



**Guía práctica
de diagnóstico
y manejo
clínico
del TDA-H
en niños y
adolescentes
para
profesionales**

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA-H)

AUTORES:

Sonia Villero Luque^{*},
Carmen Abellán Maeso^{},**
María Cruz Parra Martín^{*},**
**Ana María Jiménez
Pascual^{****}**

*Psiquiatra, ** Psicóloga, *** Diplomada Universitaria en Enfermería, Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil; ****Jefa Servicio Psiquiatría, Complejo Hospitalario La Mancha Centro, Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

2010

*"Aléjate de la sabiduría que
no llora, de la filosofía que no se
ríe y de la grandeza que no se
inclina ante los niños"
(Khalil Gibran)*

*Gracias a todos los niños que
habéis pasado alguna vez por
nuestra unidad por todo lo
que nos habéis enseñado.*

**Elaborado por: Grupo de trabajo perteneciente
a la USMIJ del Servicio de Psiquiatría y Salud
Mental del área la Mancha - Centro**

**Guía Clínica: Trastorno por déficit de atención
e Hiperactividad**

**Fecha: Sesiones de trabajo semanales entre
junio de 2009 y marzo de 2010**

*Reservados los derechos. Ni la totalidad ni parte de este documento puede reproducirse o transmitirse
por ningún procedimiento sin permiso de los autores.*

*Documento actualmente en imprenta. Depósito Legal en la Biblioteca Nacional según normativa vigente
C.R. 543-2010. I.S.B.N.: 978-84-693-5550-3*

ÍNDICE

ÍNDICE	5
ABREVIATURAS.....	9
EQUIPO DE TRABAJO.....	10
PRESENTACIÓN	11
JUSTIFICACIÓN DE LA GUÍA CLÍNICA	12
INTRODUCCIÓN.....	13
DEFINICIÓN DE LOS TÉRMINOS UTILIZADOS EN ESTA GUÍA	15
CONCEPTO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.....	15
<i>Definiciones de niño y adolescente</i>	15
<i>DSM-IV:</i>	15
<i>CIE-10:.....</i>	15
<i>Deterioro:.....</i>	15
<i>Dominios:</i>	16
<i>Ámbitos:</i>	16
<i>TDA-H moderado:.....</i>	16
<i>TDA-H grave:.....</i>	16
DIAGNÓSTICO DEL TDA-H	17
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	18
PRIORIDADES CLAVE EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL TDA-H DESDE SALUD MENTAL	20
PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO Y LA ATENCIÓN.....	21
DESARROLLAR UNA RELACIÓN DE RESPETO, COMPRENSIÓN Y CONSENTIMIENTO.....	21
CONSENTIMIENTO	21
PROPORCIONAR INFORMACIÓN.....	22
APOYO PARA LAS FAMILIAS	22
ASESORAMIENTO DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO	22
SECUENCIA DE LA ATENCIÓN DE UN PACIENTE CON SOSPECHA DE TDA-H.....	23
ALGORITMO DE LA ATENCIÓN A UN PACIENTE CON SOSPECHA DE TDA-H.....	24
CENTRO EDUCATIVO: POSIBLE IDENTIFICACIÓN Y DERIVACIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA.....	25
NIVEL 1 DE ASISTENCIA: ATENCIÓN PRIMARIA.....	27
<i>Pasos para el diagnóstico de sospecha de TDA-H multiaxial:</i>	27
Paso 0: Anamnesis.....	27
Paso 1: Diagnóstico de sospecha en Eje I según CIE-10/DSM IV	27
Pasos dos y tres: Aproximación diagnóstica al Eje II y Eje III:	27
Paso cuatro: Aproximación diagnóstica al Eje IV CIE-10:	28
Paso cinco: Aproximación diagnóstica al Eje V: Valoración situación psicosocial del niño:	28
POSIBLES FUNCIONES DE OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS EN EL PROGRAMA:	29
<i>Pediatria hospitalaria/ Medicina interna</i>	29
<i>Otorrinolaringología y oftalmología</i>	29

<i>Neuropediatria/ Neurología</i>	30
Funciones específicas de neurología/neuropediatria	30
NIVEL 2 DE ASISTENCIA: SALUD MENTAL	31
TRATAMIENTO Y MANEJO DEL TDA-H:	32
GENERALIDADES.....	32
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	34
<i>Algoritmo de intervención</i>	34
<i>Intervención psicoterapéutica individual</i>	34
<i>Intervención psicoterapéutica grupal para niños y adolescentes.....</i>	34
Características del grupo	35
Estructuración de las sesiones	35
<i>Intervención con los padres.....</i>	37
Grupo psicoeducativo para padres.....	37
Metodología.....	38
Esquema de sesión-tipo:	38
Propuesta contenido de las sesiones.	38
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	42
<i>Elección del tratamiento farmacológico</i>	43
<i>Cómo utilizar el tratamiento farmacológico en niños y adolescentes</i>	44
<i>Eficacia.....</i>	45
<i>Monitorización de efectos secundarios</i>	45
<i>Respuesta escasa al tratamiento.....</i>	46
<i>Otros tratamientos psicofarmacológicos.....</i>	47
<i>Duración del tratamiento y del seguimiento</i>	48
TAREAS ESPECÍFICAS DE CADA PROFESIONAL DEL PROGRAMA.....	49
PSIQUIATRA INFANTO JUVENIL	49
PSICÓLOGO INFANTOJUVENIL.....	49
ENFERMERÍA INFANTOJUVENIL	49
<i>Procedimientos de enfermería en la unidad funcional</i>	49
ANEXOS	52
ANEXO 1: SISTEMAS CLASIFICATORIOS DE TRASTORNOS MENTALES	52
<i>Anexo 1a. Criterios diagnósticos para el TDA-H según CIE-10 y DSM IV-TR.....</i>	52
<i>Anexo 1b. Diferencias entre DSM-IV y CIE-10 para el diagnóstico de TDA-H</i>	53
<i>Anexo 1c. Propuestas para el DSM V</i>	54
<i>Anexo 1d. Clasificación multiaxial de los sistemas de clasificación de trastornos mentales.....</i>	54
<i>Anexo 1e. Clasificación multiaxial de la CIE- 10 para los trastornos mentales de niños y adolescentes²¹</i>	55
<i>Anexo 1f: Escala de evaluación de actividad global.....</i>	56
ANEXO 2. CLÍNICA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	57
<i>Anexo 2a. Hallazgos clínicos: Alteraciones psicopatológicas y físicas</i>	57
<i>Anexo 2b. Variaciones clínicas según edad del TDA-H.....</i>	58

ANEXO 3. INFORMACIÓN PARA LAS FAMILIAS	59
<i>Anexo 3a. Orientaciones prácticas.....</i>	59
<i>Anexo 3b. Fichas de información para padres sobre el tratamiento farmacológico</i>	62
Ficha de información para padres sobre el tratamiento con metilfenidato	62
Ficha de información para padres sobre el tratamiento con atomoxetina	64
ANEXO 4. INFORMACIÓN PARA EL CENTRO EDUCATIVO.....	66
<i>Anexo 4a Orientaciones al centro educativo desde la clínica</i>	66
<i>Anexo 4b Modelo de solicitud de informe psicopedagógico al centro educativo desde la clínica.....</i>	73
ANEXOS 5. INFORMACIÓN PARA EL NIVEL 1 DE ASISTENCIA: ATENCIÓN PRIMARIA/MEDICINA DE FAMILIA.....	74
<i>Anexo 5a. Detección precoz de patología mental desde primaria</i>	74
<i>Anexo 5b. Aproximación al diagnóstico de patologías psiquiátricas de exclusión del TDA-H desde primaria.....</i>	75
Aproximación al diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA)	75
Aproximación al diagnóstico de esquizofrenia de inicio temprano y muy temprano	76
Pródromos ⁴⁹⁻⁵³	76
Síntomas psicóticos en esquizofrenia de inicio temprano y muy temprano ⁴⁹⁻⁵³	77
Aproximación al diagnóstico de depresión.....	78
Aproximación diagnóstica al trastorno de ansiedad	79
ANEXOS 6. INFORMACIÓN PARA OTROS SERVICIOS MÉDICOS IMPLICADOS	80
<i>Anexo 6a. Información para pediatría hospitalaria/Medicina Interna</i>	80
Valoración del riesgo cardiovascular en tratamiento con estimulantes ^{9,11, 32, 38-42}	80
Hoja de identificación de factores de riesgo cardíacos potenciales para muerte súbita en tratamiento con estimulantes.	81
<i>Anexos 6b. Información para neuropediatría/neurología.....</i>	82
Conceptualización teórica.....	82
Desarrollo de las funciones ejecutivas.....	82
Funciones desde Neurología/Neuropediatría.....	82
Diagnóstico diferencial neurológico del TDA-H.....	82
ANEXOS SALUD MENTAL	85
ANEXO 7. EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES	85
<i>Anexo 7a. Historia clínica infantojuvenil: primera entrevista</i>	85
<i>Anexo 7b. Evaluación del estado mental en niños y adolescentes.....</i>	86
<i>Anexo 7c. Instrumentos de exploración psicopatológica en niños y adolescentes</i>	87
<i>Anexo 7d. Instrumentos de orientación diagnóstica para el TDA-H.....</i>	88
ANEXO 8. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TDA-H CON OTRAS ENTIDADES	91
<i>Anexo 8a. Diagnóstico diferencial con trastornos médicos</i>	91
<i>Anexo 8b. Clasificación TDA-H según posible etiopatogenia.....</i>	92
<i>Anexo 8c. Diagnóstico diferencial del TDA-H con otras patologías psiquiátricas.....</i>	93
<i>Anexo 8 d. Trastorno Límite de la Personalidad en Niños y Adolescentes</i>	99
<i>Anexo 8 e. Diagnóstico diferencial entre TDA-H y trastorno bipolar según AACAP</i>	102
ANEXO 9. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN TDA-H	103
<i>Anexo 9. Conclusiones principales estudio MTA</i>	103

<i>Anexo 9a. Consideraciones que avalan el uso de intervenciones psicológicas en los niños con TDA-H.....</i>	104
<i>Anexo 9b. Intervenciones psicológicas que han demostrado eficacia en el TDA-H.....</i>	106
<i>Anexo 9c. Recomendaciones en las intervenciones psicológicas del TDA-H.....</i>	107
ANEXO 10. TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PARA EL TDA-H.....	108
<i>Anexo 10a. Tratamientos con indicación para el TDA-H: Metilfenidato y Atomoxetina.....</i>	108
Elección del fármaco	108
Elección según guía NICE ¹	108
Contraindicaciones de metilfenidato y atomoxetina.....	109
Características del fármaco: Tiempo de acción,.....	110
Formas de presentación	110
Posología	111
Ajuste de dosis.....	111
Presentaciones	112
Equivalencias.....	113
Registro de efectos secundarios en tratamiento con estimulantes o atomoxetina.....	115
Efectos adversos y precauciones	116
Efectos adversos y precauciones ^{1,2,4,11,12,32}	116
Monitorización de efectos adversos ^{1,2,4,11,32}	119
Estrategias ante efectos adversos ^{1,2,4,9,10,11,31,32}	125
Consideraciones prácticas de uso ^{1,11,31,32}	127
Modelo de informe para visado de la atomoxetina	128
<i>Estrategias aumentativas si fracaso terapéutico</i>	129
Otros fármacos utilizados en el TDA-H	130
Consideraciones a la prescripción de medicamentos en indicaciones no autorizadas.....	136
Algoritmos de tratamiento farmacológico	137
Algoritmo farmacológico para el TDA-H sin comorbilidad.....	137
Algoritmo de tratamiento farmacológico del TDA-H con trastorno por tics comórbido.....	138
Algoritmo de tratamiento farmacológico para el TDA-H y el trastorno de conducta comórbido	139
Algoritmo de tratamiento farmacológico en síntomas de TDA-H y ansiedad	140
Algoritmo de tratamiento farmacológico de los síntomas de TDA-H y depresión.....	141
BIBLIOGRAFÍA	142
ESCALAS DE ACCESO ONLINE	149
RECURSOS ONLINE PARA PROFESIONALES:	150
ASOCIACIONES	150

ABREVIATURAS

ATC: *Antidepresivos tricíclicos.*

ATX: *Atomoxetina.*

BQ: *Bioquímica.*

CI: *Cociente intelectual*

CIE-10: *10^a revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales y Conductuales (de la Organización Mundial de la Salud (OMS).*

DSM-IV: *4^a edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales.*

DUE: *Diplomado universitario en enfermería*

EEAG: *Escala de evaluación de actividad global.*

EEG: *Electro encefalograma.*

ECG: *Electro cardiograma.*

EMEA: *Agencia Europea del Medicamento.*

FC: *Frecuencia Cardíaca.*

HG: *Hemograma.*

Hto: *Hematocrito*

MFD: *Metilfenidato.*

MTA: *Multimodal Treatment Study of Children with ADHD*

ORL: *Otorrinolaringología*

PA: *Presión arterial*

PC: *Percentil.*

RM: *Resonancia magnética nuclear.*

TBP: *Trastorno bipolar.*

TC: *Trastorno de conducta*

TDA-H: *Trastorno por déficit de atención en hiperactividad.*

TEA: *trastorno del espectro autista.*

TOC: *Trastorno obsesivo compulsivo.*

TOD: *Trastorno oposicionista desafiante.*

USMIJ: *Unidad de salud mental de infantojuvenil.*

VSG: *Velocidad de sedimentación globular.*

EQUIPO DE TRABAJO			
NOMBRE	PUESTO	DISPOSITIVO	CENTRO
AUTORES			
UNIDAD FUNCIONAL TDA-H			
SONIA VILLERO LUQUE	PSIQUIATRA	USMIJ	COMPLEJO HOSPITALARIO LA MANCHA CENTRO
CARMEN ABELLÁN MAESO	PSICÓLOGA	USMIJ	"
MARÍA CRUZ PARRA MARTÍN	DUE	USMIJ	"
COORDINACIÓN			
ANA MARÍA JIMÉNEZ PASCUAL	JEFA SERVICIO PSIQUIATRA	USMIJ	COMPLEJO HOSPITALARIO LA MANCHA CENTRO
EQUIPO DE TRABAJO COORDINACIÓN GUÍA CLÍNICA			
EQUIPO DE SALUD MENTAL USMIJ			
DOLORES ORTEGA GARCÍA	PSIQUIATRA	USMIJ	COMPLEJO HOSPITALARIO LA MANCHA CENTRO
LUIS LEÓN ALLÚE	PSIQUIATRA	USMIJ	"
PILAR FUERTES BENEÍTEZ	PSICÓLOGA	USMIJ	"
FRANCISCO DURÁN PERALIAS	PSICÓLOGO	USMIJ	"
ISIDORA CASAS OCHOA	DUE	USMIJ	"
MARÍA LUISA BUSTAMANTE CASTILLEJOS	AUXILIAR CLÍNICO	USMIJ	"
JESÚS RUIZ ARANDA	AUXILIAR CLÍNICO	USMIJ	"
INMACULADA GARCÍA DE LOS RÍOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	USMIJ	"
BELÉN CABEZAS MATEOS	TRABAJADORA SOCIAL	USMIJ	"
PILAR LÓPEZ VAQUERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	USMIJ	"
COORDINACIÓN INTRA E INTER DISPOSITIVOS			
ATENCIÓN PRIMARIA			
MANUEL LARRAGÁIZ ARREDONDO	COORDINADOR PEDIATRÍA		ÁREA LA MANCHA CENTRO
ATENCIÓN HOSPITALARIA PEDIATRÍA			
RAMÓN GARRIDO	JEFE SERVICIO PEDIATRÍA	COMPLEJO HOSPITALARIO LA MANCHA CENTRO	
ILEANA RITA ANTÓN	NEUROPEDIATRÍA		
MEDICINA INTERNA			
JOSÉ MANUEL HENS GUTIÉRREZ	MÉDICO INTERNISTA	COMPLEJO HOSPITALARIO LA MANCHA CENTRO	
EDUCACIÓN			
JUSTO LÓPEZ CARREÑO	COORDINADOR DE ORIENTACION	CENTRO DE DOCENTES	CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN
SUPERVISIÓN			
JAVIER MATA PEÑUELA	SUBDIRECCIÓN MÉDICA C. H. LA MANCHA CENTRO		
PILAR MORENO y JAIME DOMPER	SSCC SALUD MENTAL SESCAM		

PRESENTACIÓN

La Unidad de Salud Mental infanto Juvenil del Área la Mancha Centro, ubicada en Alcázar de San Juan, se creó en 1986, tras la publicación del Decreto de 1985 de la JCCM que crea las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, reconvirtiendo así los Centros de Orientación y Diagnóstico transferidos en ese periodo. Administrativa y funcionalmente ha pertenecido a la Consejería de Sanidad de la Junta de comunidades de Castilla la Mancha, hasta mayo de 2003 que ha pasado a pertenecer al SESCAM, en el proceso de integración de los servicios sanitarios en nuestra comunidad.

Está integrada en el Servicio de Psiquiatría y Salud mental del Área la Mancha Centro, que consta del Hospital la Mancha Centro y del Hospital de Tomelloso, estando el servicio unificado en todo el área.

Este área sanitaria está situada geográficamente en el centro de la Comunidad de Castilla -La Mancha, y está constituida por 32 municipios pertenecientes a tres provincias diferentes: Toledo, Ciudad Real y Cuenca. El área atiende a una población aproximada de 200000 habitantes, de los cuales alrededor de 40000 son niños y adolescentes de 0 a 17 años.

La Unidad está formada por un equipo multidisciplinar integrado por psiquiatras, psicólogos, enfermeros, auxiliares clínicos y administrativos y trabajadora social. Su actividad asistencial comprende consultas externas de 0 a 17 años inclusive, interconsultas y urgencias (Ana)(Ana)hospitalarias, atención directa a colegios de atención especial, coordinación con dispositivos de educación y sociosanitarios; y así mismo, dispone de un hospital de día para la atención de niños y adolescentes con trastorno mental grave.

Dentro de sus funciones están, así mismo, la formación continuada, la investigación y la docencia.

En los últimos años se han creado unidades funcionales específicas como la de diagnóstico y atención del TDA-H, y la Unidad funcional materno-infantil.



JUSTIFICACIÓN DE LA GUÍA CLÍNICA

La guía es resultado de diversas sesiones de trabajo llevadas a cabo en la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil del Complejo Hospitalario la Mancha Centro por un equipo multidisciplinar formado por psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajador social y auxiliares clínicos y administrativos. Durante el proceso se han celebrado reuniones de coordinación y revisión con pediatras de atención primaria y hospitalaria, educación y asociaciones de padres de la zona.

Con el objetivo de optimizar los recursos disponibles y facilitar el trabajo de coordinación se ha creado una unidad funcional para el diagnóstico y manejo del TDA-H en la USMIJ formada por psiquiatra, psicólogo, y DUE. Esta unidad funcional enfatiza el trabajo en equipo y la atención integral e individualizada a cada niño o adolescente. Se han designado, así mismo, figuras de referencia en los distintos servicios y ámbitos de coordinación.

Una de las motivaciones principales para la creación de la guía ha sido la de ofrecer un diagnóstico fiable y una asistencia coherente y organizada a niños, adolescentes y sus familias, que son objeto en muchas ocasiones de la falta de coordinación y consistencia entre los distintos profesionales, así como de informaciones contradictorias y en ocasiones poco rigurosas procedentes de diversas fuentes.

La guía va dirigida a todos los profesionales involucrados en el proceso de detección, diagnóstico y manejo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Pretende dar orientaciones a los profesionales en la secuencia de atención y principios del tratamiento, no sustituir el criterio clínico de cada profesional y en cada caso concreto, que siempre prevalecerá sobre las recomendaciones generales de la guía.

