con compañeros, grupo familiar, el TDAH adolescente y una reflexión sobre los profesionales encargados del tratamiento. El documento incluye mediante un lenguaje comprensible la definición del TDAH, comorbilidad, etiología y pronóstico; así como la necesidad de tratamiento integral multidimensional y multiprofesional.

El TDAH se caracteriza por un patrón mantenido de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Los síntomas, según criterios DSMIV-TR<sup>4</sup>, deben presentarse en dos o más ambientes, antes de los siete años de edad y causar un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica

**40** o laboral. El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSMIV-TR, clasifica tres subtipos de TDAH, en función del patrón sintomático predominante en los últimos seis meses: Tipo combinado, tipo con predominio del déficit de atención y tipo con predominio hiperactivo impulsivo.

El cuadro clínico analizado es un motivo frecuente, en población infantil, de remisión a Médicos de familia, Pediatras, Psiquiatras infantiles y Psicólogos Clínicos<sup>2,32,39</sup>; siendo uno de los más importantes problemas clínicos y de salud pública en términos de morbilidad y disfuncionalidad<sup>35</sup>, que se extiende desde la infancia a la adolescencia y hasta la vida adulta<sup>7,13</sup>. Estudios de costes reflejan un mayor uso de los servicios sanitarios<sup>31</sup> y una demanda clínica temporalmente creciente<sup>33</sup>. La tasa de prevalencia entre los niños en edad escolar oscila entre 3-7%<sup>4</sup>, apreciándose en diversas investigaciones un rango entre el 1,9 y 17,8%<sup>48</sup>. En población española, se presentan tasas de prevalencia entre el 1,2-8%.

El TDAH es un trastorno de etiología desconocida y consecuencia probable de un conjunto de vulnerabilidades biológicas en interacción con dimensiones ambientales<sup>24,28</sup>; que presenta una alta tasa de comorbilidad con trastornos del comportamiento, estado de ánimo, ansiedad y del aprendizaje<sup>10,11,22,25,36-38,43,54,62</sup>.

En la actualidad los procedimientos terapéuticos con mayor vigencia son el farmacológico, las técnicas conductuales y las técnicas cognitivo-conductuales<sup>1,3,15,16,39,40,46,51,52,58</sup>.

La máxima evidencia actual, a través de ensayo clínico controlado randomizado, indica que la combinación de medicación y terapia conductual se muestra más efectiva que ambos procedimientos aislados y que los cuidados comunitarios normalizados, cuando utilizamos como criterio índices de resultados compuestos factoriales o globales<sup>15,17,61</sup>. Swanson JM. et al.<sup>61</sup>, utilizando tasas globales de normalización sintomática, encontraron mayores beneficios en las intervenciones combinadas (FC = farmacológicas / modificación de conducta), que en las farmacológicas (F), cuidados comunitarios normalizados (TC) y/ o conductuales aisladas (C). Las tasas globales de normalización sintomática fueron de 68% (FC), 56% (F), 34% (C) y 25% (TC), con diferencias significativas ( $p < 0.05$ ). En el mismo sentido, Conners CK. Et al.<sup>17</sup> analizando los resultados mediante índices de resultados compuestos factoriales, apreciaron la superioridad significativa del tratamiento FC respecto a los demás procedimientos, con pequeñas diferencias en el tamaño del efecto sobre el tratamiento F (0.28) y mayores sobre el TC (0.70).

En este importante estudio del NIMH<sup>45</sup>, las interven-

ciones FC y F fueron significativamente efectivas sobre los síntomas clínicos de TDAH, sin diferencias significativas entre ambos modelos. En ambos casos presentaron diferencias significativas respecto a los procedimientos TC y C, con un menor efecto del tratamiento en estos dos últimos procedimientos. Sin embargo, solo el tratamiento combinado fue significativamente superior a C y TC en mejorar el negativismo desafiante, síntomas ansiosos y depresivos, habilidades sociales y rendimiento lector; presentando mayores niveles de satisfacción parental con la intervención.

Este mismo estudio, en su revisión a los 24 meses<sup>46</sup>, encontró similares resultados. La puntuación media obtenida tras la intervención en la escala TDAH del SNAP fue de 1.17 (CC), 1.21 (F), 1.38 (C) y 1.40 (TC). Considerando que a menor puntuación el resultado en reducción de intensidad sintomática es mayor, observamos mejor efecto para FC, sin diferencias significativas respecto a F.

En síntesis, los autores de este artículo pensamos que por las referencias específicas sobre la eficacia de las técnicas conductuales en síntomas primarios de TDAH y asociados, cuya extensa bibliografía excede el propósito de este estudio<sup>39</sup>; así como por los resultados de las intervenciones combinadas citadas anteriormente, estimamos el interés de los procedimientos farmacológico / conductuales en el tratamiento del TDAH; especialmente cuando existe comorbilidad.

Paralelamente a las intervenciones citadas, expertos en el manejo de TDAH argumentan que la educación es el medio que cohesiona todo el plan terapéutico y una de las intervenciones aisladas más efectivas<sup>20</sup>. En este contexto, la educación incluiría información sobre la definición, etiología, pronóstico, comorbilidad, impacto vital, posibilidades de afrontamiento y consideraciones sobre el tratamiento.

Las orientaciones psicoeducativas que proponemos incluyen dimensiones asociadas a los modelos de intervención más aceptados en la actualidad, considerando aspectos informativos, conductuales y cognitivos. En su conjunto engloban aportaciones multidisciplinares de las personas que firmamos este estudio, con la formación y experiencia clínica que aportan muchos años de trabajo; así como la de los autores más relevantes españoles y foráneos que han tratado este tema<sup>2,6,7,9,12,21,26,39,44,47-49,52,53,57</sup>.

Las orientaciones psicoeducativas, elaboradas mediante un lenguaje asequible, pueden entregarse a los padres después de una evaluación cuidadosa y de un diagnóstico preciso de TDAH, solicitando su lectura y acordando una reunión posterior para aclarar dudas.

Servirán como complemento al tratamiento multidimensional individualizado y aportarán información general necesaria, a la vez que difícil de impartir verbalmente en las saturadas consultas del sistema público.

La pertinencia del trabajo que proponemos radica en su entidad terapéutica intrínseca, como base a otras intervenciones sanitarias o educativas, como ayuda en la adherencia al tratamiento y con la virtud de su potencial teórico preventivo sobre la comorbilidad.

A continuación dejamos constancia de un documento con el conjunto de las orientaciones psicoeducativas, que puede ser aportado íntegramente a los padres; postergando los criterios teóricos y empíricos de su contenido para el apartado destinado a la discusión.

## **2. ORIENTACIONES PSICOEDUCATIVAS PARA PADRES DE NIÑOS CON TDAH**

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se caracteriza por un patrón persistente de Hiperactividad - impulsividad y/o desatención mas frecuente y grave que el observado habitualmente en personas con un nivel de desarrollo similar. Los síntomas, que tienen un inicio temprano en cuanto a la edad, se presentan en dos o mas ambientes, como en casa, lugares de recreo o colegio. El TDAH puede tener solamente síntomas de desatención, de Hiperactividad - Impulsividad o una combinación de ambos.

Los problemas de conducta y/o aprendizaje acompañan con frecuencia al TDAH, que tiene incidencia potencial sobre el rendimiento escolar, las relaciones personales, el desarrollo afectivo y cognitivo.

Muchos profesionales consideramos que se trata de un trastorno del desarrollo del autocontrol que engloba problemas para mantener la atención, controlar los impulsos, el nivel de actividad y el propio comportamiento. Suele implicar no hacer aquello que se sabe por dificultades de autorregulación / autocontrol, mas que un simple desconocimiento de lo que se tiene que hacer.

Tras muchos años de investigación, el conocimiento sobre la causa o posibles causas del TDAH permanece desconocido. No obstante se estima mayor probabilidad de un origen biológico, con claras influencias ambientales que influyen en su evolución e inciden sobre la intensidad de los síntomas y problemas asociados.

Aunque el TDAH se considera un trastorno crónico, la duración temporal de los síntomas es variable. En algunas personas la clínica descrita prácticamente desaparece en torno a la adolescencia, en otras se mantiene hasta la edad adulta con menos intensidad y existe un tercer

grupo en el que prácticamente no desaparece y se complica con otras alteraciones.

La evolución del TDAH resulta mas favorable cuando los niños reciben tratamiento en épocas tempranas, permitiendo con frecuencia controlar la clínica y las complicaciones que pudiera tener. Se requiere un diagnóstico correcto y una evaluación cuidadosa de sus dificultades y potencialidades realizado por profesionales expertos en el TDAH, así como un tratamiento que se ajuste a dicha evaluación y que puede englobar dimensiones sanitarias, sociales y educativas. Los profesionales implicados en la actuación terapéutica dependerán de las dificultades observadas e incluyen sanitarios (psiquiatras, psicólogos clínicos, pediatras, neurólogos...), profesionales educativos (psicólogos escolares, psicopedagogos, profesores de apoyo, profesores...) y de servicios sociales cuando fuese necesario. La actuación debe ser coordinada y complementaria, pues la actuación conjunta suele ser más eficaz.

La familia será un elemento clave en la intervención, lo que nos ha movido a reunir un grupo de orientaciones psicoeducativas básicas que complementan la necesaria consulta a profesionales con formación especializada en TDAH. Las orientaciones son generales, orientadas al TDAH y problemas de comportamiento asociados y deberán ser adaptadas a cada caso particular; siguiendo criterios de buen juicio y del profesional que les ayuda en el tratamiento de su hijo.

### **2. 1 Orientaciones psicoeducativas**

En primer lugar debemos recordar que en el origen del TDAH existe un componente biológico bastante probable, por lo que es importante no culpabilizarnos por lo que sucede y ponernos manos a la obra de ayudar a nuestro hijo mediante una orientación profesional adecuada.

Estos niños no son malos, malcriados, vagos, perezosos...etc., sino que presentan un problema de autocontrol que resulta difícil de entender sino se valora bajo ese prisma. Sobre este trastorno nadie tiene la culpa y mucho menos el niño, pero resulta cierto que actuar de una u otra manera hace que el problema resulte más o menos abordable.

Conviene ser conscientes de que el TDAH suele durar años y que deben prepararse para mantener las orientaciones durante largo tiempo. No necesitan ser padres perfectos (nadie lo es), sino únicamente ser consistentes siempre que puedan con las dimensiones que desarrollaremos; sin olvidar que la familia es mucho mas que un niño con TDAH y que es deseable atender a las necesidades de

42 cada miembro (incluyendo las suyas), así como a su sistema de relaciones (la conducta de cada persona influye en la de los demás).

En definitiva procuraremos responsabilizarnos de la parte que es susceptible de mejora a través de nuestra intervención mediante las orientaciones que desarrollamos a continuación.

### 2.1.1 Ambiente familiar

La familia debe aceptar a su hijo tal y como es, siendo deseable un clima afectivo, con valoración frecuente de las cualidades del niño, pero también estable en las normas y las consecuencias de su conducta.

Resulta interesante que los padres actúen armónica y coordinadamente en la educación de su hijo evitando contradicciones entre ellos, así como desacreditarse o culpabilizarse mutuamente. Deberán actuar con responsabilidad y apoyarse, recordando que la educación de un hijo con TDAH es una tarea compartida y en ocasiones suficientemente complicada como para estar continuamente valorando quién es el responsable de su educación o las cosas que hace mal el otro miembro de la pareja. Los desacuerdos deben ser resueltos de forma privada, recordando que el objetivo de ambos padres es el mismo: Una educación que favorezca una vida armónica en su hijo.

Con niños inquietos es recomendable un ambiente ordenado y organizado con horarios o rutinas para comer, dormir, hacer los deberes, implicarse en la asignación de determinadas tareas domésticas... etc. Todo ello les da seguridad y estructura. Es útil hacer que las cosas sean predecibles y establecer momentos y lugares, con horarios determinados donde el niño pueda moverse mas libremente, e incluso ruidosamente. Debemos enseñar al niño para que discrimine en qué lugares y momentos está permitido moverse o jugar con más libertad y en qué sitios es menos adecuado.

En este apartado resulta un elemento básico la planificación ambiental, anticipándonos a situaciones de riesgo para el mal comportamiento. Ejemplo de ello sería el avisarle amistosamente de las normas y las consecuencias de su conducta cuando lleguemos a lugares donde anticipamos problemas, llevar unos lápices para dibujar si hacemos un viaje muy largo, despertarlo mas temprano para lavarse y vestirse si es un poco lento, preparar la mochila del colegio la noche anterior en vez de hacerlo con prisas por la mañana, realizar los deberes antes de ver los dibujos animados en vez de a la inversa...etc. Les aseguramos que planificar funciona.

### 2.1.2 Modelado

Los padres suelen ser modelos a los que el niño imita y admira, por lo que es recomendable dar una imagen adecuada de nosotros mismos. Los niños aprenden más sobre lo que observan en nuestros propios actos que sobre aquellas cosas que le decimos debe hacer.

Es deseable realizar con corrección lo que solicitamos a nuestro hijo, pues de lo contrario no lo entenderá y es posible que copie nuestra mala conducta. Así pues, si le solicitamos que baje la voz, no debemos gritar; si le pedimos un pensamiento reflexivo sería deseable que lo observara en nosotros o si le solicitamos que no pegue a otros niños, no debemos pegarle.

Cuando nuestro hijo está especialmente activo es conveniente intentar mantener un aire calmado ante sus ojos y utilizar un tono de voz adecuado, pausado, sereno y sin crispación cuando le pedimos que cumpla alguna norma. Esta actitud favorece la imitación y no excluye el ser firme ante la petición de una conducta adecuada.

Nuestra influencia como modelos funciona sobre el aprendizaje de conductas en nuestro hijo, aunque no de forma tan intensa como puede suceder en niños sin TDAH.

### 2.1.3 Estímulo conducta

Resulta importante, para los niños en general, reforzar o estimular la conducta deseable y rodearlos de una atmósfera de comprensión y cariño, no ausentes de firmeza serena en cuanto a la aplicación de las normas domésticas y sociales. En este sutil equilibrio sería deseable movernos.

En todo niño existe un conjunto de conductas positivas, en mayor o menor grado, que deben ser estimuladas. La recompensa o el refuerzo deberá ser variada para que no pierda su fuerza, siendo aquella de carácter social la mas fácil de administrar y la que siempre debe acompañar a un programa de refuerzos para fortalecer una conducta. Ejemplos de refuerzo social son frases como: “¡qué bien lo haces tu solo!”, “como se nota que estás creciendo”, “da gusto estar contigo”. Otras veces puede ser suficiente una sonrisa de aprobación, un beso, atención o una palmada en la espalda.