Los objetivos principales de la guía clínica son: consensuar y unificar los criterios y vías de atención a los pacientes con sospecha de TDA-H, la coordinación entre los profesionales de distintos ámbitos implicados en el proceso, la realización de un diagnóstico diferencial fiable y de una orientación terapéutica coherente, individualizada y consistente con los hallazgos procedentes de la investigación y experiencia en este campo. También se incluye la evaluación y revisión continuada de la misma, así como el análisis de las características de los pacientes que de ella se puedan beneficiar y de las intervenciones puestas en marcha con ellos.

Para su elaboración se ha realizado una revisión de las evidencias científicas hasta la fecha en el diagnóstico y manejo del TDA-H, y se han consultado diversos consensos de expertos y guías nacionales e internacionales en la materia, y textos de interés¹⁻²⁰ conservando el esquema estructural propuesto por la guía NICE¹.

INTRODUCCIÓN

La revisión sistemática de los conocimientos científicos hasta la fecha sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad excede los objetivos de la presente guía. No obstante, para dar consistencia al trabajo, hacemos a continuación una breve introducción sobre el trastorno.

La CIE 10²¹ define el TDA-H como “un grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobemente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas y porque estos problemas se presentan en las situaciones más variadas y persistentes a lo largo del tiempo”.

Consideraciones

- *Los sistemas clasificatorios internacionales actuales (DSM-IV y CIE-10²¹⁻²²) insisten en la contextualización de los síntomas según cociente intelectual (CI) y edad del paciente, y requieren así como en el grado de disfunción claramente objetivable.*
- *La atención y la actividad motriz son continuos dimensionales en la población general¹⁹, no existiendo sistema fiable cuantitativo que las diferencie de variantes de la normalidad. De manera que la calidad clínica depende del grado de disfunción.*
- *La atención no es una función estanca, pertenece a las funciones ejecutivas y su déficit no puede ser medido únicamente por ninguna prueba neuropsicológica, aunque éstas pueden ayudar en el diagnóstico y en la planificación del tratamiento^{1,2,4,11}.*
- *Todos los estudios coinciden en la presencia de una alta comorbilidad del TDA-H con otras patologías, de hasta el 60-80% según algunas series¹¹. Desde otros enfoques la alta comorbilidad se explica entendiendo la hiperactividad e inatención como epifenómenos de alteraciones estructurales, por ejemplo en el contexto de trastornos de personalidad^{23,25}.*
- *Por otro lado es importante insistir en la necesidad de hacer un buen diagnóstico diferencial^{1,2} con entidades excluyentes como la esquizofrenia, los trastornos del espectro autista (TEA), y, según la CIE, los trastornos afectivos y de ansiedad. Sobre todo teniendo en cuenta que los tratamientos farmacológicos autorizados para tratar el TDA-H pueden empeorar los síntomas de tales entidades clínicas^{109Wingo}. No existen causas únicas para el TDA-H¹, sino una conjunción de predisponentes, vulnerabilidad genética y biológica, sucesos vitales,...*
- *Los factores psicosociales se han demostrado estrechamente implicados en el pronóstico del trastorno¹⁷.*
- *El diagnóstico diferencial médico también es importante⁹⁻¹⁰.*
- *Las manifestaciones clínicas son diversas y complejas, además de los síntomas considerados cardinales de hiperactividad, inatención e impulsividad, se han descrito síntomas asociados o comórbidos como las alteraciones conductuales y en las relaciones sociales, consumo de tóxicos, dificultades en el control de las emociones, alteraciones en el aprendizaje, y en la adquisición de hitos del desarrollo, signos neurológicos menores, baja autoestima,...^{17,20}*

- De acuerdo con diversos autores, consideramos el abordaje terapéutico multimodal como el más adecuado, que incluye medidas sociales, educativas, intervenciones psicológicas y psicofarmacológicas según cada caso^{1, 15-17}.
- El diagnóstico del TDAH es exclusivamente clínico, y debe estar sustentado en la presencia de los síntomas característicos del trastorno, respaldado por una clara repercusión funcional en los ámbitos personal, familiar, académico y/o social, y tras haber excluido otros trastornos o problemas que puedan estar justificando la sintomatología observada^{1,2,4,11}. Por tanto, el plan terapéutico debería incluir a profesionales clínicos cualificados, y a los ámbitos educativo y de servicios sociales.
- El diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes debe realizarse por un facultativo con entrenamiento y experiencia en el diagnóstico del TDAH y sus comorbilidades más frecuentes^{1,11}. La guía SIGN considera esencial la valoración de los niños con sospecha de TDA-H por Salud Mental para la realización del diagnóstico diferencial psiquiátrico².

La conducta es uno de los campos fundamentales, o al menos el más visible y menos tolerado cuando la tendencia es hacia la actividad, donde se pueden manifestar los conflictos emocionales en el niño. Es un modo privilegiado de expresión en el niño que no ha adquirido aún una forma de pensamiento abstracta. En cuanto a la cualificación de la conducta nos encontramos múltiples variaciones dentro de la normalidad: niños muy activos y temperamentales desde el nacimiento, frente a otros más inactivos con mayor capacidad de tranquilizarse ante las frustraciones o a las necesidades y deseos. Y además del espectro de la normalidad, existe toda una gama de trastornos caracterizados por hiperactividad, agitación...que indican una incapacidad para relajarse, para contener su propia excitación, asociándose en algunos casos con dificultades emocionales. Dentro de estas situaciones podemos encontrar sintomatología reactiva a una situación dada, o por el contrario constituir un conflicto más permanente, con graves consecuencias para el desarrollo psíquico del niño y del adolescente. En todo caso corresponden a comportamientos interactivos con el entorno, debiendo siempre enmarcarlos dentro de una dimensión relacional²³.

DEFINICIÓN DE LOS TÉRMINOS UTILIZADOS EN ESTA GUÍA

Para la definición de los términos utilizados en esta guía nos remitimos a los conceptos de TDA-H, niño y adolescente, deterioro, dominios y ámbitos de la guía NICE¹.

Concepto de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

El TDA-H es un “síndrome conductual heterogéneo caracterizado por los síntomas centrales de inatención, hiperactividad e impulsividad”²¹. (Ver anexos 1 y 2 para las definiciones y diferencias entre los sistemas clasificatorios internacionales y la clínica).

Consideraciones¹:

- No toda persona con TDA-H tiene todos estos síntomas. Mientras que algunas personas son predominantemente hiperactivas e impulsivas, otras son principalmente inattentas.
- Los síntomas del TDA-H se distribuyen por toda la población y varían en cuanto a su gravedad.
- Sólo deben diagnosticarse de TDA-H aquellas personas que tienen al menos un deterioro psicológico, social y/o educativo u ocupacional moderado en múltiples ámbitos (familiar, escolar y/o social).
- Determinar la gravedad del trastorno debe ser un aspecto del juicio clínico, en el que se tendrá en cuenta la gravedad del deterioro, su generalización, los factores individuales y el contexto familiar y social.
- Los síntomas del TDA-H pueden solaparse con síntomas de otros trastornos relacionados, y el TDA-H no puede considerarse un diagnóstico categórico. Por lo tanto es necesario ser cuidadoso en el diagnóstico diferencial.
- Los niños y adolescentes con TDA-H pueden seguir manifestando dificultades en la vida adulta, por lo que se hace necesario un abordaje temprano e integral de éstas.

Definiciones de niño y adolescente

Esta guía abarca el diagnóstico y el manejo del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA-H) en niños de 3 o más años y adolescentes. El término «niño» se refiere a los que tienen entre 3 y 11 años; «adolescentes» se refiere a los que tienen entre 12 y 18 años.

DSM-IV:

4^a edición del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales²². (DSM-V: Se refiere a la nueva edición actualmente en elaboración, pudiendo consultarse online las nuevas propuestas para el TDA-H²³)

CIE-10:

10^a revisión de la clasificación internacional de enfermedades mentales y conductuales²¹.

Deterioro:

Disfunción psicológica, social y/o educacional u ocupacional.

Se puede valorar a través de escalas de funcionamiento como la C-GAS (Child Global Assessment Scale)²⁴, basada en la GAF de adultos, y de la que existe una versión en español.

Dominios:

Se refieren a un tipo de funcionamiento social o personal en el que las personas habitualmente alcanzan competencia, como logros en sus tareas escolares o del hogar, tratar con riesgos físicos y evitar riesgos habituales; y formar relaciones positivas con la familia y los pares.

Ámbitos:

El hogar, el centro educativo o el trabajo y la clínica.

TDA-H moderado:

Cuando los síntomas de hiperactividad/impulsividad y/o inatención, o los tres, se dan conjuntamente y se asocian con un deterioro al menos moderado en múltiples ámbitos y múltiples dominios.

TDA-H grave:

Se corresponde aproximadamente con el diagnóstico CIE-10 de trastorno hipercinético. Se da cuando la inatención, la impulsividad y la hiperactividad están presentes a la vez en múltiples ámbitos, y cuando el deterioro es grave, de modo que afecta a múltiples dominios en múltiples ámbitos.

DIAGNÓSTICO DEL TDA-H

El diagnóstico sólo lo debe hacer un psiquiatra especializado, psicólogo clínico infanto juvenil un neuropediatra, pediatra u otro profesional clínico con formación y experiencia en el diagnóstico del TDA-H y que pueda realizar un diagnóstico diferencial exhaustivo^{1,2,11}.

El diagnóstico debe basarse en:

- *Historia clínica psiquiátrica y del desarrollo completa^{2, 4, 14, 29}. (Ver en Anexo 7 los epígrafes utilizados en la historia clínica consensuada para las USMIJ del SESCAM).*
- *Una evaluación clínica y psicosocial completa. Se debe analizar la conducta y los síntomas en los diferentes dominios y ámbitos de la vida diaria de la persona (Anexos 2 y 7). Para ello se deberá hacer el diagnóstico multiaxial de la CIE- 10. (Anexo 1).*
 - *Como parte del proceso diagnóstico, se debe incluir una evaluación de las necesidades, recursos y fortalezas, los trastornos coexistentes, las circunstancias sociales (adaptación social), familiares (dinámicas familiares, patrones de crianza) y educativas (historia de aprendizajes) u ocupacionales y la salud física del niño^{1-4,11, 14, 29}.*
 - *Debe hacerse también una evaluación de la salud mental de los progenitores o cuidadores^{1,11}.*
- *Evaluación psíquica^{13, 26-29}: (Anexo 7)*
 - *Observación clínica, que puede incluir instrumentos de exploración psicopatológica, así como test proyectivos (dibujo libre, dibujo de la pareja, de la familia, desiderativo, CAT/ TAT...)^{26,27}, y neuropsicológicas orientadas clínicamente^{11, 20} (Anexo 7).*

El diagnóstico no puede basarse en una escala de valoración de atención^{1,2,4,11}.

Las valoraciones neuropsicológicas no sustituyen en ningún caso a la valoración clínica, sino que sirve de apoyo a ésta^{1,2,4,11}.

- *Sólo un grupo de niños con TDA-H presenta alteraciones en las pruebas neuropsicológicas.*
- *Las alteraciones en las pruebas neuropsicológicas no son específicas, pueden deberse a diversos trastornos.*

La valoración neuropsicológica puede ser útil para la planificación del tratamiento^{1,11}.

- *Informes de observadores: Para complementar la evaluación y monitorizar el tratamiento¹¹ puede ser útil el uso de escalas observacionales (ARS, SNAP IV,...) en sus distintas versiones para padres, docentes y adolescentes (Anexo 7).*

No se debe diagnosticar el TDA-H basándose únicamente en escalas observacionales, aunque pueden ser herramientas en el proceso diagnóstico y en el establecimiento de un plan terapéutico¹¹.

- *El diagnóstico debe hacerse cuando los síntomas de hiperactividad/impulsividad y/o inatención¹:*
 - *Cumplen los criterios DSM-IV o CIE-10 (trastorno hipercinético) (Anexo 1), teniendo en cuenta las características evolutivas del niño o adolescente^{1, 2, 9, 10, 13, 20}.*
 - *Están asociados con un deterioro psicológico, social y/o educativo u ocupacional al menos moderado en base a una entrevista y/u observación en múltiples ámbitos, teniendo en cuenta tanto la percepción de los padres como la de los niños o adolescentes^{1, 2}.*
 - *Son generalizados y tienen lugar en al menos en dos ámbitos^{21, 22}.*

Diagnóstico diferencial

La Hiperactividad y/o el Déficit de Atención pueden ser signos o síntomas de diferentes cuadros o situaciones clínicas primarias, con las que hay que hacer un diagnóstico diferencial, o pueden ser coexistentes con otros trastornos ^{1,2,4, 6,11, 12, 18, 29,30} (Anexo 8):

- **Rango de normalidad:** Descartar primero que los síntomas no sean normales para la edad. Hay niños nerviosos, pero dentro de la normalidad; estos niños son vivos, curiosos, lo miran todo, lo toquean, juegan...; estos rasgos son normales, sobre todo en varones en una determinada edad, pero puede desbordar a unos padres en una situación de menor tolerancia a tales manifestaciones (exceso de trabajo, cuadro depresivo en algún parente...).
- **Situaciones psicosociales anómalas:**
 - Niño con falta de normas/ una disciplina arbitraria.
 - Situaciones de vida caóticas (convivencia en un medio familiar caótico y desorganizado, con límites educativos insuficientes, o diversas circunstancias sociales adversas).
- **Deficiencia intelectual**, pudiendo encuadrarse los síntomas en este diagnóstico principal.
- **Como síntoma de un problema emocional y/o trastorno psiquiátrico** (por lo que es muy importante diagnosticar el trastorno primario o, en ocasiones, coexistentes con el trastorno):
 - **Situaciones de ansiedad en el niño:** Se pueden manifestar con gran inquietud, pero suelen ser períodos cortos, de aparición más repentina y que por lo general se puede ver con facilidad el factor desencadenante (operación quirúrgica, separación de la familia, examen, nacimiento de hermano...).
 - **Trastornos afectivos en el niño y adolescente:** Son los trastornos del humor o llamados también tímicos. En niños a partir de los 3- 4 años, pudiendo aparecer alternativamente

sintomatología depresiva (tristeza, repliegue en sí mismo, enlentecimiento de las ideas, vacío del pensamiento...), excitación (con hiperactividad, agitación, exceso de imaginación y/o de ideación...).

- **Cuadros más claramente maníacos o hipomaníacos (Anexo 8d):** Caracterizados por hiperactividad, verborrea, agitación, exceso de ideación,...
- **Patología límites o trastornos de personalidad (Anexo 8c):** correspondiendo en la clasificación de la CIE 10 a diversos trastornos.
- **Esquizofrenia**
- **Autismo y otros trastornos del espectro autista.**
- **Determinadas enfermedades orgánicas,** entre las que destacan: alteraciones tiroideas, intoxicaciones, diversos tratamientos farmacológicos, problemas neurológicos, trastornos auditivos periféricos o centrales...
-

PRIORIDADES CLAVE EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL TDA-H DESDE SALUD MENTAL

- FUNCIONAMIENTO DE UN EQUIPO ESPECÍFICO FUNCIONAL, FORMADO POR PSICÓLOGO INFANTOJUVENIL, PSIQUIATRA INFANTO- JUVENIL, ENFERMERA/O ESPECIALIZADO.
- ESTE EQUIPO DEBERÁ:
 - MANTENER ACTUALIZADO ESTE PROTOCOLO, INTRODUCIENDO LAS CORRECCIONES QUE SEAN NECESARIAS PERIÓDICAMENTE.
 - REALIZAR UNA EVALUACIÓN CONTINUADA DE LOS PROCESOS Y RESULTADOS.
 - CREAR UN SISTEMA DE EVALUACIÓN CONTINUADA DEL PROGRAMA.
 - DESARROLLAR PROGRAMAS DE FORMACIÓN CONTINUADA PARA EL DIAGNÓSTICO Y EL MANEJO DEL TDA-H DESTINADO A PROFESIONALES DE SALUD MENTAL, PEDIATRÍA, SERVICIOS SOCIALES, EDUCACIÓN, ATENCIÓN PRIMARIA Y OTROS PROFESIONALES QUE TENGAN CONTACTO CON PERSONAS CON TDA-H.
 - PROMOVER PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CONJUNTOS SOBRE ESTA PROBLEMÁTICA, EN EL ÁREA SANITARIA
- LOS PROFESIONALES DEBEN PODER OFRECER UN PLAN DE TRATAMIENTO MULTIMODAL, INTEGRAL Y DISEÑADO INDIVIDUALMENTE PARA EL NIÑO O ADOLESCENTE Y SUS FAMILIAS.
- EL PLAN DE TRATAMIENTO SE ADAPTARÁ A LAS NECESIDADES Y CARACTERÍSTICAS DE CADA INDIVIDUO:
 - SE OFRECERÁ INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA INDIVIDUAL O GRUPAL DISEÑADA DE FORMA INDIVIDUALIZADA SEGÚN LAS NECESIDADES Y PREFERENCIAS DE CADA NIÑO-ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
 - EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TDA-H SIEMPRE DEBE FORMAR PARTE DE UN PLAN DE TRATAMIENTO MULTIMODAL COMPLETO QUE INCLUYA INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS ORIENTADAS A LAS NECESIDADES DE CADA CASO, SOCIALES Y EDUCATIVAS.
 - CUANDO SE HA TOMADO LA DECISIÓN DE TRATAR A LOS NIÑOS O ADOLESCENTES CON TDA-H CON FÁRMACOS, LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEBEN TENER PRESENTE¹:
 - METILFENIDATO PARA EL TDA-H SIN COMORBILIDAD SIGNIFICATIVA O CON TRASTORNO DE CONDUCTA COMÓRBIDO
 - CONSIDERAR ATOMOXETINA DE PRIMERA ELECCIÓN CUANDO TENGAN LUGAR TICS, SÍNDROME DE TOURETTE, TRASTORNO DE ANSIEDAD, ABUSO DE ESTIMULANTES O RIESGO DE INTERCAMBIO DE ESTIMULANTES; O SE HA PROBADO METILFENIDATO Y HA SIDO INEFICAZ A LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA, O NO SE HAN TOLERADO DOSIS BAJAS O MODERADAS
- LOS DOCENTES QUE HAYAN RECIBIDO FORMACIÓN ACERCA DEL TDA-H Y SU MANEJO PUEDEN REALIZAR INTERVENCIONES CURRICULARES Y NO CURRICULARES, COMO MEDIDAS CONDUCTUALES, EN EL AULA PARA AYUDAR A LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TDA-H.
- ES ESENCIAL UNA BUENA COMUNICACIÓN RESPALDADA POR INFORMACIÓN AMPLIA Y CONTRASTADA PARA PERMITIR QUE LAS PERSONAS TOMEN DECISIONES ACERCA DE LA ATENCIÓN QUE RECIBEN UNA VEZ HAYAN SIDO INFORMADAS.

PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO Y LA ATENCIÓN

(De acuerdo con los principios del tratamiento y la atención de la guía NICE¹)

Desarrollar una relación de respeto, comprensión y consentimiento

Desarrollar una relación de confianza con todas las personas con TDA-H y sus familias o cuidadores:

- Respetando su experiencia del TDA-H
- Siendo sensibles al estigma en relación con la enfermedad mental.

Durante la evaluación y la atención de niños o adolescentes con TDA-H los profesionales deben:

- Permitirles que den su propia versión de cómo se sienten y registrarla en la historia.
- Implicarles a ellos y a su familia o cuidador en las decisiones del tratamiento.
- Tener en cuenta las expectativas y temores ante el tratamiento, de modo que los cuidadores o el adolescente puedan dar su consentimiento basado en la información que se les aporte de forma rigurosa y realista antes de iniciar aquel.
- Ser capaces de evaluar la comprensión que tiene el adolescente de aspectos relacionados con el TDA-H y su tratamiento.

Trabajar con los niños y adolescentes con TDA-H y los progenitores o cuidadores para anticipar cambios importantes en su vida ante los que puedan ser más vulnerables (como la pubertad, empezar el colegio, el nacimiento de un hermano) y organizar sus apoyos personales y sociales.

Consentimiento

Garantizar durante el tratamiento y la atención al menor con TDA-H el respeto y correcto ejercicio de los derechos y libertades reconocidos en la Constitución, Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas de 20 de noviembre de 1989, Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor, Ley 3/1999, de 31 de marzo, del Menor de Castilla la Mancha y demás ordenamientos jurídicos:

- Informar al menor, incluso en caso de incapacidad, sobre la actuación sanitaria a realizar en la cantidad y calidad adecuadas a su capacidad de comprensión; igualmente serán informados sus familiares en la medida que el paciente lo permita, siempre partiendo de la premisa de la capacidad del menor (Basado en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación Clínica).
- Legitimar la actuación sanitaria a través del consentimiento informado del paciente siempre que sea mayor de 16 años, esté emancipado o, por debajo de esa edad y mayor de 12 años, tenga la capacidad intelectual y emocional para comprender el alcance del tratamiento (en todos estos casos siempre que no sea incapaz o esté incapacitado). En el resto de los supuestos se otorgará el consentimiento por representación. (Ley 41/2002, de 14 de noviembre).
- Respetar el derecho a la intimidad del paciente a través de la confidencialidad de sus datos de salud, pudiendo informar a sus padres sin su consentimiento sólo cuando existan dudas razonables sobre su madurez y siempre en aras a la protección del interés del menor. (Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

Proporcionar información

Proporcionar a las personas con TDA-H y a sus familias o cuidadores información relevante, rigurosa, crítica y apropiada a la edad, acerca del diagnóstico, evaluación, apoyo, tratamiento psicológico, tratamiento farmacológico y posibles efectos secundarios y expectativas. (Información útil para las familias: Anexo 3).

Tras la evaluación en la USMIJ las familias tienen derecho a recibir un informe de devolución que incluya la orientación diagnóstica y terapéutica. Se considerará un criterio de calidad la realización de un diagnóstico multiaxial.

En el trabajo con los padres o cuidadores se hace necesario un trabajo conjunto con las asociaciones de padres y pacientes de TDA-H del área en la elaboración de planes formativos desde Salud Mental, así como en la elaboración de las guías para padres.

Apoyo para las familias

Valorar las repercusiones de los síntomas en la dinámica familiar y explorar las posibles preocupaciones y temores de los padres ante los mismos.

Evaluación y apoyo de las necesidades personales, sociales y de salud mental de la familia.

Orientar sobre estilos de crianza funcionales y modelos de relación positivos.

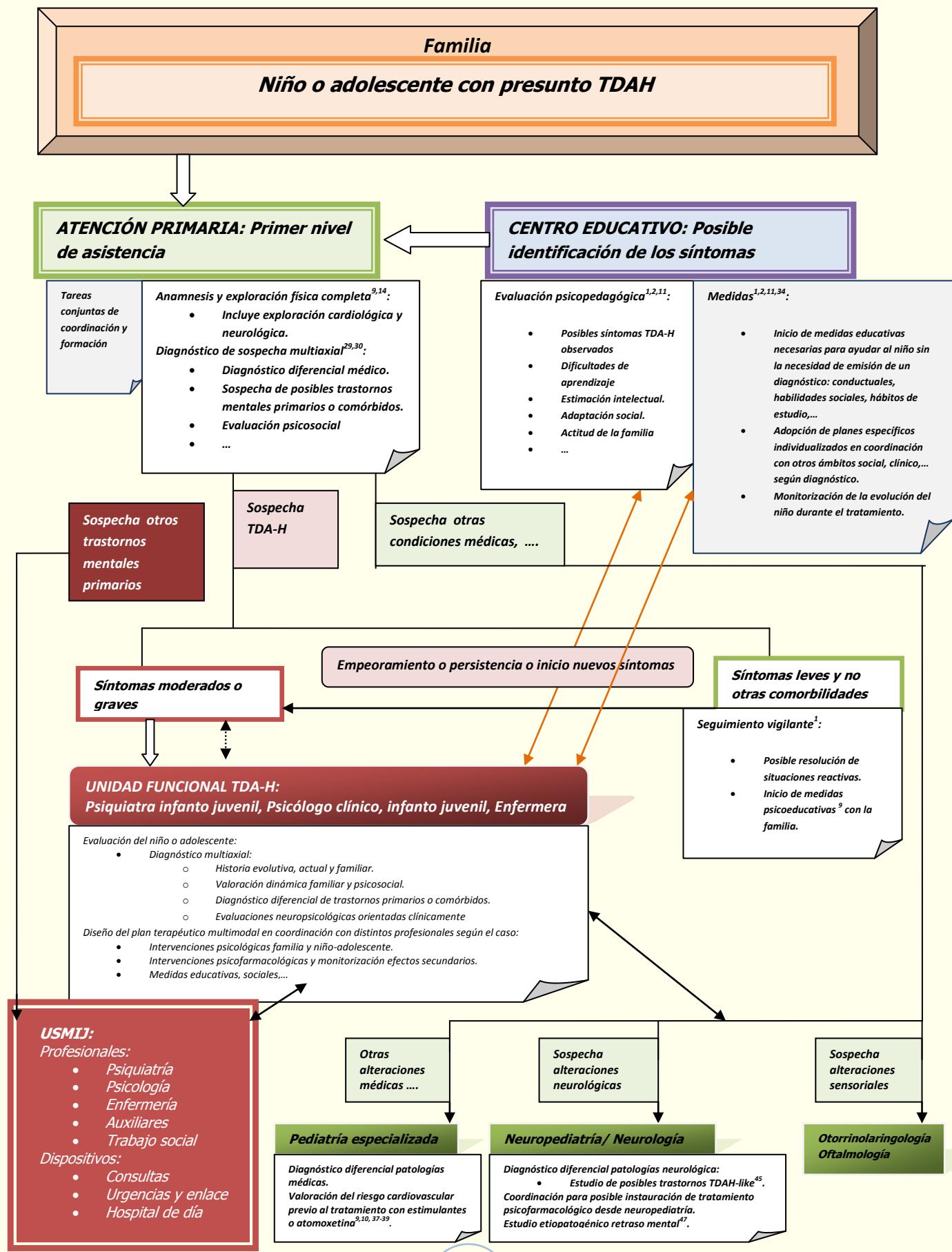
Desculpabilizar.

Asesoramiento después del diagnóstico

- *Se proporcionará a los progenitores o cuidadores una orientación adecuada a sus necesidades, en formato individual o grupal, y según el caso, con finalidad terapéutica o psicoeducativa.*

SECUENCIA DE LA ATENCIÓN DE UN PACIENTE CON SOSPECHA DE TDA-H

Existen varios niveles en la atención de un niño con sospecha de TDA-H. El diagnóstico de sospecha de TDA-H puede partir de la familia, el niño o adolescente, el colegio o atención primaria. El centro escolar es con frecuencia el primer escalón de donde parte la sospecha de TDA-H. Además, dado que algunas características del trastorno se manifiestan especialmente en el ámbito escolar, es importante que se realice una evaluación psicopedagógica del niño, que será fundamental durante el proceso de evaluación y diagnóstico del niño o adolescente y de cara al diseño del plan terapéutico¹¹. El diagnóstico de TDA-H es exclusivamente clínico y debe ser realizado por un facultativo con entrenamiento en el diagnóstico y manejo del TDA-H y el diagnóstico diferencial de sus posibles comorbilidades. Dentro del ámbito clínico existen dos niveles de atención: primaria y secundaria. Es fundamental la existencia de protocolos compartidos por atención primaria y secundaria². Des de primaria se inicia la evaluación clínica del paciente, incluyendo anamnesis, exploración física completa (incluyendo exploración neurológica y cardiológica) y aproximación diagnóstica multiaxial. Durante el proceso de evaluación en primaria se pueden sospechar otros trastornos mentales primarios o comórbidos^{8-10, 14, 29} susceptibles de derivación a la USMIJ para su valoración y tratamiento. En la evaluación física del paciente se pueden sospechar alteraciones médicas específicas^{8-10, 14, 29}, como las neurológicas o cardiológicas, que pueden requerir la derivación del paciente a los servicios correspondientes de atención secundaria para estudio y eventual tratamiento. Ante la constatación de síntomas de TDA-H que provoquen un deterioro leve se puede adoptar, según criterio clínico, una actitud conservadora de seguimiento vigilante y adoptando medidas psicoeducativas. En caso de la detección de un deterioro moderado o grave el paciente se va a beneficiar de la adopción de un plan de tratamiento multimodal que incluya medidas educativas, intervenciones psicológicas orientadas a las necesidades del paciente y su familia y tratamiento psicofarmacológico^{1, 11}, y medidas sociales según el caso. La evaluación del caso con sospecha de TDA-H y el diseño del plan terapéutico multimodal se coordina desde la Unidad Funcional de TDA-H, incluida en la USMIJ. El tratamiento para el TDA-H no debería instaurarse sin haber realizado una evaluación diagnóstica de posibles trastornos mentales primarios o comórbidos^{1, 2, 4, 611}. El paciente puede acceder a la Unidad Funcional de la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil también derivado desde atención secundaria pediatría o neuropediatría. Una vez en salud mental es fundamental la coordinación con los distintos servicios médicos, educativos y sociales según el caso. Así, según exploración o historia personal y /o familiar, se solicitará interconsulta a los distintos servicios colaboradores: Otorrinolaringología y oftalmología ante sospecha de alteraciones sensoriales, neuropediatría ante sospecha de posibles alteraciones neurológicas incluyendo el posible estudio etiopatogénico del retraso mental que eventualmente se pueda diagnosticar durante el proceso de evaluación. Si se decide instauración de tratamiento farmacológico, se han de evaluar posibles contraindicaciones médicas (insuficiencia hepática, epilepsia,...) y valoración del riesgo cardiovascular Warren⁴¹ que incluye una historia clínica personal y familiar detallada, así como la exploración cardiológica del paciente y eventual realización e interpretación de pruebas complementarias orientadas clínicamente, que se podrá realizar desde atención primaria o secundaria, según edad y características del paciente.

Algoritmo de la atención a un paciente con sospecha de TDA-H


Centro educativo: Posible identificación y derivación a atención primaria

Cada centro educativo se guiará por los protocolos y guías de educación correspondientes³³.

Desde la clínica se hacen las siguientes recomendaciones (información de interés para actuación en el centro educativo con el TDA-H: anexo4):

- Debe evitarse la realización de un screening para el TDA-H a todos los alumnos, en los centros educativos o guarderías.
- Desde el centro educativo se puede realizar una primera aproximación o detección sobre el trastorno, sin sobredimensionarlo. Para ello desde los centros educativos, resulta fundamental:
 - Mantener una formación y conocimientos básicos sobre el TDA-H (sintomatología, concurrencia con conductas disruptivas, manifestaciones en distintas edades...) y ser capaces de dar respuesta a cuestiones sobre posibles síntomas de sospecha y nivel de deterioro en el niño.
 - Conocer guías publicadas en este sentido para formación básica y asistencia del niño con TDA-H en el centro educativo.
 - El docente del niño /adolescente, ante la sospecha de casos con sintomatología de TDA-H, deberá derivar al orientador del centro educativo, que está facultado para realizar una evaluación psicopedagógica del niño que puede incluir:
 - Segundo sospecha y teniendo en cuenta historia curricular, es fundamental descartar deficiencia intelectual y discriminar retrasos específicos en el aprendizaje (trastornos específicos en lectoescritura, cálculo, etc.), que pueden ser concomitantes, pero que no formarían parte del TDA-H.
 - Evaluar el comportamiento del niño en más de un contexto escolar (aula, recreo, talleres...).
 - En la aproximación a la sospecha clínica del TDA-H pueden ser útiles escalas observacionales (Conners, SNAP IV,...).
 - Una vez realizada la evaluación y formulado el diagnóstico psicopedagógico, podrán establecerse medidas de primera instancia que ayuden al niño en el mejor ajuste escolar y en la potenciación de sus capacidades, tales como intervenciones en el aula, diseñadas y adecuadas a las características del caso, aún en espera o independientemente del diagnóstico clínico si se puede ver beneficiado por éstas^{34,35}.
 - Se puede orientar a los padres sobre establecimiento y fomento de hábitos en casa,...según las características del niño.
 - Si las características del caso así lo aconsejan, informar a los padres sobre la derivación a su pediatra o médico de Atención Primaria, para su evaluación clínica, adjuntando para ello la correspondiente valoración psicopedagógica realizada al niño, fundamental para el establecimiento de un diagnóstico y plan terapéutico^{1,11,114}.
 - El diagnóstico de TDA-H es exclusivamente clínico³³ y por tanto ha de realizarse desde la clínica por facultativos entrenados en el TDA-H y en su posible diagnóstico diferencial y/o de comorbilidades.
 - Una vez realizada la derivación, se establecerán en cada caso los mecanismos de coordinación e interconsulta entre los dispositivos educativo y sanitario, para establecer conjuntamente el seguimiento de cada niño o adolescente, así como unificar criterios de intervención, y con el

consentimiento de los padres, facilitar información útil para el centro educativo sobre las características del niño y el plan terapéutico.

HABILIDADES EN DETECCIÓN DE SOSPECHA DE TDA-H QUE DEBERÍA TENER EL PROFESIONAL DEL EQUIPO DE ORIENTACIÓN:

- RECONOCIMIENTO DE LOS SÍNTOMAS DIANA (HIPERACTIVIDAD, IMPULSIVIDAD, INATENCIÓN) DEL TDA-H Y DE LA CONDICIÓN NECESARIA DE QUE HAYAN ESTADO PRESENTES DESDE LA INFANCIA Y ANTES DE LOS 7 AÑOS.
- CONSIDERAR QUE LOS SÍNTOMAS DEBEN OCURRIR EN VARIOS AMBIENTES DEL NIÑO (CASA, CENTRO EDUCATIVO, CONSULTA)
- RECORDAR QUE LAS ESCALAS OBSERVACIONALES POR SÍ SOLAS CARECEN DE VALOR DIAGNÓSTICO (SIEMPRE SE REQUIERE DE UNA EVALUACIÓN CLÍNICA POR FACULTATIVO EXPERIMENTADO).
- VALORAR, EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE, LA PROBABLE, INCIDENCIA DE OTROS FACTORES (MÉDICOS, PSIQUIÁTRICOS, PSICOSOCIALES) QUE PUEDAN EXPLICAR, AL MENOS EN PARTE, LA SINTOMATOLOGÍA HIPERACTIVA.
 - CONCRETAMENTE, FACTORES PRECIPITANTES COMO LOS CAMBIOS RECIENTES EN LA VIDA DEL NIÑO HACEN MENOS PROBABLE EL DIAGNÓSTICO DE TDA-H.

Si se sospechan síntomas de TDA-H desde el centro educativo, se debería derivar al niño o adolescente a atención primaria, el médico de primaria y/o pediatra, que será quien haga la derivación al nivel especializado.

Nivel 1 de asistencia: Atención primaria

Pasos para el diagnóstico de sospecha de TDA-H multiaxial:

Para la elaboración de este epígrafe se han revisado diversos protocolos y guías de atención primaria^{8-10, 14, 30, 36,37}.

Paso 0: Anamnesis

- *Anamnesis completa: Datos sobre embarazo, parto, desarrollo psicomotor, historia de enfermedades médicas personales y familiares (especialmente cardiológicas, tiroideas), abuso o exposición a tóxicos, historia de enfermedades psiquiátricas personales y familiares,... (Anexo 5)*

Paso 1: Diagnóstico de sospecha en Eje I según CIE-10/DSM IV

- *Diagnóstico de sospecha TDA-H:*
 - *Presencia de síntomas de TDA-H: Pueden ser útiles las escalas (Conners, SDQ, SNAP IV,...).*
 - *Criterio temporal (más de seis meses, según DSM-IV)*
 - *Los síntomas deben tener un impacto significativo en al menos dos dominios del niño-adolescente: Familiar, educativo u ocupacional y/o social*

Actuación Impacto leve:

Observación clínica de las dificultades.

- A veces atienden a reacciones a cambios en el entorno u
- Otro tipo de trastornos adaptativos

Actuación Impacto moderado-severo:

Derivación a Unidad Funcional TDAH

- *Diagnóstico de exclusión.*
 - *El diagnóstico de sospecha mediante exploración clínica, información de familiares, historia familiar de enfermedad mental y uso de escalas y criterios de alarma: TEA, Psicosis, Depresión, Ansiedad, (CHAT, CDI, STAIC,...)*

Actuación ante dificultades:

Derivación a Unidad Funcional TDAH

Pasos dos y tres: Aproximación diagnóstica al Eje II y Eje III:

- *Historia evolutiva del niño y valoración desde el equipo de orientación psicopedagógica correspondiente¹¹⁴.*

Paso cuatro: Aproximación diagnóstica al Eje IV CIE-10:

- Señalar la concurrencia de enfermedades físicas en el niño y aproximarse al diagnóstico diferencial con entidades médicas mediante anamnesis y exploración física completa orientada.
 - Exploración física completa incluyendo exploración neurológica y cardiológica y de posibles signos que orienten a enfermedades genéticas, endocrinas, metabólicas,...
 - Valorar necesidad de pruebas complementarias en función de sospecha diagnóstica o posible tratamiento y/o derivación a pediatría hospitalaria: peso, talla, presión arterial, frecuencia cardíaca, analíticas, EEG,...

Actuación:
Derivación a Pediatría especializada y/o Neuropediatria para valoración clínica y pruebas complementarias.

Paso cinco: Aproximación diagnóstica al Eje V: Valoración situación psicosocial del niño:

- Evaluar características psicosociales de la familia: familias disfuncionales, abuso de tóxicos, pobre relación con pares, estrategias de crianza inadecuadas,... (todas ellas condiciones que no mejoran con medicación).

HABILIDADES EN DETECCIÓN DE SOSPECHA DE TDA-H QUE DEBERÍA TENER EL PROFESIONAL DEL NIVEL 1:

- CONOCIMIENTO PROFUNDO SOBRE LOS PATRONES EVOLUTIVOS DE DESARROLLO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.
- HABILIDAD PARA DIFERENCIAR COMPORTAMIENTOS Y SÍNTOMAS DE TDA-H DE LOS PATRONES NORMALES DE FUNCIÓN COGNITIVA Y DE COMPORTAMIENTO APROPIADOS A LA EDAD DEL NIÑO O ADOLESCENTE.
- TENER CONOCIMIENTOS SOBRE LOS RECURSOS ASISTENCIALES PARA EL TDA-H.
- HABILIDAD PARA IDENTIFICAR Y DAR ASISTENCIA A LOS POSIBLES FACTORES PREDISPONENTES MÉDICOS COMO SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL, PREMATURIDAD EXTREMA, O CONDICIONES COEXISTENTES COMO LA EPILEPSIA.
- HABILIDAD PARA IDENTIFICAR Y ASISTIR LA CONTRIBUCIÓN DE ADVERSIDADES SOCIO FAMILIARES INCLUYENDO ABUSO Y NEGLIGENCIA

No se debe diagnosticar el TDA-H sin haber realizado un diagnóstico diferencial de posibles trastornos mentales primarios o comórbidos^{1, 2,11}.

(La guía SIGN considera imprescindible la valoración por Salud Mental para esta evaluación²)

Si un niño o adolescente está recibiendo tratamiento farmacológico para el TDA-H iniciado fuera del circuito sanitario público y sin seguimiento del mismo, y no ha sido todavía evaluado en atención secundaria, sería aconsejable la derivación al facultativo especialista en TDA-H y sus posibles comorbilidades para valoración y seguimiento.