También debemos considerar una realidad: ¿no es cierto que con frecuencia prestamos atención a conductas negativas y no lo hacemos con las positivas?, ¿no es verdad que prestamos atención cuando interrumpe o molesta y no cuando juega tranquilamente? Con ello conseguimos que el niño sepa que es objeto de atención solo cuando realiza las conductas inadecuadas y por ello las repite

siempre que puede. Suele tener utilidad el ignorar la conducta negativa encaminada a llamar la atención y estimular conductas incompatibles con la misma. Si la conducta inadecuada tiene poca importancia podemos ignorarla, con la finalidad de que se reduzca por falta de refuerzo y de que el niño sea consciente de la manera de obtener nuestra presencia y atención mediante esas conductas positivas que "sabe hacer tan bien".

Alabemos los progresos y su esfuerzo por mejorar en la conducta y en otras áreas de su vida. Fijémonos en los pequeños avances para estimularlos. Su autoestima mejorará.

Cuando un niño tiene una conducta problemática el castigo en sí mismo no suele ser la mejor alternativa, siendo necesario el estímulo de conductas incompatibles con la alterada. Es más eficaz felicitar a un niño por tener su cuarto organizado o tratar bien a su hermano, que castigarlo por tenerlo desorganizado o pegar a su hermano.

Una forma de que nuestro hijo aprenda conductas adecuadas es premiar y estimular dicha conducta mediante algo deseado por el niño. El premio o la recompensa deben estar cercanos a la conducta y acompañados de refuerzo social ("¡qué bien lo haces!", "me estás ayudando mucho").

Como no suele resultar sencillo premiar de forma inmediata la buena conducta, podemos utilizar un registro de la misma en el que cada comportamiento adecuado tiene un valor en forma de puntos (los puntos son como el dinero, canjeables por determinados premios). Cuando se obtengan suficientes puntos se entrega la recompensa con inmediatez (ejemplo: Si tenemos como objetivo el hecho de que los hermanos jueguen sin pelearse, podemos registrar en un horario determinado si manifiestan o no un juego cooperativo y puntuarlo con dos puntos si el resultado es bueno, con uno si es regular y con cero puntos si es malo. A continuación cuando consigan un número determinado de puntos, pactado previamente, pueden obtener un premio deseado por los dos, como pudiera ser ir al parque zoológico, a un lugar de recreo... etc.). Se establece un listado de recompensas con los puntos necesarios para conseguirlas. Es importante que los premios se entreguen cuando se consigan los puntos, que no se puedan obtener de ninguna otra manera y que sean deseados por el niño (ver una película, merendar con un amigo, cromos...). En algunas ocasiones también podemos utilizar como recompensas actividades que se conseguían a cambio de nada, como ver determinados programas de TV.

Resulta importante graduar el esfuerzo por conseguir el premio: En un principio se debe poder obtener con

facilidad, posteriormente con más esfuerzo y finalmente, cuando se consigue casi siempre, cambiando la conducta objetivo para conseguir los puntos o recompensas.

En ocasiones la conducta final resulta mediada por diversos procesos y por ello es útil reforzar esos pasos intermedios (Ej.:si el objetivo son resultados académicos adecuados, podemos premiar procesos intermedios como hacer las tareas, tener las cosas preparadas en la mesa antes de empezar la tarea...etc.).

Los registros de conducta, referenciados a sistemas de puntos, son una forma efectiva de prestar atención a conductas deseables y/o incompatibles con la conducta problema, siendo altamente motivador para el niño que se siente observado por la conducta adecuada y no por la negativa, como solía ser habitual. Estos registros no deben utilizarse como un instrumento disciplinario, sino como un instrumento que genera información y ánimo.

El premio o refuerzo material, deberá acompañarse de refuerzo social, que se mantendrá en el tiempo cuando se elimine el primero.

Otra forma de que nuestro hijo aprenda conductas adecuadas es premiar y estimular dicha conducta en un hermano más colaborador, pero sin recordar al primero su mala conducta. El hermano puede convertirse en un modelo a imitar al observar las consecuencias de su buena conducta (ejemplo correcto: "Da gusto estar contigo cuando juegas tranquilamente siguiendo las normas". Ejemplo incorrecto: " Da gusto estar contigo cuando juegas tranquilamente siguiendo las normas, no como tu hermano que no sabe perder y no para un momento"). Cuando la conducta ha sido instaurada felicitaremos al hermano ocasionalmente y más frecuentemente al hijo en que deseamos obtener una buena conducta. Transcurrido un tiempo los felicitaremos por igual, de forma ocasional. Debemos tener cuidado en evitar las comparaciones de forma explícita ("tu hermano lo hace mejor que tu"), pues puede favorecer la rivalidad, el resentimiento y la baja autoestima.

Existen algunos niños que por diversos motivos, como pudiera ser la dificultad de atención, no tienen claro lo que es una conducta correcta. Son niños a los que hemos corregido muchas veces en aquello que hacen mal, pero no les hemos dicho como hacerlo adecuadamente. Es recomendable aleccionarlos sobre lo que es una conducta adecuada en diversas situaciones (enseñarles a comunicarse, a esperar, a reflexionar sobre las consecuencias de las acciones...). La instrucción sobre el modo de comportarse es importante y necesaria. Con esta intención, el juego a través del ensayo del papel o conducta adecuada,

**44** suele ser divertido y eficaz. Ensayar, a modo de pequeño teatro, el propio papel o el de los demás, suele ser muy instructivo, potencia las habilidades sociales si se hace correctamente y desarrolla la capacidad para ir apreciando otras perspectivas (ejemplo: “tú eres el profesor y yo...”, “tú eres mamá y yo...”). En el tema de las habilidades sociales aconsejamos consultar al profesional experto en TDAH que atiende a su hijo.

Finalizamos este apartado indicando que es muy importante la constancia en el estímulo de conductas adecuadas, aplicación de normas y aprendizajes. No debemos tirar la toalla cuando parece que no avanzamos o tenemos un mal día. Con actuaciones similares a las descritas es seguro que les estamos ayudando.

#### *2.1.4 Normas*

En casos de TDAH es recomendable que las normas sean pocas, claras, bien definidas y repetidas. Las normas deben aplicarse sistemáticamente, con tranquilidad, asegurándose de que el niño está atendiendo, evitando dar varios órdenes simultáneamente y adaptándose a las posibilidades del niño (castigar a un niño con TDAH por ser muy activo o inatento es como hacerlo por la tos a una persona con gripe).

Las instrucciones deben ser concretas y expresadas como afirmación (“recoge el libro de tu cuarto”) más que como petición o favor (“¿quieres recoger el libro de tu cuarto?”).

Conviene recordar que con estos niños no resulta apropiado un exceso de permisividad, pues la libertad total supone un grado de madurez que no suelen poseer, siendo muy conveniente la existencia de límites claros para su conducta, asumiendo nítidamente el papel de padres (resulta curiosa la anécdota de un hijo desobediente al que su padre preguntó lo que haría si tuviese un hijo que no le obedece nada. Respondió que no tendría problemas porque asumiría el papel de padre para decir lo que se debe hacer, igual que ahora asume el papel de niño...).

De la misma forma que el afecto y el refuerzo por la conducta adecuada contribuyen al desarrollo emocional y a la educación del niño, las normas también son necesarias. El niño hiperactivo es difícil de llevar si no se tienen unos límites educativos claros y consistentes, que deben ser aplicados en el momento adecuado, sin descontrol emocional (ejemplo: si está viendo la TV y deseamos que venga a cenar, no debemos esperar hasta llamarle diez veces crispadamente para hacer cumplir lo solicitado, sino acercarnos tras la primera llamada, comunicárselo y

apagar la TV...). Si usted se encuentra muy alterado puede ser mejor no actuar y posponer lo que pensamos decirle hasta un momento más adecuado (“hablaremos de ello más tarde”) o sencillamente ignorarlo en esta ocasión.