Posibles funciones de otras especialidades médicas en el programa:

Para la elaboración de esta sección se han consultado varias guías y artículos científicos^{9, 10, 38-45}. Los pacientes pueden entrar en el programa derivados desde otras especialidades médicas (Anexo 6).

Pediatría hospitalaria/ Medicina interna

- Los pacientes pueden entrar en el programa a través de derivaciones realizadas por pediatras o especialistas en medicina interna que sospechen síntomas de TDA-H.
- Se ha de realizar una labor conjunta de coordinación y formación.
- Funciones específicas:
 - En el diagnóstico: Según orientación clínica, consulta para diagnóstico diferencial con patologías médicas.
 - En el tratamiento:
 - En general no se debería instaurar tratamiento farmacológico desde pediatría o medicina interna sin evaluación de posible diagnósticos diferenciales y posibles comorbilidades^{1, 2, 11}.
 - Previo al tratamiento farmacológico valoración para descartar posibles contraindicaciones médicas del tratamiento farmacológico:
 - * Anamnesis y exploración física incluyendo exploración cardiológica y neurológica.
 - (a) Valoración de riesgo cardíaco para tratamiento con estimulantes o atomoxetina⁴¹.
 - * Apoyo en pruebas complementarias según orientación clínica:
 - (a) Electrocardiograma (ver controversias en anexos): En general según EMEA se debe realizar si existen indicadores de riesgo cardíaco a través de la historia personal o familiar del paciente y/o de su exploración física^{11, 32}.
 - (b) Analíticas: Según orientación clínica, no de rutina^{1, 2, 11}.
 - (i) Puede ser recomendable la realización de pruebas analíticas previas al inicio del tratamiento psicofarmacológico con el doble objetivo de:
 1. Diagnóstico diferencial médico orientado por la clínica (por ejemplo hormonas tiroideas en alteraciones tiroideas, receptores solubles de transferrina o ferritina en síndrome de piernas inquietas,...).
 2. Para el establecimiento de valores analíticos basales para el seguimiento posterior durante el tratamiento farmacológico³² y la discriminación de posibles efectos adversos (por ejemplo hipotiroidismo y leucopenia con metilfenidato, o disfunción hepática con atomoxetina).

Otorrinolaringología y oftalmología

- Las alteraciones sensoriales forman parte del diagnóstico diferencial médico del TDA-H, por lo que ante la sospecha de las mismas se debe hacer una interconsulta con los servicios correspondientes de ORL y/o oftalmología, que evaluarán al paciente y realizarán las pruebas complementarias que consideren indicadas².

- En pacientes no evaluados previamente por oftalmología y con posible sospecha de alteraciones en la agudeza visual, en nuestra unidad existe la posibilidad de la realización de un primer screening por enfermería, con la supervisión del servicio de oftalmología.

Neuropediatría/ Neurología

Funciones específicas de neurología/neuropediatría

- Una de las funciones del neurólogo es el diagnóstico diferencial de patología neurológica que cursa con manifestaciones propias del TDA-H (las llamadas por algunos "TDA-H-like")⁴⁶ (Anexo 6).
- A través de la evaluación clínica y neuropsicológica del niño en Salud Mental, se puede realizar el diagnóstico de retraso mental, que requerirá una evaluación médica para hacer una aproximación etiopatogénica⁴⁸ (anexo 6).
- La realización de pruebas complementarias (como el EEG, neuroimagen, cariotipo, estudio de potenciales evocados, enfermedades metabólicas,...) deben estar guiadas por la clínica y sustentadas por esta^{1, 2, 4,11}, para facilitar interpretaciones de los resultados en contexto clínico. También se considera el uso con fines de investigación (previa información y consentimiento del paciente y su familia en menores de edad o tutelados).
- Aunque los pacientes con daño cerebral adquirido y síntomas TDA-H like se podrían beneficiar del tratamiento con estimulantes, éste se debe iniciar siempre a dosis bajas y el escalado ha de ser muy lento, dado que pueden ser más sensibles a efectos secundarios⁴⁶.
- Se valorará en cada caso si es apropiado el seguimiento de esta medicación desde Neurología o desde Salud Mental.

Nivel 2 de Asistencia: Salud Mental

- *El diagnóstico de TDA-H en niños y adolescentes sólo lo debe llevar a cabo un psiquiatra o psicólogo clínico infanto juvenil, pediatra o neuropediatra con formación y experiencia en el diagnóstico de TDA-H y en sus posibles diagnósticos diferenciales y/o comorbilidades.*
- *Desde este nivel se puede coordinar y poner en marcha el abordaje multimodal del niño o adolescente con TDA-H, siguiendo las directrices de los epígrafes a continuación descritos.*
- *La unidad funcional clínica que se encarga del programa de diagnóstico y atención al TDA-H está formada por psiquiatra, psicólogo y DUE que trabajarán conjuntamente en la elaboración del plan terapéutico, en coordinación con otros profesionales implicados de los ámbitos sanitarios, educativos y sociales.*
- *Cada profesional además tendrá unas tareas específicas.*

HABILIDADES EN DIAGNÓSTICO DE TDA-H QUE DEBERÍA TENER EL PROFESIONAL DEL NIVEL 2:

- **LAS HABILIDADES REQUERIDAS PARA EL NIVEL 1.**
- **HABILIDAD PARA TRATAR Y DIFERENCIAR LOS COMPORTAMIENTOS Y SÍNTOMAS DEL TDA-H DE OTROS PATRONES COGNITIVO COMPORTAMENTALES EN OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO.**
- **HABILIDAD PARA IDENTIFICAR Y TRATAR LA CONTRIBUCIÓN DE OTROS TRASTORNOS MENTALES.**
- **CONOCIMIENTOS PARA TRATAR DE FORMA ADECUADA Y DESDE UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR EL TDA-H.**

TRATAMIENTO Y MANEJO DEL TDA-H:

Generalidades

Generalidades (siguiendo el esquema de la guía NICE¹) (anexos 8, 9 y 10)

Previamente al diseño del plan terapéutico se llevarán a cabo las evaluaciones clínicas y complementarias pertinentes, con el objetivo de realizar un cuidadoso diagnóstico diferencial con entidades médicas y psiquiátricas y un diagnóstico de TDA-H fiable.

Una vez realizada la evaluación de cada caso y establecido el diagnóstico diferencial, la unidad funcional decidirá para cada caso una propuesta de tratamiento que propondrá a cada niño.

- Padres y niños se deben incluir en la discusión de las opciones de tratamiento siempre que esto sea posible^{1,2,11}.

El plan terapéutico ha de ser individualizado (planificado de acuerdo a las necesidades, recursos y preferencias del paciente y su familia), integral (abordaje psicológico de las dificultades observadas clínicamente en el niño, orientación familiar +/- abordaje psicofarmacológico, coordinación con la escuela para medidas educativas,...), y multidisciplinar (psicólogo, psiquiatra y DUE de referencia en coordinación con médico de atención primaria, educación, servicios sociales +/- especializada)^{1,11}.

Es importante la coordinación con el centro educativo para establecer un plan conjunto de actuación, con el consentimiento de los padres.

- Desde el centro educativo se pueden poner en marcha las intervenciones pertinentes, adecuadas e individualizadas en cada caso³³.

Niños en edad preescolar:

- En todos los casos se valorarán las dificultades de organización psíquica del niño, debiendo, si se evidencian alteraciones claras, instaurar un abordaje adecuado con el niño y sus familias que, según cada caso, será individual o grupal.
 - En los casos más graves, con alteración importante de las relaciones, se valorará la necesidad de tratamiento en Hospital de Día.
- No se recomienda en general el tratamiento farmacológico con estimulantes o atomoxetina^{1,2,11} (no existen suficientes evidencias científicas que avalen su uso ni tiene indicación autorizada).
- Si el tratamiento ha sido efectivo, antes de dar el alta en atención secundaria, se debe:
 - Revisar con el niño y con sus progenitores o cuidadores y hermanos, la presencia de síntomas residuales y desarrollar un plan de tratamiento para ellos si es preciso.
 - Monitorizar la recurrencia de síntomas de TDA-H y el deterioro asociado una vez que el niño inicie la escolarización.

Niños en edad escolar y adolescentes con TDA-H moderado y deterioro moderado:

- En todos los casos se valorará las dificultades de organización psíquica del niño, debiendo, si se evidencian alteraciones claras, instaurar un abordaje adecuado con el niño y sus familias que, según cada caso, será individual o grupal.

- En los casos más graves, con alteración importante de las relaciones, se valorará la necesidad de tratamiento en Hospital de Día.
- No se recomienda el tratamiento farmacológico de primera línea¹.
 - Se debe reservar el tratamiento farmacológico, si se precisa, como parte de un programa integral para niños y adolescentes con deterioro moderado tras la instauración de una intervención adecuada para progenitores y un tratamiento psicológico para el niño¹.
 - Las guías SIGN², la AACAP⁴ y la GPC del Sistema Nacional de Salud¹¹ recomiendan en casos de clínica y deterioro moderado, la terapia combinada (psicológica para padres y niños y farmacológica) de primera elección, reservando el tratamiento psicológico como terapia única en los casos en que: 1) Existe una negativa al tratamiento farmacológico por parte de la familia; 2) En casos de discrepancias marcadas entre las informaciones de la familia y de la escuela o diagnóstico incierto.
- Si el tratamiento ha sido efectivo, antes de dar el alta en atención secundaria, se debe:
 - Revisar con el niño y con sus progenitores o cuidadores y hermanos, la presencia de síntomas residuales y desarrollar un plan de tratamiento para ellos si es preciso; y
 - Monitorizar la recurrencia de síntomas de TDA-H y anticipar posibles situaciones de vulnerabilidad (cambios de medio, conflictos ligados a la pubertad y adolescencia...).

Niños en edad escolar y adolescentes con TDA-H grave (trastorno hipercinético) y deterioro grave:

- En todos los casos se valorará las dificultades de organización psíquica del niño, debiendo, si se evidencian alteraciones claras, instaurar un tratamiento psicoterapéutico adecuado y se ofrecerán a los padres intervenciones psicológicas adecuadas, por ejemplo en formato de grupos psicoeducativos.
 - En los casos más graves, con alteración importante de las relaciones, se valorará la necesidad de tratamiento en Hospital de Día.
- Se recomienda el tratamiento farmacológico de primera línea, según necesidades y preferencias del paciente y la familia, como parte de un programa integral que incluya la intervención psicológica para padres y niños^{1,2,11}.
- Si el tratamiento farmacológico no es aceptado, se debe asesorar a los progenitores o cuidadores y al niño sobre el mismo.
- Si el plan terapéutico no es efectivo hay que reevaluar diagnóstico en los V ejes.

Otras intervenciones:

- Es necesario enfatizar el valor de una dieta equilibrada, una buena nutrición y el ejercicio regular para los niños y adolescentes con TDA-H, como parte de las recomendaciones generales al niño sano.
- Las evidencias científicas hasta la fecha no han demostrado que las medidas dietéticas sean efectivas en el TDA-H:
 - No se recomienda la eliminación de colorantes artificiales y aditivos de la dieta como un tratamiento de aplicación general en el tratamiento del TDA-H.
 - Se valorará en cada caso individual la posible relación entre el empeoramiento de los síntomas y determinados patrones alimentarios^{1,11}.
 - No se recomiendan los suplementos de ácidos grasos en la dieta para el tratamiento del TDA-H.

Intervención psicológica

Algoritmo de intervención

No es TDA-H:

- No se incluye en el programa de TDA-H
- Continúa en seguimiento y tratamiento en la USMIJ

Sí es TDA-H:

- Programa grupal psicoeducativo para padres.
- Intervención psicoterapéutica en niños:
 - Individual
 - Grupal
- Intervención coordinada en medio escolar
- Posibilidad de combinar con tratamiento farmacológico según el caso.

Los pacientes que tras evaluación clínica se descarta TDA-H y requieren de una intervención en salud mental se incorporan al circuito habitual de asistencia en USMIJ.

Los pacientes que tras evaluación clínica son diagnosticados de TDA-H comórbido o no con otros trastornos o bien se considera que por sus síntomas se pueden beneficiar de intervención específica, son incorporados al programa de tratamiento del TDA-H, que incluye intervención con padres intervención psicoterapéutica individual +/- grupal del niño o adolescente (anexo 9).

- Aunque la eficacia de las intervenciones psicológicas sobre los síntomas cardinales del TDA-H parecen tener una eficacia limitada, han mostrado en cambio mejoras en otros aspectos como la conducta disruptiva, las habilidades de lectura, los síntomas internalizados, las interacciones con iguales y las relaciones padres-hijos¹⁵⁻¹⁷ (Ver revisión anexo 9).

Intervención psicoterapéutica individual

Se ajustará tras evaluación completa del niño o adolescente a las necesidades y características de éste, proponiéndose en cada caso de forma individualizada los focos de actuación que permitan una mejora en su funcionamiento global.

Entre los objetivos comunes a todas las intervenciones estarían el establecimiento de una buena alianza terapéutica con el niño, sus padres y la coordinación con el centro educativo, el fomento del autocontrol (reconocimiento y manejo de las propias emociones), el fomento de la autoestima, las habilidades para la resolución de problemas sociales y el fomento de la autonomía del niño o adolescente^{59,60, 62,64, 66,67, 77-82}. Para ello se puede hacer uso diversas técnicas psicoterapéuticas, entre ellas el modelaje en auto-instrucciones, la terapia focalizada en la resolución de problemas, técnicas conductuales, técnicas cognitivas,... (Ver anexo 9)

Intervención psicoterapéutica grupal para niños y adolescentes

Se propone, según cada caso, la posible participación del niño o adolescente en un grupo de psicoterapia, con objetivos similares a los planteados para la terapia individual. En base a las evidencias de experiencias previas de intervenciones grupales realizadas por unidades y facultativos de referencia^{15-17, 60,78, 81} se realiza la propuesta de un trabajo de grupo estructurado desde la unidad funcional con las siguientes características:

Características del grupo

- *Grupo cerrado.*
- *Homogéneo en características del niño (la clínica del niño ha de permitir la intervención grupal) y edad (preescolares: hasta 6 años; escolares: 7-12 años; adolescentes: 13-17 años).*
- *De 6 a 8 participantes.*
- *De 10 a 12 sesiones con frecuencia semanal y duración de 90 minutos, paralelo al trabajo de entrenamiento con padres.*
- *El grupo estará formado por dos terapeutas para facilitar la atención individualizada del niño si fuera preciso durante las sesiones.*
- *Durante las sesiones se incorporarán técnicas que apoyen el trabajo verbal como dramatizaciones, simulaciones o role-playing, así como material que sirva como soporte visual y lúdico: paquetes de actividades, juegos e imágenes semiestructurados o no estructurados.*
- *Se les proporcionará información escrita adaptada a la edad a modo de agenda de actividades para cada sesión, donde se puede incorporar material propio del niño (dibujos, historias, ideas,...) y que facilite la organización temporoespacial del mismo.*
- *El contenido de las sesiones será semiestructurado, flexibilizando las dinámicas según las características del grupo, pero habrán de incluir al menos las siguientes áreas: trabajo cognitivo incluyendo autoinstrucciones, habilidades sociales, expresión de emociones y autoestima*

Estructuración de las sesiones

A. Presentación: 1 sesión

- *Presentación del grupo siguiendo las premisas de:*
 - *Presentación en función de fortalezas y posibles debilidades, evitando etiquetas y señalando siempre actitudes positivas que se observen en cada grupo en todos los chicos.*
 - *Validar el malestar del niño.*
 - *Desculpabilizar.*
 - *Conocer la sala, el material, los terapeutas, los límites temporales y espaciales, y las normas básicas que habrán de respetarse en el grupo.*
 - *Presentar el plan de trabajo.*
- *Presentar una actividad lúdica o de psicomotricidad breve que se pueda utilizar a modo de presentación o saludo inicial y de continuidad entre sesiones, sirviendo para marcar el inicio y la finalización de cada una de ellas.*

B. Trabajo desde la psicomotricidad: 2 sesiones

- *Sesión de psicomotricidad con los objetivos de: reconocimiento del propio cuerpo (sensaciones de actividad y relajación, orientación en el espacio, autoimagen y esquema corporal,...); fomento del contacto adaptativo con los iguales (distancia social, colaborar, respetar turnos...); intervenciones conductuales (establecimiento de normas, manejo de contingencias...durante la intervención).*

- La sesión se organizará temporalmente de manera que se facilite el inicio de la actividad desde actividades más motoras a actividades más verbales y que requieran trabajo con las representaciones mentales, por ejemplo:
 - Saludo inicial.
 - Actividad de psicomotricidad lúdica y dinámica.
 - Actividad de psicomotricidad de relajación (según características de los chicos en cuanto a edad y sintomatología se privilegian en progresión relajación muscular pasiva, activa o relajación sensorial).
 - Cierre con actividad que requiera mayor nivel de representación mental y a la vez lúdica en relación con lo experimentado durante la sesión través del dibujo, plastilina, barro,... favoreciendo igualmente la expresión verbal.

C. Trabajo cognitivo: 2 ó 3 sesiones^{60-64,65, 68, 69, 71, 72, 75}

- Utilización de soporte gráfico y lúdico para tareas que impliquen funciones ejecutivas: planificación, organización de tareas y del tiempo... Intercalando con tareas más verbales.
- Incorporación de estas actividades y estrategias a lo escolar:
 - Organización temporoespacial: agendas, calendarios,....
- Trabajo cognitivo para favorecer reflexión, flexibilidad cognitiva, autoobservación: Técnicas de autoobservación y autoinstrucciones.
- Fomento de autonomía a través de la observación de terceros (a través de soporte gráfico de historias) y autoobservación.

D. Trabajo con la autoestima: 1 ó 2 sesiones

- Aprender a través de juegos u otras actividades lúdicas a descubrir las propias habilidades y fortalezas (cosas en las que son buenos, cosas que les hacen sentir bien, cosas que les hacen únicos o especiales...) y aprender a tolerar cosas que no les gustan o les desagradan de sí mismos.
- Aprender a apreciar las cualidades de los demás y a entender cómo les ven los demás (trabajo de mentalización).
- Descubrir las cosas que son capaces de hacer como “niños mayores” (autonomía) y que les hacen sentirse bien.

E. Resolución de problemas^{74, 77} y habilidades sociales^{63, 65-67}: 1 ó 2 sesiones

- Ensayar a través de juegos y role-playing habilidades básicas para interaccionar con los demás (saludar, mirar a los ojos, pedir ayuda, iniciar una conversación y mantenerla,...).
- Resolución de problemas a través de historietas gráficas de situaciones cotidianas (ensayar finales o respuestas alternativas, secuencia temporal de acontecimientos: estímulo-reacción,...).
- Aprender tipos de respuestas pasivas, agresivas o assertivas (cuándo decir que no, cómo decir que no,...).

F. Trabajo con las emociones^{60, 65}: 2 sesiones

- *Ensayar a través de historietas gráficas por ejemplo, a reconocer las emociones de los demás.*
- *Identificación de los propios sentimientos:*
 - *Reconocimiento de emociones básicas positivas y negativas: Tristeza, ansiedad, rabia, alegría, amor, amistad...*
- *Aprender a expresar estas emociones de forma funcional, privilegiando lo verbal por encima de lo conductual a través de actividades lúdicas y dramatizaciones.*
- *Aprender a reconocer las emociones como “propias” y auto controlarlas cuando causan malestar:*
 - *estrategias de relajación.*
 - *auto instrucciones.*
 - *Auto contención (aprender a “pararse”), contar, visualización de imagen positiva, Auto-time-out...*
 - *Analizar qué origina determinadas emociones: precipitantes, mantenedores,...*

G. Cierre y despedida

- *Trabajo de la separación y cierre dándoles un feedback positivo sobre la experiencia.*

Intervención con los padres

A los padres se les ofrecerá intervención psicoterapéutica o psicoeducativa, en cada caso, orientada a la consecución de estilos de crianza más funcionales (comunicación, establecimiento de límites, fomento de la autoestima,...), basado en modelos estructurados de experiencias previas con grupos de entrenamiento de padres por unidades y facultativos de referencia^{73,78-81}.

Se podrá llevar a cabo, según el caso, de forma individual o grupal con objetivos similares.

Grupo psicoeducativo para padres

Tiene su base en que las intervenciones psicosociales sobre el entorno del niño han demostrado eficacia en la mejora de los síntomas cardinales y especialmente asociados del TDA-H, y se han visto estrechamente relacionadas con el pronóstico del trastorno a largo plazo^{1,15-17}.

Hay que hacer las siguientes consideraciones respecto al grupo de padres:

- *Es importante para los padres tener nociones sobre el desarrollo psicoafectivo del niño para una mejor comprensión de las particularidades de cada etapa normal del desarrollo y de las dificultades específicas del niño en cada una.*
- *Ambos progenitores o todos los cuidadores principales deben incluirse en el programa siempre que sea posible.*
- *Es importante desculpabilizar a los padres, así como reconocer las influencias que algunos estilos educativos y de crianza pueden tener en la etiología, curso, tratamiento y pronóstico del trastorno.*
 - *Es importante evitar dinámicas y estilos de comunicación disfuncionales, y entrenarse en el fomento de la autoestima.*

- Hay que evitar modelos deterministas que atribuyan síntomas exclusivamente a lo biológico favoreciendo actitudes de desesperanza y desresponsabilización, teniendo en cuenta la dimensión bio-psico-social del niño.

Metodología

- 8-12 sesiones con duración de 90 minutos.
- Periodicidad semanal o quincenal solapada a la intervención con los niños.
- Máximo 6-8 padres.
- Grupo cerrado y entrevista previa con padres y el niño.
- Grupo homogéneo por edades de los niños o heterogéneos: Valorar ventajas e inconvenientes.
- Participación de terapeuta y posibilidad de coterapeuta.
- Se confeccionará material escrito sobre las sesiones de utilidad para los padres, sobre el que puedan trabajar en base a experiencias propias.

Esquema de sesión-tipo:

1. Recordatorio sesión anterior.
2. Revisión tarea para casa / dificultades / dudas.
3. Exponer contenidos de sesión.
4. Desarrollo.
5. Coloquio.
6. Ejercicio práctico.
7. Tarea para casa. Resumen y cierre.

Propuesta contenido de las sesiones.

A. Psicoeducación. "Entendiendo el problema": 1-2 sesiones

- Presentación y determinación del encuadre de las sesiones: periodicidad, duración, faltas de asistencia,...
 - Compromiso de confidencialidad del grupo.
 - Objetivos del grupo: No se trata de un grupo psicoterapéutico, sino educativo, orientado al desarrollo de habilidades de crianza.
- Validación de los sentimientos en los padres (culpa, impotencia, estrés, identificación con el niño...) y desculpabilización.
- La atención y la actividad en los niños. Mitos y realidades en torno al TDA-H:
 - Es importante atender a los mitos y realidades en torno al trastorno, dando información rigurosa acerca del nivel actual de conocimiento científico, etiología, métodos diagnósticos (falta de especificidad), importancia del diagnóstico diferencial, limitaciones de los abordajes psicoterapéuticos y farmacológicos, posibilidades de manejo desde el centro

educativo y desde casa, con entrenamiento específico en estrategias de crianza (parenting) que impliquen lo relacional.

- Síntomas, multifactorialidad.
- Problemas asociados (baja autoestima, rechazo escolar, dificultades en aprendizaje, fracaso escolar, problemas de comportamiento, déficits cognitivos...).
- Evolución y pronóstico, expectativas...
- Tratamiento farmacológico y psicológico.
- La inatención como trastorno: Evidencias científicas.
- El papel de la estigmatización.

B. Nociones sobre el Desarrollo Psicoafectivo del Niño: Una sesión.

- Revisión etapas del desarrollo psicomotor y afectivo del niño, señalando las particularidades de cada una.

C. Reatribución 1^a Parte: La familia como un sistema. Identificación de nuestras propias emociones en la relación con el niño: 1 sesión.

- Dinámicas familiares circulares y funcionalidad del síntoma.
 - Posibles agentes precipitantes y mantenedores del síntoma.
 - La importancia de la comunicación: concepto de “profecía autocumplida”.
- Entender la conducta como malestar psíquico, los niños sufren, se comparan,...
- Identificar las propias emociones (derivadas de frustraciones: culpa, asentimientos ambivalentes,...) en la relación con el niño: Sesión práctica con técnicas sistémicas de role-playing, “escultura familiar”,...

D. Reatribución 2^a Parte: Cuidar la salud mental de los padres: 1 sesión

- Técnicas de manejos de ansiedad.
- Aprender técnicas de relajación: relajación muscular (Jacobson) y/o sensoriales (Schultz): Sesión práctica.
- Autocontrol (el “tiempo fuera” de los padres).
- Auto instrucciones de afrontamiento.
- Apoyo social:
 - Apoyarse en la pareja, reservar tiempo para uno mismo y los amigos.
 - Aprender a delegar.
 - Recuperar el rol de padres.
- Aprender a pensar más racionalmente ante la angustia: técnicas de reatribución.

E. Aumento de las competencias de los padres en el manejo de los comportamientos de los niños:

1^a parte: Estrategias de modificación de la conducta y resolución de problemas

- *Explicación teórica y ejemplos prácticos:*
 - *Conceptos y ejemplos prácticos de las principales técnicas de modificación conducta: refuerzo +, refuerzo -, coste de respuesta, castigo,...*
 - *Cómo y cuándo utilizarlos: Elección de los refuerzos (en general no materiales, previsibles y fáciles de cumplir, adecuados a la edad...), previsión de consecuencias (previsibles, clarificadas, consistentes entre ambos padres, en todas las situaciones, fáciles de cumplir, proporcionadas a la falta,...).*
 - *Manejo de conductas disruptivas:*
 - *Conceptos y ejemplos de las estrategias de extinción, guía física, tiempo fuera, economía de fichas, contratos,...*
 - *Cómo y cuándo utilizarlos de forma eficaz (fases de inicio, mantenimiento y desvanecimiento).*
- *Cómo poner normas y límites: ¿cómo somos?*
 - *Modelado: el ejemplo que somos.*
 - *El lenguaje que utilizamos.*
 - *Tipos de normas: claras, sencillas, explicitando la conducta y los pasos a seguir, establecimiento de una en una, realistas y adaptadas a la edad del niño.*

2^a Parte: Establecimiento de rutinas: 1 ó 2 sesiones

- *Establecimiento de ambiente organizado, afectivo, confiable:*
 - *Horarios, rutinas, según edad, externalizables, con apoyo visual y verbal (calendarios, relojes,...).*
- *Situaciones problemáticas cotidianas: ¿cómo somos?*
 - *Levantarse-vestirse.*
 - *Irse a la cama.*
 - *Hacer la tarea: supervisión versus autonomía, técnicas organizativas, coordinación con el centro educativo,...*

F. Fomento de la autonomía personal: 1 sesión.

- *Importancia de la autonomía en el fomento de la autoestima, aprendizaje a través del ensayo-error,...*
- *Ejemplos de fomento de autonomía por edades o nivel madurativo.*
- *Actitudes de los padres frente a la autonomía de los hijos (dificultades, experiencias propias como hijos, expectativas,...).*
- *Establecimiento de metas (realistas, de una en una, adecuadas a la edad,...)*

G. Desarrollar la autoestima: 2 sesiones

- Feedback positivo hacia los pequeños gestos.
- Reconocer aspectos positivos.
- Fomentar autonomía personal.
- Alentarle en iniciativas.
- Ayudarle a relativizar fracasos.
- Exigencias realistas.
- Replantearse, en definitiva, otra relación con tu hijo: tiempo con él, escucharles, jugar, contar con él.
- Aceptarle como es.

Tratamiento Farmacológico

Este epígrafe se ha realizado tras revisar diversas guías y artículos científicos^{1, 2, 4,9-12,18-20, 29, 31,32, 83-114}, siguiendo el esquema propuesto por la guía NICE¹.

- *El tratamiento farmacológico (Anexo 10):*
 - *Sólo lo debe instaurar un profesional sanitario con experiencia en TDA-H.*
 - *Debe basarse en una evaluación exhaustiva.*
 - *Siempre debe formar parte de un plan de tratamiento completo que incluya asesoramiento e intervenciones psicológicos, y educacionales.*
- *Los médicos de atención primaria pueden seguir prescribiendo y monitorizando el tratamiento farmacológico según planes de atención comunes.*
- *En primer lugar se debe llevar a cabo una evaluación previa al tratamiento, que incluya:*
 - *Una evaluación social:*
 - *Valorar riesgo de intercambio y potencial uso tóxico del fármaco en la familia o el paciente.*
 - *Evaluar situación psicosocial.*
 - *Una evaluación de salud mental completa:*
 - *Valorar posibles síntomas de ansiedad, alteraciones conductuales, síntomas afectivos o psicóticos, presencia de tics motores, ideación autolítica...; dado que pueden empeorar tras la administración de un tratamiento psicofarmacológico para el TDA-H.*
 - *Una anamnesis y exploración física completas que incluyan:*
 - *Valoración de antecedentes personales de síncope de esfuerzo, disnea excesiva y otros síntomas cardiovasculares (tanto el metilfenidato como la atomoxetina no deben usarse en pacientes con alteraciones cardiológicas estructurales, pueden aumentar la frecuencia cardíaca y la presión arterial, y con la atomoxetina se han descrito aumentos del QT), así como de síntomas neurológicos (el metilfenidato y la atomoxetina disminuyen el umbral convulsivo, en el caso del metilfenidato además se han descrito casos de eventos isquémicos vasculares).*
 - *Exploración física completa que incluya exploración neurológica y cardiológica.*
 - *En la secuencia de actuación esta valoración se llevará a cabo por pediatría hospitalaria.*
 - *Exploraciones específicas:*
 - *Frecuencia cardíaca y presión arterial (representadas en un gráfico de centiles) antes de iniciar el tratamiento de cara a realizar monitorización posterior.*
 - *Altura y peso (representados en un gráfico de crecimiento), (dado que se ha descrito un descenso en el peso y un retraso del crecimiento con el uso continuado del metilfenidato y la*

atomoxetina, aunque no existe consenso actual sobre la repercusión en la talla final).

- *Exploraciones complementarias: No existen evidencias de que la realización rutinaria de pruebas complementarias (analíticas, ECG, EEG, ecocardiograma) presente ventajas en una relación coste-beneficio. Las pruebas complementarias estarán dirigidas por la anamnesis y exploración física.*
 - *En general se solicita un electrocardiograma (ECG) si hay antecedentes médicos o familiares de enfermedad cardiaca grave, antecedentes de muerte súbita en adolescentes de la familia o hallazgos anormales en la exploración cardiaca.*
 - *Algunas guías, no obstante, recomiendan uso de ECG en todos los casos previo tratamiento farmacológico.*
 - *Consideraciones en torno a la realización de analíticas previas al tratamiento:*
 - *No existen evidencias de la necesidad de la realización de analíticas previas al inicio del tratamiento.*
 - *Consideraciones por las que serían recomendables:*
 - *Para diagnóstico diferencial (por ejemplo ferritina para síndrome de piernas inquietas, disfunción tiroidea, intoxicación por metales pesados ...)*
 - *Para establecer valores basales de referencia que permitan discriminar la aparición de efectos adversos farmacológicos durante el seguimiento (disfunción hepática en atomoxetina, leucopenia o hipotiroidismo con metilfenidato,...).*

Elección del tratamiento farmacológico

- *En general se sigue el esquema de la guía NICE¹.*
- *Se recomienda utilizar metilfenidato y atomoxetina dentro de sus indicaciones autorizadas, como opciones para el manejo del TDA-H. El uso de fármacos fuera de indicación, debe documentarse por escrito, justificarse por uso “fuera de ficha técnica” en base a las evidencias científicas existentes y acompañarse de consentimiento informado de padres o tutores (ver anexo 10).*
- *Se debe decidir qué tratamiento farmacológico utilizar dependiendo de^{1,11}: (anexo 10)*
 - *Las comorbilidades (por ejemplo, tics, síndrome de Tourette, epilepsia);*
 - *Sus diferentes efectos adversos;*
 - *Problemas potenciales de cumplimiento (por ejemplo, si es necesario administrar una dosis a mediodía en el colegio);*
 - *El potencial de intercambio y de abuso del fármaco;*

- Las preferencias del niño o adolescente y de su progenitor o tutor.
- En el tratamiento farmacológico del TDA-H considerar el empleo de:
 - Metilfenidato para el TDA-H sin comorbilidad significativa o con trastorno de conducta comórbido.
 - Considerar atomoxetina como tratamiento de primera línea cuando existan tics, síndrome de Tourette, trastorno de ansiedad, abuso de estimulantes o riesgo de intercambio de estimulantes; o si se ha probado metilfenidato y ha sido ineficaz a la dosis máxima tolerada, o si el niño o adolescente no ha tolerado dosis bajas o moderadas de metilfenidato^{1,2,4,9,11}.
- Si se prescribe metilfenidato, se debe considerar el empleo de:
 - Preparados de liberación modificada por su comodidad y su perfil farmacocinético, para mejorar la adherencia, reducir el estigma (porque no es necesario tomar el fármaco en el centro educativo), y reducir los problemas de almacenaje y administración de fármacos controlados en los centros educativos.
 - Preparados de liberación inmediata si se requieren regímenes de dosificación más flexibles o durante el ajuste de dosis inicial para determinar los niveles de dosificación adecuados.
- Si puede elegir más de un fármaco, se debe emplear el fármaco que tenga el menor coste general.
- En general no se recomienda utilizar antipsicóticos en el tratamiento del TDA-H en niños y adolescentes como tratamiento único dado que puede empeorar el rendimiento cognitivo y evitar en combinación (por la existencia de interacciones farmacodinámicas):
 - Considerarlo en combinación sólo si hay trastornos de conducta que no remiten con psicoterapia conductual específica.
 - Considerarlo si existen convulsiones y no se puede utilizar metilfenidato ni atomoxetina.
- En el momento de la publicación metilfenidato y atomoxetina no tenían autorización en la EMEA para su utilización en niños menores de 6 años, por lo que se debe obtener y documentar el consentimiento informado en caso de considerar tratamiento.

Cómo utilizar el tratamiento farmacológico en niños y adolescentes

- Los prescriptores deben estar familiarizados con:
 - Los perfiles farmacocinéticos y farmacodinámicos de todos los preparados para el TDA-H con el fin de adaptar el tratamiento a las necesidades individuales; y
 - La legislación de fármacos controlados que regula la prescripción y la administración de estimulantes (necesidad de visados,...).
- Durante el ajuste de dosis:
 - Se ha de aumentar gradualmente la dosis según tolerancia y respuesta clínica.
 - Se recomienda realizar los aumentos con frecuencia mínima semanal hasta llegar a la dosis de mantenimiento (en el caso del metilfenidato) y cada 15 días en el caso de la atomoxetina.

- *El ajuste de dosis de metilfenidato debe hacerse a lo largo de al menos 4-6 semanas.*
- *Se ha de revisar regularmente el progreso (por ejemplo, mediante entrevistas personales o contacto telefónico semanal al comienzo y en cada cambio de dosis).*
- *El ajuste de dosis debe ser más lento si las personas con TDA-H presentan síntomas clínicos que puedan hacerlas más vulnerables a los efectos secundarios, como tics o convulsiones.*
 - *Las dosis de inicio y máximas de metilfenidato y atomoxetina se indican en sus correspondientes fichas técnicas según forma de presentación.*
- *Hay que tener en cuenta una reducción de la dosis si los efectos secundarios se vuelven molestos.*
- *Después del ajuste y la estabilización de dosis, la prescripción y la monitorización deben realizarse según planes de atención conjuntos acordados localmente con atención primaria.*
- *Existen diversas estrategias para mejorar la tolerancia, adherencia y eficacia del tratamiento farmacológico (ver anexo 10).*
- *No hay suficientes estudios científicos que avalen la seguridad ni la eficacia de la combinación de atomoxetina y metilfenidato, por lo que no se aconseja.*

Eficacia

En el caso del metilfenidato, una vez alcanzada dosis óptima de mantenimiento, forma de liberación más adecuada al caso, y posología diaria, si tras 4 semanas de tratamiento no se obtiene respuesta, se aconseja según ficha técnica la suspensión del mismo.

En el caso de la atomoxetina a dosis óptima se ha de esperar para valorar respuesta unas 4-6 semanas, aunque estudios recientes hablan de la necesidad de esperar hasta 12 semanas.

Monitorización de efectos secundarios

- *Se debe monitorizar a los niños y adolescentes que empiecen a tomar un tratamiento farmacológico en busca de efectos secundarios y realizar al comienzo del tratamiento, en cada visita hasta llegar a la dosis de mantenimiento, en cada cambio de dosis y mínimo cada 3 a 6 meses, una anamnesis dirigida a:*
 - *Cribaje de posibles efectos adversos físicos (síntomas neurológicos: convulsiones, eventos cerebrovasculares, cardiológicos, mucosas, visión, tics motores, aparato reproductor, y en atomoxetina también alteraciones tiroideas o hepáticas).*
 - *Hay que explicar a los padres posibles efectos secundarios y pedirles que informen sobre ellos:*
 - *Por ejemplo se puede producir daño hepático en casos raros (que suele presentarse como dolor abdominal, náuseas sin causa aparente, malestar, coluria o ictericia).*
 - *Cribaje de aparición o empeoramiento de síntomas psiquiátricos (alteraciones conductuales, síntomas psicóticos, alteraciones en el ánimo, ansiedad, y en atomoxetina también ideación autolítica).*

- *Hay que explicar a los padres posibles efectos secundarios y pedirles que informen sobre ellos.*
- *Por ejemplo en el caso del empleo de atomoxetina advertir a los progenitores o cuidadores de la aparición potencial de pensamientos suicidas y conductas autolesivas.*
- *Control de presión arterial y frecuencia cardíaca al inicio, en cada cambio de dosis y mínimo cada 3-6 meses.*
- *Control peso y altura mínimo cada 6 meses.*
- *Se puede hacer uso de escalas de monitorización de efectos secundarios (escala de Barkley, escala CADD-RAS,...)*

■ **Respuesta escasa al tratamiento**

- *Si la respuesta a metilfenidato y atomoxetina junto a los programas de formación/educación de progenitores y al tratamiento psicológico ha sido escasa, es necesario revisar:*
 - *El diagnóstico (valorar la presencia de otros trastornos psiquiátricos primarios o coexistentes).*
 - *La respuesta al tratamiento farmacológico, los efectos secundarios y la adherencia:*
 - *Tener en cuenta por ejemplo errores en la administración (algunas presentaciones del metilfenidato no deben partirse,...).*
 - *Tener en cuenta posibles interacciones farmacológicas.*
 - *Aceptación y utilización de intervenciones psicológicas.*
 - *La posibilidad de que el estigma haya afectado a la aceptabilidad del tratamiento.*
 - *Los aspectos relacionados con el colegio y/o la familia.*
 - *La motivación del niño o adolescente y de los progenitores o cuidadores.*
- *Tras revisar la mala respuesta al tratamiento, se deben considerar:*
 - *Estrategias de mejora de adherencia al tratamiento:*

Cómo mejorar la adherencia al tratamiento en niños y adolescentes

- Se deben utilizar pautas farmacológicas sencillas y que mejor se adapte a las necesidades del niño o adolescente (por ejemplo, dosis de liberación modificada administradas una vez al día).
- Hay que mejorar la comunicación con los niños y adolescentes educando a los progenitores o cuidadores y asegurando que haya conversaciones regulares a tres bandas con el niño o adolescente y los progenitores o cuidadores
- Se debe proporcionar:
 - Instrucciones claras (en formato gráfico o escrito) acerca de cómo tomar el fármaco; y
 - Apoyo a los niños y adolescentes para que sean responsables de su propia salud y de tomar la medicación. Es necesario apoyar a los progenitores y cuidadores en este sentido.
- Es necesario asesorar a los progenitores o cuidadores:
 - Para que proporcionen recordatorios para tomar la medicación regularmente (por ejemplo, alarmas, relojes, pastilleros, o notas en calendarios o frigoríficos);
 - Para ayudar a los niños y adolescentes a incorporar la medicación dentro de las rutinas diarias;
 - Para ayudar a los niños y adolescentes a desarrollar una actitud positiva en relación con la toma de medicación.