En ocasiones, existen conductas desviadas en las que no resulta suficiente la aplicación de los principios desarrollados en los apartados destinados al ambiente familiar, modelado y estímulo de conducta apropiada; siendo necesario aplicar una normativa eficaz. No obstante, siempre que exista violación de las normas es necesario “pararse a pensar” y valorar si puede ser suficiente con no prestar atención o solicitar cambio de actividad, para no reforzar la conducta problema.

Según nuestro criterio las normas o límites pueden incluir las siguientes características:

1. Ser avisadas de antemano. El niño debe conocer las reglas de la convivencia. Hasta donde puede y no puede llegar.
2. Deberá ser consciente de las consecuencias que puede traerle su conducta desviada. Las consecuencias no serán castigos físicos, sino privación de elementos agradables para él (ejemplo: privación de un programa de TV o la propina, aislamiento durante un periodo breve de tiempo en un lugar tranquilo destinado a reflexionar sobre su conducta, dejar de salir a la calle, pérdida de privilegios.... etc.). El castigo deberá ser limitado en el tiempo, que se pueda cumplir y proporcional a la conducta desviada (ejemplo: no sería proporcional, ni limitado en el tiempo el castigarlo sin salir durante un mes y además resultaría una imposición difícil de cumplir).
3. La aplicación de la norma, una vez que estemos seguros que atiende y la entiende, deberá establecerse tras un breve período, en el que el niño tenga opción de corregirse, antes de recibir el castigo (ejemplo: " te dije que deberías tener recogida tu habitación a las diez y ya ha pasado la hora; dentro de quince minutos volveré para observar como está y si no está ordenada dejaras de ver tu programa favorito").
4. El castigo o norma deberá ser aplicado, si es posible, en un breve espacio de tiempo tras la mala conducta. Lo anunciaremos de forma breve (no entrar en discusiones sobre las normas), clara y firme. Sin sermones, ni voces.
5. Deberá explicársele "breve y calmadamente" al niño el por qué de ese castigo (una sola vez por aplicación del castigo) y aplicarlo sistemáticamente (no incumplir lo prometido) cuando ocurre la conducta desviada. No

resulta de utilidad el aplicarlo dependiendo del humor en el que nos encontremos, ni de forma inconsistente.

Finalmente es deseable ser conscientes de que no podemos tener a nuestro hijo eternamente castigado y que suele ser de mayor utilidad el fomentar la conducta positiva mediante el modelado y los sistemas de refuerzo anteriormente expuestos. Recomendamos seguir la regla, no necesariamente matemática sino conceptual, de tres felicitaciones por una recriminación.

En este apartado debemos recordar un principio de aprendizaje que indica que cuando reforzamos la conducta deseable existe más probabilidad de que se mantenga o incremente, que cuando castigamos la conducta contraria indeseable. El castigo es siempre más eficaz cuando premiamos la conducta contraria a la que deseamos eliminar y se utiliza para mantener conductas adquiridas, mientras que el premio ayuda a instaurar conductas nuevas.

#### 2.1.5 Autonomía y autoestima

Es importante estimular la autonomía del niño mediante el desempeño de actividades apropiadas a su edad (recoger su cuarto, vestirse...) y adjudicarle responsabilidades domésticas aludiendo a la confianza que tenemos en él (ejemplo: “te pido que vayas al comercio para hacer esta compra por que confío en ti...”, “eres un mozo y cada vez confío más en ti para hacer...”).

También resulta necesario reforzar su autoestima mediante la valoración de sus logros (“esta idea es muy buena”, “cada vez escribes mejor”, “eres un genio”, “sigue contándome esa idea...”) y proporcionarle metas que pueda alcanzar, para tener ocasión de felicitarle por ello. Este aspecto es crucial, pues estos niños suelen tener un amplio historial de recriminaciones que suelen minar la valoración que tienen de si mismos.

Los comentarios de desprecio hacia el niño/a, así como las comparaciones negativas son perjudiciales y contribuyen a disminuir su autoestima, asumir que son niños malos y actuar en consecuencia. Sería deseable eliminar las etiquetas negativas del tipo “hijo mío eres tonto”, “eres un vago”, “eres insoportable”, “todo lo rompes”, “no hay quien te aguante”; que deben ser sustituidas por comentarios centrados en la conducta, separando la persona del acto. Ejemplo: Si el niño ha tirado objetos de la mesa, un comentario centrado en la conducta sería “recoge los objetos del suelo”; mientras que la frase “eres un desastre”, es un comentario global que califica a la persona, devalúa, no separa a la persona del acto y además es falso (tirar objetos no significa ser un desastre, al igual que hacer una tontería no significa ser tonto).

Debemos resaltar los aspectos positivos de su conducta sin sobreprotegerle, ni disculparle por lo que hizo mal (Ej. “no terminaste tus tareas a tiempo, pero tu eres fuerte y podrás levantarte un poco antes para hacerlos...”, “has cometido un error, no pasa nada, puedes aprender de él y corregirlo...”), ayudarle a evaluar su conducta, interpretar adecuadamente lo que sucede y a aceptar sus limitaciones.

Algunos niños con este problema tienen dificultades para evaluar su conducta e interpretar adecuadamente lo que sucede, siendo frecuente que atribuyan sus fracasos o mal comportamiento a factores externos (“saco malas notas por que el profesor me tiene manía”), sin asumir su parte de responsabilidad (“dediqué poco tiempo al estudio”, “no me centré bien”, “tengo poca base”, “el modo de estudio no fue el adecuado”). El reconocimiento de cierta parte de responsabilidad en la conducta es un requisito previo para su modificación, pero debemos tener cuidado en la manera de manejar esta situación que frecuentemente es utilizada por el niño para mantener la autoestima. Podemos ayudar al niño a hacer una valoración más objetiva de sus errores, sin hacerle sentirse infravalorado o culpable. (“tienes mucha calidad y eres listo, pero este resultado también está relacionado con que necesitas mas tiempo de trabajo. Vamos a hacerlo de esta manera y veras...”).

Es deseable fomentar expectativas positivas y ajustadas a la singularidad del niño (ej. correcto: cuando se aprecie un cambio positivo de conducta o aprendizaje elogiarlo personal y públicamente “te has fijado como ha cambiado”). Ej. Inadecuado cuando mantenemos la expectativa de que el cambio es temporal: “Vamos a ver cuanto le dura”), así como estimular una buena imagen de si mismo.

Conviene recordar que la mala imagen que tienen de si mismos algunos niños es estimulada en ocasiones por los propios adultos (Ej.: cuando le decimos que es un vago o muy agresivo...) y que se asocia a su mal comportamiento (Ej.: el niño puede pensar: “Por qué comportarse bien y esforzarse, si todos piensan que soy malo...”).

Ayudar a generar una buena autoestima ajustada a su realidad particular es muy importante para su estabilidad emocional y puede incidir en el desarrollo de una conducta adecuada.

#### 2.1.6 Saber esperar

Resulta de utilidad enseñar a esperar a los niños hiperactivos. Mediante las instrucciones adecuadas, explica-

46 remos que cuando desee algo y estemos ocupados debe decir las palabras mágicas: “¿puedes atenderme?”.