Estrategias farmacológicas:

- Tras utilizar las formas de presentación más adecuadas y la posología diaria más conveniente así como las dosis máximas según el caso, valorar cambios entre metilfenidato y atomoxetina.
- Otros tratamientos farmacológicos sin indicación.

Otros tratamientos psicofarmacológicos

- Si no hay respuesta a metilfenidato, atomoxetina, se puede iniciar uno de los siguientes planes de tratamiento farmacológico (como tratamiento farmacológico único, no añadido) que han mostrado efecto positivo teniendo en cuenta que no cuentan con la indicación autorizada para el tratamiento del TDA-H en el momento actual en nuestro medio por lo que se debe obtener y documentar el consentimiento informado (ver anexo 10)⁸³⁻¹¹⁴.

Duración del tratamiento y del seguimiento

- *Se debe mantener el tratamiento hasta que siga siendo clínicamente efectivo. Además, se debe revisar mínimo una vez al año en niños y adolescentes, haciendo una prueba de retirada para evaluar posible mejoría de la clínica temporal o persistente, preferentemente durante las vacaciones y siempre supervisada por los padres o tutores. Durante esta revisión o reevaluación de la necesidad de tratamiento se debe incluir:*
 - *Las necesidades clínicas, los beneficios y los efectos secundarios.*
 - *Los puntos de vista de la persona con TDA-H y los de los progenitores, cuidadores y docentes, la pareja o un amigo íntimo, según proceda.*
 - *El efecto de las dosis olvidadas, las reducciones de dosis planificadas y los breves períodos de ausencia de tratamiento.*
 - *El patrón de utilización preferido.*
- *Se ha de considerar trabajar con el niño o adolescente y con sus padres o cuidadores para encontrar el mejor patrón de toma del fármaco, que puede incluir períodos sin tratamiento.*
- *Las vacaciones de medicación no se recomiendan de forma rutinaria, pero pueden ser una estrategia cuando existe un descenso del peso secundario, para evitar repercusiones sobre la talla.*

TAREAS ESPECÍFICAS DE CADA PROFESIONAL DEL PROGRAMA***Psiquiatra Infanto Juvenil***

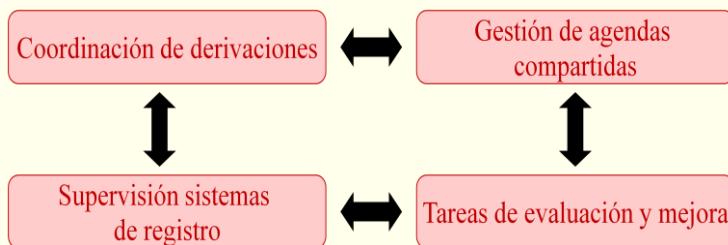
- Aproximación diagnóstico diferencial médico.
- Valoración necesidad interconsulta a otros servicios médicos.
- Valoración necesidad de pruebas complementarias.
- Tratamiento psicofarmacológico.
- Tratamiento psicoterapéutico si está formado para ello.
- Coordinación con educación.

Psicólogo infantojuvenil

- Aplicación de técnicas psicodiagnósticas (psicométricas, subjetivas, proyectivas, etc.).
- Tratamiento psicoterapéutico.
- Coordinación con educación.

Enfermería infantojuvenil***Procedimientos de enfermería en la unidad funcional***

- Actividades de gestión y organización:



- Apertura de historia clínica.
- Cuestionario estandarizado: Recogida de datos epidemiológicos y clínicos de interés con fines diagnósticos y de investigación.
 - Incluye factores de adversidad de Rutter (discordias maritales, clase social baja, familia amplia, criminalidad paterna, trastorno mental materno y medidas de acogimiento).
- Detectar signos indicativos del trastorno.
- Determinación de datos clínicos de interés.
- En caso de tratamiento farmacológico:
 - Seguimiento de efectos secundarios:
 - En inicio de tratamiento:
 - Medidas presión arterial, frecuencia cardíaca, somatometría, screening agudeza visual.

- *En mantenimiento de tratamiento:*
 - *Medidas presión arterial y frecuencia cardíaca, centiles de crecimiento.*
 - *Información y resolución de dudas.*
 - *Control de adherencia al tratamiento.*
- *Actividades de psicoeducación:*
 - *Dirigidas a padres y/o cuidadores.*
 - *De forma protocolizada, oral y escrita que incluya:*
 - *Información sobre el TDA-H.*
 - *Psicoeducación a padres.*
 - *Se puede proporcionar manuales/guías de psicoeducación:*
 - *RECORDAR QUE “CADA NIÑO ES UN MUNDO”.*
 - *Participación en psicoterapia grupal como coterapeuta.*
- *Actividades complementarias:*
 - *Educación sanitaria grupal.*
 - *Participación en el ámbito escolar.*
 - *Formación e investigación en TDA-H.*

ANEXOS

ANEXOS**ANEXO 1: SISTEMAS CLASIFICATORIOS DE TRASTORNOS MENTALES****Anexo 1a. Criterios diagnósticos para el TDA-H según CIE-10 y DSM IV-TR**

Criterios diagnósticos de la DSM-IV ²³	Criterios CIE –10 para el trastorno hiperkinético ²²
<p>■ A. Clínica (1) ó (2)</p> <p>1. seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Falta de atención : a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes i) A menudo es desatendido en las actividades diarias <p>2. seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa y poco lógica en relación con el nivel de desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hiperactividad a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud) d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio e) A menudo "está ocupado" o suele actuar como si "estuviera impulsado por un motor f) A menudo habla en exceso ■ Impulsividad (g) A menudo emite bruscamente las respuestas antes de haber sido terminadas las preguntas (h) A menudo tiene dificultades para esperar su turno (i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros <ul style="list-style-type: none"> ■ B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad. ■ C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en el centro educativo y en casa) ■ D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, académico o laboral. ■ E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental 	<p>■ Clinica: El diagnóstico requiere la presencia de déficit de atención e hiperactividad: Seis o más síntomas de inatención y tres o más de hiperactividad y uno o más de impulsividad.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Déficit de atención 1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades. 2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego. 3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice 4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones. 5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades. 6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental mantenido. 7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como material escolar, libros, etc. 8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos. 9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias <p>■ Hiperactividad</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento. 2. Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado. 3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas. 4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas. 5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social. <p>■ Impulsividad</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas. 2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo. 3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros. 4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales. <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>El inicio del trastorno no es posterior a los siete años</i> ■ <i>Los criterios deben cumplirse en más de una situación</i> ■ <i>Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.</i> ■ <i>No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maníaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.</i>

Anexo 1b. Diferencias entre DSM-IV y CIE-10 para el diagnóstico de TDA-H

DIFERENCIAS ENTRE AMBOS SISTEMAS CLASIFICATORIOS CIE 10 y DSM IV R ¹²		
Trastornos por déficit de atención con hiperactividad	DENOMINACIÓN	Trastornos hipercinéticos
<i>Seis o más síntomas de Desatención o Seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad.</i>	SÍNTOMAS	<i>El diagnóstico requiere la presencia de déficit de atención e hiperactividad: Seis o más síntomas de inatención y tres o más de hiperactividad y uno o más de impulsividad.</i>
<i>Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes.</i>	ÁMBITOS DE DISFUNCIÓN	<i>El déficit de atención y la hiperactividad deben manifestarse en más de una situación.</i>
<i>Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Intensidad desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo</i> 	INTENSIDAD DEL DETERIORO	<i>Los déficit en la persistencia y en la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos para la edad y el CI del afectado</i>
<i>Antes de los 7 años (es un criterio diagnóstico)</i>	EDAD DE INICIO	<i>Generalmente antes de los 5 años</i>
<i>Persistencia de los síntomas al menos 6 meses</i>	DURACIÓN DE LOS SÍNTOMAS	
<i>Los síntomas no aparecen en el transcurso de un Trastorno Generalizado del desarrollo (TEA), esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., Trastorno del estado de ánimo, Trastorno de ansiedad, Trastorno disociativo o un Trastorno de la personalidad).</i>	EXCLUSIÓN	Excluye: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Trastorno generalizados del desarrollo (TEA).</i> • <i>Trastornos de ansiedad.</i> • <i>Trastorno del humor (afectivos).</i> • <i>Esquizofrenia.</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Combinado,</i> • <i>Predominio hiperactivo-impulsivo (no cumple criterios de inatención)</i> • <i>Predominio del déficit de atención (no requiere síntomas de hiperactividad-impulsividad)</i> 	SUBTIPOS	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Trastorno de la actividad y de la atención: Se satisface el conjunto de pautas de trastorno hipercinético pero no se satisface el de trastorno disocial</i> • <i>Se considera un trastorno de déficit de atención sin hiperactividad, dentro de "Otros trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia o adolescencia".</i> • <i>Trastorno hipercinético disocial: Se satisface el conjunto de pautas de trastorno hipercinético y de trastorno disocial.</i>

Anexo 1c. Propuestas para el DSM V

Propuestas del grupo de trabajo de TDA-H para el DSM-V²²

- *Propuestas de: 1) Desaparecen los subtipos, codificándose el trastorno por déficit de atención como una nueva categoría; 2) Se mantiene el subtipo de inatención requiriendo no más de 2 síntomas de hiperactividad para considerarlo trastorno.*
- *Se añaden nuevos síntomas de impulsividad.*
- *Inicio del trastorno no posterior a los 12 años, diferenciando el comienzo de los síntomas y el comienzo de la disfunción.*
- *Desaparece el diagnóstico de exclusión de trastornos generalizados del desarrollo.*

Anexo 1d. Clasificación multiaxial de los sistemas de clasificación de trastornos mentales

CLASIFICACIÓN MULTIAXIAL SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN INTERNACIONALES

CIE-10 PARA EL NIÑO Y ADOLESCENTE²¹

Eje I: Síndromes psiquiátricos clínicos

Eje II: Trastornos específicos del desarrollo psicológico

Eje III: Nivel intelectual

Eje IV: Condiciones médicas

Eje V: Situaciones psicosociales anómalas asociadas

Eje VI: Evaluación global de discapacidad psicosocial

DSM IV-R²²

EJE I: Trastornos clínicos.

Eje II: Trastornos de personalidad y retraso mental

Eje III: Enfermedades Médicas

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales

Eje V: Evaluación de la actividad global

Anexo 1e. Clasificación multiaxial de la CIE- 10 para los trastornos mentales de niños y adolescentes²¹

Eje I. SÍNDROMES PSQUIÁTRICOS CLÍNICOS

- Sin trastorno psiquiátrico
- Trastornos generalizados del desarrollo
- Trastornos de la conducta y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia
- Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas
- Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes
- Trastornos del humor
- Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
- Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos
- Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
- Trastorno mental sin especificar y problemas que no cumplen los criterios para ningún trastorno mental específico.

EJE II.- TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO

- Ausencia de trastornos específicos del desarrollo psicológico
- Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje
- Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar
- Trastornos específicos del desarrollo psicomotor
- Trastornos específicos mixtos del desarrollo
- Otros trastornos del desarrollo psicológico
- Trastorno del desarrollo psicológico sin especificar

EJE III.- NIVEL INTELECTUAL

- Nivel intelectual dentro del rango normal
- Retraso mental leve
- Retraso mental moderado
- Retraso mental grave
- Retraso mental profundo
- Otros retrasos mentales
- Retraso mental sin especificar

EJE IV.- OTROS PROCESOS DE LA CIE-10 ASOCIADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

EJE V. SITUACIONES PSICOSOCIALES ANÓMALAS ASOCIADAS

Distorsión o inadecuación del entorno psicosocial no significativa

Consideraciones:

Comprende un conjunto de características incluidas como varios códigos "Z", escogidas en base a la evidencia de que constituyen factores de riesgo psiquiátricos significativos. Da significado a situaciones psicosociales anormales que pueden ser relevantes en la etiología del trastorno psiquiátrico o en el plan terapéutico, y que deberían codificarse tanto si se creen causantes del trastorno como si no.

Relaciones intrafamiliares anormales

Trastorno mental, desviación o limitación en el grupo de apoyo primario del niño

Comunicación intrafamiliar inadecuada o distorsionada

Tipos anormales de crianza

Ambiente circundante anómalo

Acontecimientos vitales agudos

Factores estresantes sociales

Estrés crónico interpersonal asociados con el colegio / trabajo

Situaciones o acontecimientos de los propios trastornos o discapacidades del niño

EJE VI. EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL

Funcionamiento social bueno o superior

Consideraciones:

Basado en la Escala de Valoración Global de Discapacidades, derivado del Eje V del DSM III-R. Refleja el funcionamiento psicológico, social y ocupacional a la vez que la evaluación clínica del paciente. SE refiere fundamentalmente al periodo del trastorno, evaluándose el nivel de funcionamiento más bajo del sujeto.

Funcionamiento social moderado

Discapacidad social leve

Discapacidad social moderada

Discapacidad social grave

Discapacidad social grave y generalizada

Incapacidad funcional en la mayoría de las áreas

Discapacidad social grosera / persistente y generalizada

Discapacidad social profunda / persistente y generalizada

Anexo 1f: Escala de evaluación de actividad global

ESCALA DE VALORACIÓN GLOBAL DEL NIÑO (CGAS)²⁴

(Para niños de 4 a 16 años)

(Shaffer, Gould, Brasic, Ambrosini, Fisher, Bird y Aluwahlia, 1983)

- Basada en la escala GAS de adultos.
 - Existe una versión en español de Bird de 1987.
 - Se evalúa el comportamiento actual durante un período de tiempo especificado, por ejemplo un mes.
 - Valora de 0 a 100 el nivel de funcionamiento del niño, siendo 100 el nivel más alto y correspondiente a un funcionamiento excelente en todas las áreas, y el nivel 0 el más grave.
 - Se divide en 10 escalones, eligiéndose el nivel más bajo que describe el funcionamiento del niño en un hipotético continuum de salud-enfermedad.
-
- Se considera deterioro leve el que producen los síntomas que provocan alguna dificultad en un área determinada pero con un funcionamiento general medianamente bueno. Correspondría a una puntuación de 61 a 70. Algunos ejemplos serían: dificultades leves en el rendimiento escolar, cambios de humor de corta duración, conductas disruptivas aisladas, ... que suponen un cambio respecto al funcionamiento previo que por lo general solo es apreciable por las personas que conocen bien al niño. El niño conserva relaciones interpersonales significativas.
 - Se considera funcionamiento variable el que producen los síntomas que provocan dificultades esporádicas o síntomas n varias áreas, pero no en todas. Las alteraciones se perciben por los que observan al niño en el ambiente en el que aparecen las dificultades, pero no por aquellos que lo observan en otros ambientes.
 - La puntuación de 41 a 50 corresponde con un grado de interferencia moderado en el funcionamiento en la mayoría de áreas sociales o grave deterioro en un área. Por ejemplo existe un rechazo escolar, o episodios frecuentes de agresividad, pero se conservan relaciones sociales significativas.
 - Las puntuaciones menores de 40 implican al menos un grave deterioro en el funcionamiento en varias áreas e incapacidad para funcionar al menos en una de ellas. Por ejemplo existen problemas en casa, en el centro escolar y también con los compañeros o relaciones sociales en general con agresiones o grave retraimiento.
 - La gravedad aumenta hasta el nivel de 1 a 10 en que el niño necesitaría supervisión constante las 24 horas del día dada la gravedad de su conducta, por ejemplo.

ANEXO 2. CLÍNICA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD**Anexo 2a. Hallazgos clínicos: Alteraciones psicopatológicas y físicas**

CLÍNICA DEL TDA-H : Pueden estar presentes dificultades en las siguientes áreas. Variable en cada individuo^{13, 20, 36}

COGNICIÓN	<p><i>Alteraciones en funciones ejecutivas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención: distraibilidad, dificultades para fijar la atención y sostenerla. • Memoria de trabajo verbal y no verbal • Planificación, organización, secuenciación temporal y previsión de las consecuencias... <p><i>Interiorización del lenguaje:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pragmatismo verbal, ○ Reconstrucción de historias, ○ Fluidez verbal ○ Lenguaje interno (que permite la monitorización de los propios actos). ○ Representación mental. ○ Expresión y verbalización de emociones <p><i>Baja autoestima</i></p>
AFECTIVIDAD	<p><i>Dificultad para la autorregulación, control emocional y motivación del afecto.</i> <i>Labilidad afectiva, Irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, humor depresivo</i></p>
CONDUCTA	<p><i>Hiperactividad motora.</i> <i>Alteraciones de conducta (actos disruptivos,...)</i> <i>Impulsividad: Tendencia a exponerse a situaciones de riesgo, no valoración del peligro</i></p>
SOCIAL	<p><i>Dificultades para el ajuste y adaptabilidad social: interacción con iguales y con las figuras de autoridad.</i></p>
SOMÁTICA	<p><i>Signos neurológicos menores</i> <i>Anomalías físicas menores</i></p>