En un principio lo atenderemos lo antes posible reforzando que nos diga esas palabras. Luego le haremos esperar progresivamente un poco mas (“un momento, enseguida estoy contigo”) y le alabaremos por saber esperar (“da gusto observar cómo estás creciendo y sabes esperar...”).

Cuando no sepa esperar no le prestaremos atención y/o le llevaremos a un cuarto aburrido para entrenarse durante cinco minutos a saber esperar.

También le ayudamos a saber esperar cuando le enseñamos a aplazar la gratificación: “antes de salir a la calle ordenamos en cinco minutos la habitación”, “primero haces los deberes y luego ves la TV”. Cuando lo consigue le felicitamos por ello y en caso contrario no obtiene la recompensa anunciada (salir a la calle o ver la TV).

#### 2.1.7 Atención

En niños con dificultades de atención, resulta necesario incrementar conductas que la fomenten, como pudieran ser las siguientes:

1. Tener preparado el material antes de comenzar la tarea.  
Ayudar al niño a describir todo aquello que será necesario antes de iniciar la actividad.
2. Realizar tareas cortas (segmentadas si es necesario), estructuradas, motivadoras y reforzadas en su finalización. En un principio tareas supervisadas, variadas y con estímulo por el esfuerzo en su realización, con independencia del éxito en el resultado final.
3. La orientación que le aportaremos será breve, asegurando su atención (manteniendo contacto visual) y ocasionalmente solicitando repetición.
4. Estudiar en un lugar tranquilo, sin elementos que favorezcan la distracción como ruidos, TV, radio...etc.
5. Utilizar periodos de descanso suficientes, para fortalecer una atención mas concentrada.
6. Cambiar de actividad cuando el cansancio y disminución de la atención es evidente.
7. Comenzar por periodos cortos y supervisados de actividad académica, incrementando lenta y progresivamente el tiempo de actividad personalizada.
8. Utilizar adecuadas técnicas de estudio.

#### 2.1.8 Enseñar a pensar

Las autoinstrucciones y resolución de problemas son procedimientos que ayudan a pensar de forma reflexiva y que pueden consultar al profesional experto en TDAH que se encarga de su caso.

Las personas tenemos un lenguaje interno (“lo estoy haciendo bien”, “tengo que hacerlo de esta manera...”, “pensaré despacio antes de responder...”) que regula nuestra conducta y organiza nuestro pensamiento. Los niños con TDAH también tienen este lenguaje interno, pero no son tan hábiles en su utilización como para que pueda servirles de guía para actuar de forma reflexiva. La idea es enseñarles / entrenarles a seguir una serie de pasos, en diferentes situaciones, con la finalidad descrita previamente.

El entrenamiento en resolución de problemas estaría destinado a enseñar habilidades para identificar y definir los componentes de un problema, seleccionar estrategias / alternativas de actuación ante el mismo, prever las consecuencias de las mismas, tomar una decisión y valorar si resultó ser la mas adecuada.

Resulta útil enseñar a los niños con TDAH a reflexionar sobre su conducta social o académica, así como sobre la de los demás. Ejemplo: “Como podemos resolver...”, “qué podemos hacer para...”, “sabes por qué se enfadó ese niño...”, “te has dado cuenta de lo que hiciste...”, “qué pensabas cuando...”. Son preguntas que pueden ayudar a esta reflexión.

#### 2.1.9 Relación son los compañeros

En algunos niños con TDAH, su comportamiento inmaduro, impulsividad y dificultad para ponerse en el punto de vista de los demás, dificulta en gran medida su interacción social. Sea cual fuere el origen, el rechazo que perciben puede hacerles sufrir muchísimo.

Abordar esta situación suele conllevar reducir la impulsividad, mejorar el autocontrol, aumentar la resistencia a la frustración y educar con límites educativos claros. Manejar estas situaciones hace necesaria la participación y consulta con un profesional especializado en TDAH y su desarrollo excede el propósito de este trabajo. Recomendamos la consulta profesional.

No obstante existen algunas medidas que pueden colaborar en mejorar la relación social:

- Favorecer el contacto controlado con otros niños, invitando a algún compañero a casa y estructurando / supervisando el juego.
- Integrarlo en actividades grupales organizadas y estructuradas de la comunidad, con la supervisión de un adulto.
- Implicar en responsabilidades controladas en el ambiente de clase, puede contribuir a que los demás niños tengan una visión mas positiva sobre él y mayor aceptación.

- Educarlo con límites educativos claros puede contribuir a incrementar la resistencia a la frustración y favorecer una mejor comprensión de las reglas de los juegos y la interacción social.
- Fomentar el análisis reflexivo de las situaciones conflictivas y favorecer la empatía (capacidad de ponerse en la piel del otro). Ej.: “¿cómo piensas que se ha sentido?”, “¿cómo te has sentido?”, “¿cómo sucedió?” (sin entrar directamente en el “¡qué hiciste!”).
- Ayudarlo en la dinámica de la resolución de conflictos e incremento de habilidades sociales, mediante la ayuda de un profesional. Suele ser necesario ensayar habilidades como comenzar una relación, mantener una conversación, compartir con los demás, hacer y captar cumplidos, ofrecer colaboración, saber pedir favores o manejar una discusión. Muchas veces deberemos considerar que el problema puede que no sea el conocimiento de la habilidad, sino que fracase en inhibir impulsos, decir algo inoportuno o en ponerse en el lugar del otro.

#### 2.1.10 Grupo familiar

Aunque no lo parezca después de lo que ha leído, los padres también tiene derecho a tener buenas sensaciones y cuidarse. Si no se encuentran moderadamente bien le resultará difícil educar a su hijo. En definitiva practiquen ocasionalmente su deporte o actividad favorita, arreglen las cosas para realizar ese viaje que les apetece, tómense un rato para hablar con sus amigos, disfruten de buenos momentos en pareja y jueguen con sus hijos.

La educación de su hijo atravesará momentos buenos y malos. Disfrute de los primeros y aprenda a sobrellevar los segundos. Cuando la relación con su hijo o sus actuaciones educativas no funcionan como desearía no se sienta culpable, ni piense que es un mal padre. El criterio es que los padres perfectos no existen y que el próximo día procuraremos funcionar de la mejor manera posible.

Naturalmente existen los hermanos. Por las características de los niños con TDAH, en ocasiones reciben menos atención / afecto y tienen que soportar la peculiaridad del “cariño fraterno”. Todo ello puede generar resentimiento y nos hace dejar constancia de la necesidad de que los otros hijos reciban atención positiva, afecto y la oportunidad de expresar sus preocupaciones, problemas y temores sobre lo que sucede.

Por supuesto es bastante probable que algunas de las características mencionadas no se ajusten a su hijo con TDAH y que otras recomendaciones tampoco sean necesarias, pues funciona bastante bien en esas dimensiones.

Su hijo también tiene buenas cualidades: cariñoso, vital, creativo, generoso, abiertos a nuevas ideas, entusiastas, bromistas, de sonrisa fácil...etc. Es fácil que alguna de esas condiciones se encuentre en su hijo. También es bueno recordar que muchas personas de prestigio fueron calificadas en algún momento de su vida de hiperactivos.

Finalmente no podemos pasar por alto el hecho de que la familia es algo más que la suma de los miembros enumerados previamente y por ello debemos atender al sistema de relaciones familiares que condicionan la interacción entre sus miembros. Un buen asesoramiento profesional pudiera estar indicado en este apartado.

#### 2.1.11 El TDAH adolescente

Muchas de las orientaciones previas son válidas para el adolescente con TDAH y otras deberán ser ajustadas. A partir de esta edad usted no solo deberá informarse sobre la actuación en chicos con este problema, sino sobre las peculiaridades de esta época de la vida y sus profundos cambios en el plano biológico, psicológico y social. El desarrollo de estas dimensiones y de la repercusión del TDAH en la adolescencia excede el desarrollo de este trabajo, aunque nos parece relevante informar sobre algunas necesidades mínimas:

- La ayuda de un profesional suele ser más necesaria en este periodo vital.
- Infórmese de las peculiaridades de esta época de la vida y procure entenderlas.
- La relación con el adolescente necesita una actitud más democrática que en épocas previas.
- Las normas en el entorno doméstico, social y escolar siguen siendo muy necesarias, pero necesitan de mayor consenso.
- Las expectativas respecto a la conducta de su hijo deberán ser realistas, pues si exige perfección y obediencia absoluta es probable que se sienta decepcionado.
- Procure mantener abiertos los canales de comunicación y permita la expresión emocional de su hijo.
- Procure no atribuir una intención demasiado personal a lo que hace.
- Los estímulos o refuerzos deberán ajustarse a la edad del chico y los acuerdos pueden llegar más fácilmente mediante negociación que por imposición.
- Procure conectar de forma genuina y empática con sus intereses, considere sus opiniones y comuníquese sin acusaciones (“¿qué sucedió?” en vez de “¡qué has hecho!”).
- El ejercicio físico y la relajación son actividades recomendables que inciden en el autocontrol (respiración

48 profunda / relajación), así como en la descarga de energía mediante un canal apropiado y saludable desde la perspectiva física y psíquica (deporte).

Culminamos estas reflexiones apreciando que el tratamiento del TDAH es una tarea conjunta y coordinada de los profesionales encargados de su caso (sanitarios / escolares / sociales), con la participación clave del entorno familiar. También deseamos recordar que las orientaciones reflejadas previamente tienen un carácter global y deberán ser ajustadas a las necesidades particulares de cada niño, siendo necesario consultar al profesional o profesionales que les ayuden en el tratamiento.

### 3. DISCUSIÓN

En la actualidad los tres procedimientos terapéuticos con mayor vigencia y validez empírica son el farmacológico, las técnicas conductuales y las técnicas cognitivo-conductuales<sup>1,3,15,16,39,40,46,51,52,58</sup>.

La guía de tratamientos psicológicos eficaces incluye en el TDAH la necesidad de las intervenciones previamente enunciadas y de pautas educativas para padres<sup>18</sup>. La Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud al proporcionar la lista de tratamientos que tienen apoyo empírico en TDAH cita el entrenamiento de padres<sup>30, 50</sup>; circunstancia apoyada por una reciente publicación de consenso en *European Neuropsychopharmacology*<sup>27,29</sup>. Las orientaciones psicoeducativas que hemos desarrollado se enmarcan mayoritariamente en estas líneas de evidencia, complementadas con un criterio clínico multiprofesional compatible con las mismas.

Existen estudios que avalan el interés de las técnicas conductuales en la mejoría de los síntomas de TDAH y sobre todo de su comorbilidad<sup>39</sup>. Paralelamente, la máxima evidencia actual para el tratamiento de TDAH, indica que la combinación de medicación y terapia conductual (utilizando índices de resultados compuestos factoriales o globales), se muestra eficaz y más efectiva que ambos procedimientos aislados y que los cuidados comunitarios normalizados<sup>15,17,61</sup>. En esta misma línea, una importante declaración de consenso realizada por autores de máxima relevancia Europea, indica que el tratamiento óptimo de TDAH y/o Trastornos de Comportamiento debe combinar la farmacoterapia con la intervención psicosocial y que las intervenciones no farmacológicas que incluyen una modificación conductual han mostrado eficacia a corto y medio plazo en el tratamiento del TDAH / Trastorno Negativista Desafiante<sup>29</sup>.

El contenido de las orientaciones psicoeducativas para padres incluye, mediante un lenguaje comprensible, pro-

cedimientos que se enmarcarían claramente entre las técnicas conductuales con evidencia de eficacia en el tratamiento del TDAH. Nos encontramos con procedimientos como el refuerzo de conductas incompatibles con la problemática, refuerzo social y material, programación de refuerzos, castigo, coste de respuesta, extinción, tiempo fuera o economía de fichas. Existe también una consideración de elementos antecedentes de la conducta mediante la planificación ambiental y una organización de las consecuencias de la conducta mediante las técnicas desarrolladas con anterioridad. En síntesis, el documento integra elementos conductuales con evidencia de eficacia en el tratamiento de TDAH, avalado por las últimas investigaciones y consensado por revisiones sobre la utilización de diferentes técnicas de modificación conducta para el tratamiento del TDAH y su eficacia en síntomas primarios y secundarios<sup>39,41,42,51,58</sup>.

El documento incluye intervenciones en el margen cognitivo. Los procedimientos terapéuticos cognitivos se encuentran entre los más utilizados en la actualidad, referenciados por los principales autores en la materia y con evidencia teórica de utilidad en casos de TDAH. Estos procedimientos muestran eficacia en casos de TDAH<sup>39, 41,42</sup>; existiendo investigaciones que no aprecian la validez de estas intervenciones<sup>1,8,12</sup>.

La perspectiva teórica hace pensar que los procedimientos cognitivos parecen "ideales" y prometedores para abordar los síntomas claves de los niños con TDAH en el control de los impulsos, solución de problemas y autorregulación. Según una propuesta cognitiva del TDAH el trastorno estaría determinado por un modelo que se basa en el análisis de las interrelaciones entre la inhibición conductual, las funciones ejecutivas y la autorregulación<sup>7,8</sup>. En la aplicación del modelo de autorregulación a las dificultades del TDAH, los problemas empezarían con un estado de desinhibición conductual (incapacidad de inhibir respuestas prepotentes, de cambiar patrones habituales y un débil control de las interferencias), lo que afectaría al desarrollo de determinadas funciones cognitivas superiores dando como resultado una débil memoria de trabajo, un retraso y mal funcionamiento en la internalización del habla, una inmadurez en el control del afecto/motivación/activación y una reconstitución dañada. El proceso se completaría con una reducción de la capacidad del control motor o conjunto de conductas que se ponen en marcha para alcanzar el objetivo en un proceso de autorregulación<sup>59</sup>.

En síntesis, la capacidad disminuida para inhibir o "detener" la tendencia a responder a lo inmediato o más

atractivo, interfiere con las funciones ejecutivas que son necesarias para desarrollar el autocontrol o dominio de sí mismo y dirigir la conducta, ofreciendo como resultado la clínica del TDAH.

Según nuestro criterio, técnicas como las autoinstrucciones y resolución de problemas se encuentran en íntima relación con el abordaje de la problemática del TDAH, cuando son utilizadas como entrenamiento metacognitivo abordando no solo el “qué hacer” y “cómo hacerlo”, sino también el “cuándo” y el “dónde”. Esta última consideración reduciría la principal crítica de Barkley<sup>8</sup>, sobre el énfasis teórico de estas técnicas en la falta de capacidades, cuando el problema es de ejecución.

La argumentación contraria puede plantear la inexistencia de evidencia de grado A para las técnicas cognitivas, lo que nos indica que hasta el momento no se han aportado pruebas suficientes de su eficacia mediante un diseño experimental aleatorio de grandes muestras. Sin embargo existe cierta evidencia empírica de resultados y se trata de procedimientos con validez teórica y ecológica en el abordaje del TDAH. Nuestra experiencia profesional y los argumentos previos nos inclinan a pensar que son intervenciones recomendables.