Anexo 2b. Variaciones clínicas según edad del TDA-H

VARIACIÓN DE LA CLÍNICA DEL TDA-H EN FUNCIÓN DE LA EDAD ^{12, 13, 20, 36,}			
	Síntomas diana	Síntomas diana	Síntomas diana
De 0 a 18 meses	De 18 meses a 6 años	Edad escolar	Adolescencia
<p>Evitar diagnosticar TDA-H a estas edades dado que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>El niño a esta edad es muy activo.</i> • <i>El déficit de atención a esta edad debe evaluarse en función de la calidad de interacción con el medio y cuando esta es deficitaria podría tratarse de un trastorno generalizado más que de TDA-H.</i> <p><i>Algunos aspectos conductuales y psicofisiológicos del TDA-H ya pueden estar presentes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Desde los primeros meses el niño se mueve intensamente en brazos, trepa sobre su cuerpo, se retuerce, no cesa de tocar</i> 	<p>Síntomas diana</p> <p>De 18 meses a 6 años</p> <p><i>Recordar que el niño sano a estas edades es muy activo</i></p> <p>Síntomas diana del TDA-H:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HIPERACTIVIDAD: <i>Inquietud motora excesiva (no permanece sentado, "como un motor en marcha", etc.).</i> • DÉFICIT DE ATENCIÓN: <i>Juegos motóricos, no permanece mucho tiempo en un juego o en fichas escolares, etc., aún gustándole.</i> • IMPULSIVIDAD. <p>Síntomas asociados</p> <p>ÁREA COMPORTAMENTAL: <i>Conductas oposicionistas, desafiantes, con repercusión en lo social.</i></p> <p>ÁREA AFECTIVA: <i>Sensibilidad a los rechazos y la no aceptación por parte de sus compañeros; Irritabilidad, baja autoestima</i></p> <p>ÁREA FÍSICA: <i>Problemas de sueño, Déficit coordinación motora</i></p> <p>LENGUAJE: <i>Puede haber retraso en la adquisición del lenguaje, dislalias, alteraciones leves del lenguaje expresivo y comprensivo.</i></p> <p>ÁREA ESCOLAR: <i>Dificultades escolares, aprendizajes negativos, fracasos en el rendimiento académico</i></p> <p>DIFICULTADES EN LAS RELACIONES SOCIALES <i>Problemas de relación con familia y compañeros</i></p>	<p>Síntomas diana</p> <p>Edad escolar</p> <ul style="list-style-type: none"> • HIPERACTIVIDAD: <i>Hiperactividad motora y vocal. Dificultad para permanecer sentado y seguir las tareas, etc.</i> • DÉFICIT DE ATENCIÓN: <i>Le cuesta mantener la atención y se distrae fácilmente.</i> • IMPULSIVIDAD: <i>Dificultad para esperar su turno, no conciencia de daño, frecuentes accidentes, etc.</i> <p>Síntomas asociados</p> <p>ÁREA COMPORTAMENTAL: <i>Oposición, desobediencia, rabietas frecuentes, agresividad, negativismo, etc.</i></p> <p>ÁREA AFECTIVA: <i>Labilidad afectiva, baja tolerancia a las frustraciones, etc.</i></p> <p>ÁREA FÍSICA: <i>Problemas de sueño, incoordinación motora, etc.</i></p> <p>LENGUAJE: <i>Dificultades en interacción social, seguir instrucciones complejas, reciprocidad en conversación.</i></p> <p>ALTERACIONES NEUROCOGNITIVAS: <i>Alteraciones en función ejecutiva, alteraciones visoperceptivas, etc.</i></p> <p>ÁREA ESCOLAR: <i>Bajo rendimiento académico, etc.</i></p> <p>DIFICULTADES EN LAS RELACIONES SOCIALES</p>	<p>Síntomas diana</p> <p>Adolescencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • HIPERACTIVIDAD: <i>Disminuye considerablemente: se evidencia en movimientos de manos, pies, etc. aunque puede permanecer sentado más fácilmente.</i> • DÉFICIT DE ATENCIÓN: <i>Tienden a mantenerse los déficits.</i> • IMPULSIVIDAD: <i>Participa en actividades de riesgo, conducción temeraria, abuso de sustancias, etc.</i> <p>Síntomas asociados</p> <p>ÁREA COMPORTAMENTAL: <i>Mentiras, desobediencia, incremento agresividad, etc.</i></p> <p>ÁREA AFECTIVA: <i>Problemas emocionales, labilidad afectiva, cambios de humor, irritabilidad, baja autoestima, excitabilidad.</i></p> <p>COGNITIVAS: <i>Alteraciones en función ejecutiva, dificultad en planificar y organizar más evidente.</i></p> <p>ÁREA ACADEMICA: <i>Fracaso escolar</i></p> <p>DIFICULTADES EN LAS RELACIONES SOCIALES <i>Problemas de relación con compañeros y familia.</i></p> <p><i>La adolescencia es una etapa de crisis, con vulnerabilidad por exposición a situaciones de riesgo.</i></p>

ANEXO 3. INFORMACIÓN PARA LAS FAMILIAS**Anexo 3a. Orientaciones prácticas.**

RECOMENDACIONES A LAS FAMILIAS ^{9-11,14,19,20,35, 81}	
CONSIDERACIONES:	
Las generalizaciones	
<p>1) <i>No hay dos niños iguales.</i></p> <p>2) <i>Su hijo es único y los padres son los únicos expertos en él.</i></p> <p>3) <i>El niño es un todo, no se puede definir en función de los síntomas, sino en cuanto a sus dificultades, capacidades, fortalezas, habilidades,...</i></p>	
Los síntomas	
<p>a) <i>Los síntomas están muchas veces en contexto del estadio evolutivo del niño. Por ejemplo la época escolar supone el desviar la atención de lo familiar a lo académico, las primeras experiencias sociales, la interiorización de las normas, el desarrollo de habilidades cognitivas en evolución. La adolescencia es un momento de crisis, de individuación, toma de decisiones,...</i></p> <p>b) <i>Los síntomas "no son culpa" de los padres, de el centro educativo, de los amigos,... Pero todos podemos modificar actitudes que pueden mantenerlos o empeorarlos.</i></p>	
La coordinación entre dispositivos	
<p>4) <i>Es importante la colaboración y coordinación con los entornos sanitario y académico:</i></p> <p>a) <i>Todos hemos de trabajar por el mejor desarrollo del niño y repartir responsabilidades, aunque a veces la angustia desborda en todos los ámbitos y se puede tender a culpabilizar a los padres o a los distintos profesionales: no somos enemigos.</i></p> <p>b) <i>Evitar informaciones contradictorias al niño y si surgen conflictos entre la pareja, con el colegio o con los clínicos, tratar de resolverlos de forma privada, sin desautorizar a los distintos profesionales ni culpabilizar a los padres en presencia del niño.</i></p>	
Reflexiones: Sobre los propios sentimientos y cómo pueden influir a veces en nuestras actitudes	
<p>1) <i>Es importante pensar qué resuena en nosotros de la conducta de nuestros hijos: a quién nos recuerda, cómo nos gustaría que fuera, cómo queríamos evitarles dificultades que nosotros mismos hemos padecido, cómo queríamos que nos superaran en algunas metas, cómo a veces no nos gusta ver en ellos conductas que no toleramos de nosotros mismos, cómo nos influye el no poder dedicar más tiempo a los niños en la puesta de límites...</i></p>	
Condicionantes sociales	
<p>1) <i>Los niños en la actualidad están sometidos a elevadas exigencias desde lo social. Se nos transmite la idea de que han de ser brillantes en múltiples áreas: escolares, deportivas, social... y parece que en función de ello se nos juzga como padres. Invieren gran parte del tiempo en el centro educativo y en diversas actividades extraescolares, a menudo con poco tiempo para el juego espontáneo, para compartir con los hijos actividades lúdicas, no estructuradas, y de no aprendizaje, para en definitiva disfrutar de los hijos.</i></p>	
Disfrutar de los hijos	
<p>1) <i>No existen varitas mágicas y a veces se alcanzan logros a través del método ensayo-error, uno puede sentirse extremadamente perdido, angustiado, cuestionado... Pero la crianza de los hijos es una de las experiencias más enriquecedoras y especial de que una persona puede disfrutar en su vida.</i></p>	
RECOMENDACIONES	
<i>Las estrategias a continuación propuestas son generalidades que pueden ser útiles para cualquier niño, independientemente de si tiene un diagnóstico, y siempre habrá que contextualizarlas teniendo en cuenta las particularidades de cada uno.</i>	
Modificar actitudes en el entorno:	
<p>2) <i>Comprender las dificultades del niño como tales: Provocan sufrimiento al niño y no hay que atribuirles una intencionalidad negativa hacia sus padres.</i></p> <p>3) <i>La culpabilización bloquea y no ayuda a buscar soluciones.</i></p> <p>4) <i>Evitar "etiquetar" al niño: Las etiquetan a veces se asumen como irrevocables, provocan sentimientos de inferioridad e impotencia y desresponsabilizan. El niño ha de ser consciente de sus dificultades pero también de sus habilidades.</i></p>	
Expectativas y metas:	
<p>1) <i>Las expectativas y metas deben adecuarse a cada niño, valorando los resultados en función del esfuerzo invertido.</i></p> <p>2) <i>Evitar comparaciones con hermanos o iguales, lo que para un niño puede resultar fácil (como permanecer sentado durante toda la comida), puede ser complicado para otro (la meta puede estar puesta para él en permanecer sentado durante el primer plato).</i></p> <p>3) <i>Proponer metas muy elevadas y difícilmente alcanzables para el momento y las características actuales, puede devenir en sentimientos de fracaso constantes.</i></p> <p>4) <i>Vivir el presente. Establecer unas metas simples concretas, a corto plazo.</i></p>	

RECOMENDACIONES A LAS FAMILIAS

RECOMENDACIONES

Control de las propias emociones:

- 1) *No dejarse contagiar de su inquietud. La afectividad de las actitudes educativas va a depender de la conducta adulta que los padres consigan mantener.*
- 2) *Controlar y contener la propia angustia y tratar de no depositarla en el hijo.*
- 3) *Proporcionar un modelo adecuado de conducta: No gritar si no queremos que griten,...*
- 4) *Tratar de "no ponernos a la altura del niño en las discusiones".*
- 5) *Apoyarse en la pareja y la familia.*
 - a) *"Tiempo fuera de los padres": Retirarse o esperar a que estemos en situación más calmada antes de poner las consecuencias.*
- 6) *Los padres a veces también necesitan apoyo dentro del ámbito de la salud mental, en intervención familiar o a veces individual en función de las necesidades.*

Establecimiento de un ambiente confiable, previsible, relajado y estructurado Elección de actividades:

- 1) *Organizar la rutina y los horarios de la vida cotidiana en casa para los días laborables y también para los fines de semana.*
 - a) *Preparar la mochila a la misma hora, metiendo las cosas en el mismo orden, dejándola en el mismo sitio,...Al comienzo supervisado y posteriormente de forma más autónoma usando si es necesario soporte visual (cartulina que recuerde los pasos a seguir,...)*
- 2) *Descubrir las actividades del hogar que sean más relajantes para el niño y sus padres, favoreciendo las actividades que reduzcan la tensión ambiental.*
- 3) *Evitar las situaciones en que sea previsible un fracaso (ceremonias largas o visitas a casas con espacios reducidos). Conviene no exponerle a una situación que pueda resultar humillante para él y para el entorno.*
- 4) *Programar actividades menos estructuradas de descarga motriz, salidas, juegos en el parque,...*

Establecimiento de normas:

- 1) Normas sencillas, claras, cortas, concretas, divididas en distintas acciones.
 - a) No sirven los sermones, las largas explicaciones y razonamientos, no podemos esperar que sepan hacer algo si no se lo hemos explicado previamente,...
 - b) Evitar dar varias órdenes al mismo tiempo.
 - c) Explicitar la conducta deseada y cómo conseguirla (mete los juguetes en la caja en lugar de recoge tu cuarto).
 - d) Asegurarse de que el niño escucha cuando se le indica una norma.
- 2) Consecuencias previsibles, proporcionadas a la falta, consistentes entre los padres y en todas las situaciones.
- 3) Externalizar la información apoyándose en lo visual y verbal: recordatorios, listas de las actividades del día, normas escritas, agendas, autoinstrucciones escritas...
- 4) Estimular conductas incompatibles con la problemática.
- 5) Ante situaciones disruptivas se pueden utilizar programas conductuales de economía de fichas, sistemas de puntos o contratos, teniendo en cuenta varias consideraciones:
 - a) El mayor refuerzo positivo es pasar tiempo con los padres. Este tiempo lúdico no se debe utilizar para tareas de aprendizaje, ni para sermonear sobre conductas negativas pasadas,...
 - b) Los refuerzos deben ser novedosos y atractivos para el niño.
 - c) No olvidar la fase de "desvanecimiento" de los programas de puntos: son útiles para modificar una conducta disruptiva o potenciar una positiva al inicio de ésta, pero no se pueden mantener en el tiempo porque se vuelven ineficaces.: los refuerzos pasan a ser más espaciados y necesitan conducta más prolongada para conseguirse, después se hacen intermitentes y desaparecen.
 - d) No se pueden modificar muchas conductas a la vez.
- 6) Las normas deben estar centradas en la conducta (no en la persona) y ser pocas, relevantes, claras, útiles, aplicadas con tranquilidad en el momento adecuado, avisadas de antemano, coherentes y repetidas
- 7) *Los castigos no son efectivos en el manejo del niño, aunque puedan estar justificados en algunas ocasiones. Teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:*
 - a) *Son más efectivos los refuerzos de conductas positivas, las retiradas de privilegios,...*
 - b) *No utilizar medidas que asusten al niño: dejarlo solo o a oscuras si tiene miedo, no usar el castigo físico, no amenazar con hacer daño (los niños pueden tomar al pie de la letra amenazas como: "te voy a meter", "te voy a mandar a un internado", "me voy a ir", "ya no te quiero",...)*
 - c) *Recurrir al castigo solo ante conductas muy graves y cuando han fracasado otras estrategias y usar castigos que puedan reparar el daño: reparar o recoger lo estropeado, realizar alguna tarea del hogar,..*
 - d) *Las amenazas de castigo o las promesas de premios son aún más ineficaces.*
- 8) *Tratar de mantener la calma ante situaciones conflictivas, usando un tono de voz firme, sin gritar, utilizando un lenguaje claro, sencillo.*
- 9) *Las normas han de establecerse en un clima afectivo y de confianza.*
- 10) *Ante situaciones disruptivas leves la extinción es lo más eficaz ("no hacer caso")*
- 11) *En situaciones disruptivas graves considerar retirar al niño de la situación. Cuidado con usar la expresión "silla o rincón de pensar": Pensar no debería ser un castigo,...*

RECOMENDACIONES A LAS FAMILIAS	
RECOMENDACIONES	
Lo escolar	
1)	<i>El trabajo es duro para todos, niños y adultos, las jornadas laborales de 8 horas, seguidas de toda una tarde de trabajo en casa agota a cualquier persona. Para un niño al que le cuesta permanecer quieto y atento, lo escolar le confronta directamente con sus dificultades, haciéndose el trabajo mucho más duro y tedioso.</i>
2)	<i>Interiorizar las normas y las responsabilidades es un camino que dura toda la vida, y que requiere que aprendamos de nuestros errores.</i>
3)	<i>Aunque los padres ayuden al niño en lo escolar, el niño no los reconoce como docentes. Si todo el tiempo que los padres comparten con su hijo consiste en una continuación de lo escolar, el niño además de sentir fracaso en el cole puede sentir fracaso también en casa y que decepciona a sus padres continuamente. A veces ayuda poder delegar estas funciones en aulas de apoyo o refuerzo, ludotecas, clases particulares,...</i>
4)	Estrategias con las tareas escolares: <ul style="list-style-type: none"> a) <i>El hábito de estudio debe favorecerse desde pequeño.</i> b) <i>Busque un lugar adecuado, alejado de ruidos y distracciones.</i> c) <i>La hora y el sitio deben ser siempre los mismos (después de descansar, en la misma habitación,...).</i> d) <i>Comenzar con períodos supervisados de actividad académica, para posteriormente ir retirando dicha supervisión.</i> <ul style="list-style-type: none"> i) <i>Se pueden hacer sugerencias ante la observación de dificultades pero no hacer las tareas por él, ni corregir o hacerle borrar los fallos continuamente, eso es tarea del colegio y el niño tiene que aprender de sus errores.</i> e) <i>No castigar en casa por una conducta que se ha castigado en el cole: Si no lleva las tareas a hechas, el docente impondrá una consecuencia en el aula, el niño aprende de sus errores.</i> f) <i>Utilizar períodos de descanso suficientes para fortalecer una atención más concentrada y realizar tareas cortas, estructuradas y reforzadas/incentivadas.</i> <ul style="list-style-type: none"> i) <i>El niño necesita descansar, un niño pequeño no puede invertir toda la tarde en hacer las tareas. "Habrá que consensuar con el cole el número de las mismas y cuáles son más prioritarias si el niño requiere más tiempo para ellas.</i> g) <i>Cambiar de actividad cuando disminuye la atención.</i> h) <i>Utilizar adecuadas técnicas de estudio y externalizar la información dándole un soporte visual que favorezca la estructuración e interacción de las estrategias (agendas supervisadas, información visual cuando no se comprende la explicación, listado de tareas del día, entre otras.).</i> i) <i>Utilizar relojes de fácil lectura y calendarios para favorecer la organización temporal.</i> j) <i>Actitud de ayuda: valorar posibilidades disponibles de aulas de apoyo, cursos de técnicas de estudio, docentes particulares,...</i> <ul style="list-style-type: none"> i) <i>Es controvertido utilizar alumnos que apoyen porque el niño puede sentirse en inferioridad respecto al grupo.</i>
Comunicación y autoestima	
1)	<i>Fomentar una buena imagen de sí mismo a través de una acción centrada en reforzar sus logros, ideas, sus esfuerzos por realizar las tareas, cualidades o conductas positivas.</i> <ul style="list-style-type: none"> a) <i>Trate de hacer observaciones positivas sobre sus trabajos y sobre posibles dificultades.</i> b) <i>Elógielo siempre que sea posible y de forma veraz (no mentir).</i> c) <i>Siempre hay algo por lo que un niño se destaca: Búsquelo y hágaselo saber.</i> d) <i>Evitar hacer comparaciones negativas con hermanos o iguales.</i>
2)	<i>Evitar lenguaje crítico, humillar, pegar,...Además de no ser eficaces, pueden tener serias repercusiones en la imagen de uno mismo.</i>
3)	<i>Referir el lenguaje o la crítica a la conducta inadecuada y no a la persona, tratando de ofrecer una conducta alternativa.</i>
4)	<i>Mostrar interés por las preocupaciones de los hijos, dar tiempo para que cuenten su vida.</i>
5)	<i>Validar sus emociones aunque sean negativas haciéndole saber que entiende cómo se siente.</i>
6)	<i>Ayudar a poner palabras a la conducta del niño: Cuando tiene una rabia por ejemplo tratar de validar cómo se ha sentido y darle alternativas,...</i>
Facilitar la interacción social	
1)	<i>Favorecer el contacto (a veces supervisado), con otros niños en el domicilio familiar o actividades grupales.</i>
2)	<i>Fomentar la empatía y conducta prosocial.</i>
Fomentar la autonomía:	
1)	<i>Favorecer la autonomía en las actividades básicas da al niño puede potenciar el sentimiento de eficacia y seguridad consigo mismo.</i>
2)	<i>Darle pequeñas responsabilidades domésticas, aludiendo a la confianza que se tiene en él, como poner la mesa,...</i>

Anexo 3b. Fichas de información para padres sobre el tratamiento farmacológico

Ficha de información para padres sobre el tratamiento con metilfenidato

FICHA DE RECOMENDACIONES A PADRES SOBRE EL TRATAMIENTO CON METILFENIDATO (adaptación de ^{31 y 32})

INDICACIONES

Tratamiento con indicación para el TDA-H en niños y adolescentes mayores de 6 años.

¿CUÁNDO SE PUEDE EMPEZAR A NOTAR EFICACIA

Se puede notar eficacia desde los primeros días de tratamiento (en los síntomas de inatención e hiperactividad, otros síntomas asociados como las alteraciones de conducta, autoestima, ...mejoran con otro tipo de intervenciones como las psicológicas), y la mejoría de los síntomas tiende a incrementarse en las primeras semanas

¿CÓMO SE ELIGE LA DOSIS?

Los estimulantes están disponibles en varias presentaciones de liberación corta (Rubifen®) y de liberación prolongada (intermedia: Medikinet®; y prolongada: Concerta®).

La dosis inicial se suele ajustar según la edad y el peso, aunque la dosis de mantenimiento depende de la respuesta clínica: se ajusta el tratamiento a la menor dosis con la que se observa una mejoría clínica manifiesta).

En las formas de liberación corta (Rubifen®) hay que evitar darla después de las 16 horas porque puede empeorar el sueño.

En las formas de liberación prolongada evitar dar después de las 14 horas (Medikinet®) y después de las 12 horas (Concerta®) por el mismo motivo.

NO AUMENTAR O DISMINUIR LA DOSIS SIN CONSULTAR CON EL MÉDICO (ante dudas, ponerse en contacto con el mismo)

¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO SE DEBERÍA TOMAR ESTA MEDICACIÓN?

Normalmente se prescriben por un período de meses o años.

SE recomienda reevaluar la necesidad de continuar con el tratamiento cada año y la ficha técnica recomienda hacer una prueba de retirada cada año.

En algunos casos se decide hacer "vacaciones del tratamiento" y suspenderlo durante las vacaciones o los fines de semana, esta medida se puede tomar para minimizar los efectos secundarios que hayan aparecido (disminución del apetito...) de forma consensuada con el médico y NUNCA se retira de forma brusca.

EFFECTOS SECUNDARIOS

Los efectos secundarios ocurren en mayor o menor medida con todos los fármacos. Normalmente no son serios y no ocurren en todos los individuos. Pueden notarse antes de que se observe la respuesta en los síntomas. Si se aprecian, hay que consultar con el médico de referencia.