Paralelamente a las intervenciones terapéuticas, expertos en el manejo de TDAH argumentan que la educación es el medio que cohesionan todo el plan terapéutico y una de las intervenciones aisladas más efectivas<sup>20</sup> y aunque no existen estudios que evalúen sistemáticamente, la intervención psicoeducativa suele considerarse necesaria en el ámbito clínico<sup>23</sup>. Por este motivo hemos incluido en nuestras orientaciones argumentos sobre el concepto de TDAH, comorbilidad, etiología, pronóstico, así como la necesidad de tratamiento multidimensional y multiprofesional integrado. La información es relevante para comprender el problema y a quién lo padece, evitar las consecuencias multidimensionales de la ausencia de esta comprensión, desculpabilizar, responsabilizar a la familia en la intervención terapéutica y favorecer la adherencia al tratamiento.

Las orientaciones psicoeducativas incluyen una referencia a la importancia del modelado de los padres en el aprendizaje de conductas en general y de la reflexiva en particular. Se han realizado numerosas investigaciones observando que el aprendizaje de conductas no depende solamente del refuerzo inmediato y que la observación facilita el aprendizaje de nuevas respuestas y la adquisición de reglas de evaluación para el autorrefuerzo. La perspectiva del aprendizaje social y la documentación científica acreditan la influencia del modelado en la imi-

tación y aprendizaje de conductas, considerando los procesos implicados de atención, retención, ejecución y motivación<sup>5,19</sup>. Esta inclusión pudiera considerarse impropio al valorar que muchos de los padres de estos niños también son hiperactivos, no favoreciendo el modelado de conductas adecuadas. Sin embargo, esta situación particular puede ser adecuadamente canalizada y facilitar el proceso mediante una mejor comprensión de la situación vivenciada por su hijo y la consideración “ventajosa” sobre la mayor influencia del modelado por incremento de semejanza y por la utilización de modelos que cometen errores y aprenden a rectificar a tiempo en la resolución de conflictos (modelado de afrontamiento). Padres con TDAH residual, bien instruidos por su terapeuta, pueden ser modelos adecuados.

El texto incluye referencias a la importancia de la autonomía, el cuidado de la autoestima, la potencial ayuda de la relajación y el deporte, la posible utilidad del estímulo de habilidades sociales, así como la necesidad del cuidado del sistema de relación familiar. Todas estas inclusiones están justificadas por la experiencia profesional, el conocimiento de las dificultades de muchos niños con TDAH y nuestro sentido clínico. No obstante realizamos una breve justificación de estos apartados:

- Autonomía: En muchas ocasiones son niños inmaduros, dependientes y con deficiencias en el auto cuidado, lo que suele hacer necesario el estímulo de conductas autónomas y responsables.
- Autoestima: Con frecuencia son niños poco comprendidos, criticados y muy devaluados. Esta situación suele conducir a baja autoestima o a una autoestima falsamente inflada. Ello hace necesario el estímulo de su autoestima
- Relajación: el procedimiento puede contribuir a reducir ansiedad e incrementar el autocontrol.
- Deporte: aconsejable en cualquier niño. Ayudaría a canalizar energías adecuadamente, aprendizaje de reglas y de la convivencia en juegos de equipo y potencialmente en el autocontrol (el monitor deportivo debe ser instruido).
- Habilidades sociales: Con frecuencia estos niños tienen problemas de autocontrol que dificultan el desempeño de habilidades sociales potencialmente conocidas. En otros casos el autocontrol y las habilidades sociales son deficitarios. El aprendizaje de habilidades sociales con la metodología que incluye instrucción, modelado, ensayo de conducta y retroalimentación, puede ayudar en ambas dimensiones.
- Sistema familiar: Resulta frecuente que la problemáti-

50

ca del TDAH se asocia a una relación familiar excesivamente centrada en la persona que lo padece y su problemática, con olvido de necesidades básicas de algunos de sus miembros y deterioro de la dinámica familiar. Resulta necesario prestar atención a la familia considerada globalmente, a su dinámica y a las necesidades de sus miembros.

En síntesis las orientaciones incluyen dimensiones relativas a la información / educación, conductuales y cognitivas que son respaldadas por los procedimientos más vigentes en materia de TDAH. También hemos añadido nuestro sentido clínico sobre la materia incluyendo otras dimensiones y procurando dar validez ecológica a nuestras orientaciones.

Esperamos y deseamos que estas reflexiones sean de ayuda para la tarea terapéutica de los profesionales interesados en este área y para los padres de niños con TDAH que lean estas orientaciones. Este es el criterio que nos ha llevado a difundir nuestro trabajo.

Finalmente agradecemos la aportación de los autores que figuran en la bibliografía, la de nuestros pacientes que es mucho más de lo que se imaginan y la de aquellos profesionales que nos hagan llegar sus sugerencias y críticas a este documento que siempre pretende mejorar y actualizarse.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Abikoff H, Hechtman L, Klein RG. Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 802-811.
2. Alcaina-Prósper T, Miota-Ibarra I, Pélaz S, Fuente JE. Trastornos hipericnéticos. En: JR Gutiérrez, F Rey. Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente. Madrid: SmithKline Beecham; 2000: p. 335-445.
3. American Academy of Pediatrics. Committee on Quality Improvement and Subcommittee on AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder. Clinical Practice Guideline: treatment of the school-age child with attentiondeficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2001; 108: 1033-1044.
4. American Psychiatric Association (APA) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR). Barcelona: Masson; 2002.
5. Bandura A. Principios de modificación de conducta. Salamanca: Ediciones Sígueme; 1983.
6. Barkley RA. Niños hiperactivos. Como comprender y atender sus necesidades especiales. Barcelona: Paidós; 1999.
7. Barkley RA. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment. New York: Guilford Press; 1998.
8. Barkley RA. Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain Dev* 2003; 25: 77-83.
9. Bauermeister JJ. Hiperactivo, Impulsivo, Distráido ¿Me conoces? Guía acerca del déficit atencional para padres, maestros y profesionales. Bilbao: Grupo Albor-Cohs; 2002.
10. Blázquez-Almería G., Joseph-Munné D., Burón-Masó E., Carrillo-González C., Joseph -Munné M., Cuyàs-Reguera M., Freile-Sánchez R. Resultados del cribado de la sintomatología del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad en el ámbito escolar mediante la escala EDAH. *Rev Neurol* 2005; 41 (10): 586-590.
11. Brown RT, Freeman WS, Perrin JM, Stein MT, Amler RW, Feldman HM et al. Prevalence and assesment of attentiondeficit/hyperactivity disorder in primary care settings. *Pediatrics* 2001; 107: 43.
12. Brown TE. Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños adolescentes y adultos. Barcelona: Masson; 2003.
13. Cabanyes J, Polaino-Lorente A. Trastornos de la atención e hiperactividad infantil: Planteamiento actual de un viejo problema. En Polaino-Lorente y col. Manual de Hiperactividad Infantil. Madrid: Unión Editorial; 1997.
14. Castellanos FX, Acosta MT. El síndrome de déficit de atención con hiperactividad como expresión de un trastorno funcional orgánico. *Rev Neurol* 2002; 35: 1-11.
15. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Evidence based clinical practice guideline for outpatient evaluation and management of attention deficit/hyperactivity disorder 2004.
16. Committee on Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical Practice Quality Improvement and Subcommittee on Guideline: Diagnosis and Evaluation of the Child with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* 2000; 105: 1158-1170.
17. Conners CK, Epstein J, March JS, et al. Multimodal treatment of ADHD (MTA): an overall measure of treatment outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40:159-167.
18. Corral P. Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la hiperactividad. En M Pérez, JR Fernández, C Fernández, I Amigo. Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Madrid: Pirámide; 2003. p. 137-149.
19. Cruzado J. Técnicas de modelado. En FJ Labrador, JA Cruzado y M Muñoz (eds.). Manual de técnicas de Modificación de terapia de conducta. Madrid: Pirámide; 1995.
20. Culbert TP, Banez GA, Reiff MI. Trastornos de la atención: tratamiento. *Pediatrics in Review* 1994; 15: 43- 53.
21. Gratch OL. El trastorno por déficit de atención. Madrid: ed. Panamericana; 2000.
22. Gresham FM, Lane KL, Lambros KM. Comorbidity of Conduct Problems and ADHD: Identification of 'Fledgling Psychopaths'. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 2000; 8 (2): 83-94.
23. Herreros O, Sánchez F, Gracia R. Actualización en los tratamientos integrados en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Psiquiatría Noticias* 2004; 6 (2).
24. Herreros O, Rubio B, Sánchez F, Gracia R. Etiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 2002; 18(1): 82-88.

25. Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC, Lenora N, Newcorn JH, Abikoff HB, et al. ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40:147-58.
26. Joselevich E. Síndrome De Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. A.D./H.D. en niños adolescentes y adultos. Barcelona: Paidós; 2000.
27. Kazdin AE. Treatments for aggressive and antisocial children. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. North Am* 2000; 9: 841-858.
28. Kupfer DJ, Baltimore RS, Berry Da. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2000; 39 (2): 182-193.
29. Kutcher S, Aman M, Brooks SJ, Buitelaar J, Van Daalen E, Fegert J et al. Declaración de consenso internacional sobre el trastorno de déficit de atención/hiperactividad y los trastornos de conducta disruptiva: implicaciones clínicas y sugerencias de tratamiento. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2004;14(1): 11-28.
30. Labrador FJ, Vallejo MA, Matellanes M, Echeburúa E, Bados A, Fernández-Montalvo J. La eficacia de los tratamientos psicológicos. Siglo XXI. INFOCOP 2003; 17:25-30.
31. Leibson CL, Katusic SK, Barbaresi WJ, Ranson J, O'Brien PC. Use and costs of medical care for children and adolescents with and without ADHD. *JAMA* 2001; 285: 60-66
32. Lerner M. Office-based management of ADHD. Satellite Symposium to the American Academy of Pediatrics National Conference and Exhibition. Boston, Massachusetts; 2002.
33. López JA, García MJ, Ruiz F, Sánchez MI. Adversidad en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psiquiatría Biológica* 2002; 9(1): 46.
34. López JA, Montes JM, Sánchez MI. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: análisis discriminante de subtipos. *Rev Psychiatr Infanto-Juv* 2003; 20(3): 108-119.
35. López JA, Serrano I, Delgado J, Ruiz F, García MJ, Sánchez MI. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una alteración psicopatológica con impacto multidimensional. *Anales de Psiquiatría* 2004; 20(5): 205-210.
36. López JA, Serrano I, Delgado J. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un modelo predictor de comorbilidad con trastornos del comportamiento. *Clínica y salud* 2004; 15(1): 9-31.
37. López JA, Serrano I, Delgado J. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema* 2004; 16(3): 402-407.
38. López JA. Perfil evolutivo, cognitivo, clínico y socio-demográfico de las personas con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, atendidas en una unidad de salud mental. Tesis Doctoral. Salamanca, 2002.
39. Miranda A, Rosello B, Soriano M. Estudiantes con deficiencias atencionales. Valencia: Promolibro; 1998.
40. Miranda-Casas A, García-Castellar R, Melià-de Alba A, Marco-Taverner R. Aportaciones al conocimiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Desde la investigación a la práctica. *Rev Neurol* 2004; 38(1): 156-163.
41. Miranda-Casas A, Presentación-Herrero MJ, Soriano-Ferrer J. Multicomponent program for the treatment of children with ADHD. *J Learn Disabil* 2002; 35: 546-62.
42. Miranda-Casas A, Presentación-Herrero MJ. Efficacy of cognitive behavioral therapy in the treatment of children with ADHD, with and without aggressiveness. *Psychol Sch* 2000; 37: 169-82.
43. Monuteaux M. A five-year follow-up of female youth with and without ADHD. Program and abstracts of the 52nd Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; October 18-23, 2005; Toronto, Ontario, Canada. Symposium 47A.
44. Moreno I. Hiperactividad. Madrid: Pirámide; 1998.
45. MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:1073-1086.
46. MTA Cooperative Group. National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24 month outcomes of treatment strategies for attentiondeficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2004; 113: 754-761.
47. Orjales I, Polaino-Lorente A. Programas de Intervención Cognitivo conductual para niños con Déficit de Atención con Hiperactividad. Madrid: CEPE; 2001.
48. Orjales I. Intervención psicopedagógica en el TDAH. Ponencia presentada en las Jornadas sobre Déficit de Atención e Hiperactividad en la Universidad de Deusto. Bilbao; 2001.
49. Orjales I. Déficit de atención con hiperactividad. Madrid: CEPE; 1998.
50. Pascual J, Frías M, Monterde H. Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo* 2004. 87: 1-8.
51. Pelham W, Wheeler T, Chronis. A Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *J Clin Child Psychol* 1998; 27: 190-205.
52. Polaino Lorente, A., Ávila, C., Cabanyes, J., García Villamizar, D. A., Orjales, I. y Moreno, C. Manual de Hiperactividad infantil, Madrid: Unión Editorial; 1997.
53. Rief S. Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad. Barcelona: Paidós; 1999.
54. Schultz KB. ADHD symptomatology: The contribution of depression and anxiety measures to an accurate diagnosis. Dissertation-Abstracts-International-Section-B: The Sciences and Engineering 2002; 62(8-B): 3815.
55. Sergeant JA, Geurts H, Huijbregts S, Scheres A, Oosterlaan J. The top and the bottom of ADHD: a neuropsychological perspective. *Neurosci Biobehav Rev* 2003; 27: 583-92.
56. Sergeant JA, Geurts H, Oosterlaan J. How specific is a deficit of executive functioning for attention-deficit/hyperactivity disorder? *Behav Brain Res* 2002; 130: 3-28.
57. Serrano I. Agresividad infantil. Madrid: Pirámide; 1997.
58. Servera M, Bornás X, Moreno I. Hiperactividad infantil: conceptualiza-

- ción, evaluación y tratamiento. En V. Caballo y MA. Simón (eds). Manual de psicología clínica y del adolescente. Madrid: Pirámide; 2001. p. 401-403.
59. Servera-Barceló. Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Rev Neurol* 2005; 40 (6): 358-368.
60. Shallice T, Marzocchi GM, Coser S, Del Savio M, Meuter RF, Rumiati RI. Executive function profile of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Dev Neuropsychol* 2002; 21: 43-71.
61. Swanson JM, Kraemer HC, Hinshaw SP, et al. Clinical relevance of the primary findings of the MTA: success rates based on severity of symptoms at the end of treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40:168-179.
62. Vance A, Costin J, Barnett R, Luk E, Maruff P, Tonge B. Characteristics of parent- and child-reported anxiety in psychostimulant medication naive, clinically referred children with attention deficit hyperactivity disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2002; 36(2): 234-239.
63. Weiss M. Psychoeducational intervention with the family, school, and child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1992; 1: 467-479.