Efectos frecuentes que se deben comunicar al médico en la próxima visita

- Dificultad para dormir
- Agitación o excitabilidad: algunos niños se pueden notar nerviosos al comienzo.
- Disminución del apetito y pérdida de peso: Intentar tomar la medicación después de las comidas, hacer comidas más ligeras y más frecuentes. Los percentiles de crecimiento se controlarán por el médico de referencia.
- Dolor de cabeza: Tiende a ser temporal y se puede manejar con analgésicos, se debería hacer una toma de la tensión arterial si ocurre para descartar alteraciones.
- Náuseas: Tomar la medicación con comida o lácteos.
- Boca seca: Tomar caramelos o chicles ácidos y sin azúcar, beber agua regularmente,...
- Mareo al levantarse bruscamente cuando uno está tumbado o sentado: Levantarse más despacio.
- Tos, o molestias en la nariz o la garganta.

FICHA DE INFORMACIÓN PARA PADRES SOBRE EL TRATAMIENTO CON METILFENIDATO

Efectos raros que hay que comunicar al médico INMEDIATAMENTE

- Pulso irregular o rápido o palpitaciones.
- Sensación de mareo o pérdida de conciencia ante el ejercicio: retirar.
- Tics o problemas del movimiento.
- Se mantiene el dolor de cabeza.
- Dolor en las encías, en la garganta o en la boca.
- Enrojecimiento de la cara o irritación en la piel.
- Debilidad, cansancio, fiebre o sentirse como si se tuviera gripe, junto con náuseas o pérdida de apetito.
- Orina oscura o coloración amarillenta en los ojos.
- Agitación o nerviosismo grave.
- Irritabilidad importante o cambios de humor importantes, alucinaciones,...
- **COMUNICAR INMEDIATAMENTE LA SOSPECHA DE EMBARAZO.**

¿QUÉ HACER SI SE HA OLVIDADO UNA TOMA DE LA MEDICACIÓN?

Si se toma la medicación dos o tres veces al día y se olvida una toma después de las 4 horas siguientes, olvidar tal toma y continuar con el esquema propuesto por el médico.

NO DOBLAR LA DOSIS NI COMPENSAR TOMAS PERDIDAS (no añaden ningún beneficio y pueden provocar efectos secundarios).

¿SE PUEDE TOMAR CON OTRAS MEDICACIONES?

Este tratamiento puede interferir con otros, incluido con supuestos “remedios naturales” como la hierba de san Juan,...**SIEMPRE CONSULTAR CON EL MÉDICO.**

PRECAUCIONES

- No se debe usar en pacientes que tienen la tensión alta o enfermedades cardíacas o tiroideas.
- Hay que comentar con el médico cualquier cambio en los hábitos de sueño, alimentación o comportamiento.
- No cambiar la dosis sin consultar con el médico.
- No masticar o romper las cápsulas a menos que se haya consultado con el médico: las cápsulas de Concerta® no se deben abrir, las de Medikinet® se pueden abrir y mezclar con gelatina o mermelada, pero no masticar las esferas del contenido y después beber líquido por si se quedan en la boca restos.
- Si se toman comidas muy grasas el efecto se puede notar más tarde de lo habitual.
- No mezclar con líquidos ácidos o ricos en vitamina C porque se puede alterar la cubierta que envuelve el fármaco y alterar su absorción.
- No usar alcohol.
- Las cápsulas de Concerta® a veces no se disuelven y pueden aparecer en las heces, pero no hay que preocuparse.
- Mantener la medicación en un lugar limpio, y seco, a temperatura ambiente, y FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS.

La enfermera o el médico de referencia podrán resolver cualquier duda que les surja.

Ficha de información para padres sobre el tratamiento con atomoxetina

FICHA DE INFORMACIÓN PARA PADRES SOBRE EL TRATAMIENTO CON ATOMOXETINA (Adaptado de ^{31 y 32})

INDICACIONES

Tratamiento con indicación para el TDA-H para niños o adolescentes mayores de 6 años.

¿CUÁNDO SE PUEDE EMPEZAR A NOTAR EFICACIA

Se puede notar eficacia a partir de las 3 ó 4 semanas (la mejoría se puede observar en síntomas de hiperactividad, inatención y ansiedad, otros síntomas como los problemas de conducta habitualmente requieren otro tipo de intervenciones psicológicas), aunque para desestimar su eficacia hay que esperar hasta 12 semanas, porque hay niños que mejoran en ese plazo.

¿CÓMO SE ELIGE LA DOSIS?

La dosis inicial se suele ajustar según la edad y el peso, aunque la dosis de mantenimiento depende de la respuesta clínica. Se puede dar con o sin alimentos.

NO AUMENTAR O DISMINUIR LA DOSIS SIN CONSULTAR CON EL MÉDICO

¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO SE DEBERÍA TOMAR ESTA MEDICACIÓN?

Normalmente se prescriben por un período de meses o años.

SE recomienda reevaluar la necesidad de continuar con el tratamiento cada año y la ficha técnica recomienda hacer una prueba de retirada cada año.

EFEKTOS SECUNDARIOS

Los efectos secundarios ocurren en mayor o menor medida con todos los fármacos. Normalmente no son serios y no ocurren en todos los individuos. Pueden notarse antes de que se observe la respuesta en los síntomas. Si se aprecian, hay que consultar con el médico de referencia.

Efectos frecuentes que se deben comunicar al médico en la próxima visita

- Aumento de ansiedad, agitación o excitación: algunos niños se pueden notar nerviosos al comienzo.
- Disminución del apetito y pérdida de peso: hacer comidas más ligeras y más frecuentes. En la consulta se realizarán controles de los percentiles de crecimiento.
- Dolor de cabeza: Tiende a ser temporal y se puede manejar con analgésicos., se debería hacer una toma de la tensión arterial si ocurre.
- Puede dar sueño, que se pasa con el tiempo, aunque a veces el médico puede recomendar tomarlo por la noche. Evitar manejar máquinas o conducir si existe este efecto.
- Náuseas: Tomar la medicación con comida o lácteos.
- Boca seca: Tomar caramelos o chicles ácidos y sin azúcar, beber agua regularmente,...
- Mareo al levantarse bruscamente cuando uno está tumbado o sentado: Levantarse más despacio.
- Dificultad para recordar cosas: comentar al médico.

FICHA DE INFORMACIÓN PARA PADRES SOBRE EL TRATAMIENTO CON ATOMOXETINA

Efectos raros que hay que comunicar al médico INMEDIATAMENTE

- Pulso irregular o rápido palpitaciones. Si se produce mareo o pérdida de conciencia con el ejercicio suspender.
- Se mantiene el dolor de cabeza.
- Algún sangrado o cardenales, o marcas rojas en la piel.
- Dolor en las encías, en la garganta o en la boca.
- Enrojecimiento de la cara o irritación en la piel.
- Debilidad, cansancio, fiebre o sentirse como si se tuviera gripe, junto con náuseas o pérdida de apetito.
- Orina oscura o coloración amarillenta en los ojos.
- Dolor en la parte derecha del abdomen.
- Agitación o nerviosismo grave.
- Ideas de muerte.
- Irritabilidad importante o cambios de humor importantes, ...
- **COMUNICAR INMEDIATAMENTE LA SOSPECHA DE EMBARAZO.**

¿QUÉ HACER SI SE HA OLVIDADO UNA TOMA DE LA MEDICACIÓN?

Si se toma la medicación dos veces al día y se olvida una toma después de las 6 horas siguientes, olvidar tal toma y continuar con el esquema propuesto por el médico.

NO DOBLAR LA DOSIS

¿SE PUEDE TOMAR CON OTRAS MEDICACIONES?

Este tratamiento puede interferir con otros, incluido con supuestos “remedios naturales” como la hierba de san Juan,...**SIEMPRE CONSULTAR CON EL MÉDICO.**

PRECAUCIONES

- No se debe usar en pacientes que tiene la tensión alta o enfermedades cardíacas o tiroideas.
- Hay que comentar con el médico cualquier cambio en los hábitos de sueño, alimentación o comportamiento.
- No cambiar la dosis sin consultar con el médico.
- Usar con cuidado en tareas que requieran estar muy alerta por la fatiga que puede causar sobre todo al comienzo del tratamiento (**conducción de maquinaria,**).
- No masticar o romper las cápsulas.
- No usar alcohol.
- Mantener la medicación en un lugar limpio, y seco, a temperatura ambiente, y fuera del alcance de los niños.

La enfermera o el médico de referencia podrán resolver cualquier duda que les surja.

ANEXO 4. INFORMACIÓN PARA EL CENTRO EDUCATIVO

Anexo 4a Orientaciones al centro educativo desde la clínica

ORIENTACIONES A EL CENTRO EDUCATIVO DESDE LA CLÍNICA

Las siguientes orientaciones están realizadas desde el respeto a la cualificación y experiencia de los diferentes profesionales implicados y tienen el objetivo de facilitar un trabajo conjunto que devenga en un desarrollo óptimo del niño³³⁻³⁵.

CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA:

- Cuando hablamos de TDA-H nos estamos refiriendo a un grupo de trastornos escolares y no escolares, que se manifiestan con dificultades en al menos dos de los ambientes: familiar, escolar y social.
- Aunque todos los niños se pueden beneficiar de ciertas estrategias, cada niño es diferente y tiene unas necesidades educativas individuales en función de sus dificultades y habilidades.
- Los síntomas del TDA-H se solapan con los de otras patologías psiquiátricas, por lo que el diagnóstico formal será realizado por profesionales clínicos formados para ello.
- Igualmente, dado que existe un continuum entre los síntomas y la normalidad, hay que tener en cuenta que hay niños que pueden ser traviesos o que pueden presentar una conducta inadecuada sin que esto constituya un trastorno.
- Las distintas habilidades atencionales (atención selectiva, sostenida, dividida,...) se van adquiriendo con la edad, hasta más allá de la adolescencia, por lo que no es fiable realizar un diagnóstico formal antes de los 6-7 años.

SOSPECHA DE SÍNTOMAS COMPATIBLES CON TDA-H

- Cuando el docente sospeche síntomas de TDA-H, lo pondrá en conocimiento del Equipo de Orientación y Apoyo o Departamento de Orientación, que recogerá la información necesaria para realizar la evaluación psicopedagógica que se considere oportuna.
- Desde el ámbito escolar, dada la valiosa información de que disponen a partir de la observación y comparativa con compañeros, se pueden sospechar síntomas de TDA-H, pero dada la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial psiquiátrico adecuado, el diagnóstico formal se realizará desde los profesionales clínicos cualificados para ellos, evitando realizar desde lo escolar, para evitar confusión a las familias, recomendaciones terapéuticas de competencia clínica (tratamiento farmacológico o intervenciones psicoterapéuticas indicadas,...).

Valoración individual desde el responsable de orientación

- El responsable de orientación está cualificado para realizar una valoración individual del alumno que puede incluir:
 - Screening de síntomas de TDA-H, para lo cual se pueden utilizar cuestionarios o escalas como la SNAPIV, ARS, Conners,...
 - Además de los síntomas típicos de TDA-H, algunos aspectos importantes que se pueden recoger a partir de la información y observación en el centro educativo y extremadamente útiles para los clínicos son: la conducta en diferentes entornos, hábitos de autonomía, habilidades sociales y grado de ajuste social en el grupo, autoestima, dificultades específicas en aprendizajes y/o retrasos curriculares, estimación intelectual, presencia de otros síntomas (ansiedad,...),...
 - La información se puede obtener de la familia, el docente y el propio alumno. En alguna ocasión puede ser útil la información de los servicios sociales, dado que para el diagnóstico de sospecha de TDA-H es necesario que las dificultades se manifiesten en al menos dos ambientes del niño.

Medidas a adoptar ante la sospecha de síntomas de TDA-H

- No hay que esperar a la confirmación de un diagnóstico fiable para empezar a adoptar las medidas organizativas y/o curriculares que puedan ir dando respuesta a las necesidades educativas del alumno.

RECOMENDACIONES AL CENTRO EDUCATIVO

COORDINACIÓN

En todos los casos será necesaria la coordinación e información entre Equipo Directivo/ Equipo de Orientación y Apoyo-Departamento de Orientación/ Equipo Docente/ profesionales médicos y familia.

Coordinación con las familias

- Asesoramiento a la familia para derivación a pediatra-médico de atención primaria de referencia para valoración del caso.
 - Evitar dar diagnósticos formales antes de que sean evaluados por un clínico hablando mejor en términos de dificultades o fortalezas que de trastornos que pudieran o no posteriormente desestimarse y crear confusión en los padres.
 - El asesoramiento a las familias y su colaboración, contribuye al mantenimiento en el tiempo de los cambios iniciados en el centro educativo. Algunas orientaciones útiles a los padres desde el inicio pueden ser:
 - Evitar castigar en casa por conductas escolares, para evitar la adopción de los padres de un rol de docentes que puede generar más conflictos que beneficios en el ámbito familiar.
 - Evitar que las familias se culpabilicen por la conducta de sus hijos en el centro educativo. Si se detectan posibles estilos educativos demasiado laxos o inconsistentes ese pueden ser útiles algunas aportaciones a modo más de estrategias que de cuestionamientos, que se pueden interpretar de forma persecutoria y fomentar la desconfianza y falta de colaboración de las familias y dificultara el trabajo conjunto.
 - Evitar en general castigos que incluyan medidas que empeoren la inquietud psicomotriz o el ajuste social como la retirada del recreo o las expulsiones (para un niño con dificultades escolares la evitación del colegio puede suponer más un estímulo positivo que aversivo, y por tanto se puede aprender que "portándose mal me libero del cole").
 - Es fundamental, la aceptación y adaptación a la realidad de las expectativas de las familias respecto a la evolución de sus hijos (por ejemplo en el caso de limitaciones intelectuales)...
- Posibles vías de comunicación:
 - La tutoría entre el tutor (asesorado por el orientador) y el alumno y su familia, es la vía más útil de comunicación y coordinación, y sería deseable que fuera regular y continuada en el tiempo.
 - La utilización de una agenda (ordinaria o electrónica) puede facilitar la colaboración de la familia en la supervisión del trabajo en casa, asegurando que la información llega a destino, a tiempo y se eviten malentendidos o posibles conductas evitativas de los niños ante la angustia por el fracaso (ocultación de información,...).
 - Información útil a incluir pueden ser los deberes diarios, temas de estudio, fechas de exámenes de cada área o materia y contenido, fechas de entrega de trabajos libros de lectura, materiales necesarios y también otras informaciones relacionadas con su progreso académico, esfuerzo, atención, comportamiento...
 - Evitar anotar en la agenda del niño las conductas negativas manifestadas con frecuencia y señalar en cambio las positivas para fomentar la autoestima del niño y reforzar conductas positivas.
 - La información se realizará de forma regular cuidando no perjudicar la autoestima del alumno y ajustando las expectativas de las familias (evitar comunicaciones negativas en presencia del niño y de sus compañeros,...)

RECOMENDACIONES AL CENTRO EDUCATIVO

Coordinación con el ámbito sanitario

- *El intercambio de información entre el centro educativo y los profesionales sanitarios debe realizarse con el consentimiento de la familia.*
 - *Desde el ámbito sanitario se debe solicitar al comienzo de la evaluación del niño información respecto a éste que incluya la valoración individual realizada desde el equipo de orientación.*
 - *Desde el ámbito sanitario se debe emitir un informe con el resultado de la evaluación realizada al niño que incluya orientación diagnóstica en términos no solo de dificultades sino también de habilidades observadas, los resultados de las pruebas complementarias si las hubiera y fueran relevantes para el caso, así como orientaciones terapéuticas y recomendaciones respecto a aquellas.*
- *Durante el tratamiento se facilitará la información entre ambos ámbitos en cuanto a tratamientos empleados, conductas o dificultades observadas,...*

Coordinación con los profesionales docentes

- *Los profesionales del Equipo de Orientación y Apoyo o Departamento de Orientación de los centros, son los encargados de orientar y asesorar a los componentes de la comunidad educativa sobre las conclusiones de la evaluación psicopedagógica, y que se pueden traducir en la elaboración de un Plan de Trabajo Individualizado que permita los ajustes necesarios para favorecer el éxito escolar del niño.*
 - *A la vez que se mantiene un ambiente estructurado, la flexibilización de las medidas organizativas del centro pueden favorecer los aprendizajes.*
 - *Dada la complejidad de la elaboración y seguimiento de un plan de trabajo individualizado para niños que pueden presentar dificultades en múltiples áreas, el proceso se puede optimizar a través de la programación de reuniones periódicas desde el Equipo Directivo que faciliten la coordinación del tutor con el Equipo docente, el equipo de orientación, y si fueran necesarios, otros profesionales implicados. Estos encuentros pueden facilitar, así mismo, la transición en cambios importantes como: cambio de curso, de ciclo o de centro.*

RECOMENDACIONES AL CENTRO EDUCATIVO		
POSIBLES ACTUACIONES		
<i>Medidas organizativas:</i>		
•	<i>Todos los alumnos pueden beneficiarse en mayor o menor medida de ellas, teniendo en cuenta que son medidas generales que habrá que individualizar y monitorizar según la respuesta del niño y su entorno en el aula:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Creación de un clima de clase estructurado y relajado:</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Establecimiento de normas y límites en el centro y en el aula, de forma clara y adecuada a la edad del alumnado y a la vista, en tanto que les ayudan a estructurarse y les dan seguridad. Aunque se actúe en determinados momentos con mayor tolerancia, no se han de modificar las normas básicas de convivencia establecidas.</i> ▪ <i>Se puede reservar un espacio visible y accesible en el aula con información relevante usando apoyos visuales.</i> ○ <i>Estrategias de comunicación:</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Es importante bajar el tono y volumen de voz utilizado y permitido en el aula (por alumnos y docente).</i> ▪ <i>Las instrucciones se pueden dar con firmeza a la vez que asertividad.</i> ▪ <i>Evitar hacer críticas o poner en evidencia al alumno públicamente con comentarios del tipo "eres tonto, no te enteras,...". Es preferible realizar los comentarios en privado, buscando una solución de manera conjunta.</i> ▪ <i>Evitar hacer comentarios sobre el diagnóstico, tratamiento que toma, frente a otros niños. Etiquetar a los niños es SIEMPRE contraproducente.</i> ▪ <i>Las conversaciones con el alumno serán breves, tanto para motivar, como para corregir actitudes.</i> ○ <i>Relación de respeto mutuo (entre distintos profesionales, con el niño,...).</i> ○ <i>Puede ser recomendable el entrenamiento en habilidades sociales dentro del aula, aprovechando situaciones reales que surjan entre el grupo o planteando situaciones hipotéticas.</i> ○ <i>Favorecer el contacto con otros niños, e integrarlo en actividades grupales si se observa rechazo o aislamiento social,...(algunos niños pueden parecer indiferentes, egoístas o malos con el grupo cuando en realidad existe un deseo hacia la relación pero dificultades en el acercamiento)</i> 	
•	<i>Posibles técnicas de modificación de conducta ante situaciones de conflicto o comportamientos disruptivos en clase:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>. Ante una conducta disruptiva grave apartar al niño del grupo hasta que haya bajado el nivel de angustia acompañado por un adulto en lo posible, evitando medidas que puedan asustar al niño como encerrarlo,... y tratando de ser neutro en las comunicaciones ofrecidas al niño (no sirve en ese momento gritarle, amenazarle, decirle que es malo,... aunque es importante poder hablar sobre lo ocurrido una vez calmado el niño, dándole la opción de explicarse y ofreciéndole alternativas.)</i> ○ <i>Ante situaciones disruptivas banales intentar siempre ignorar (no son útiles las regañinas, sermones o reflexiones morales,...dado que en esos momentos el niño puede sentirse tan agobiado que no está receptivo a recibir información y la confrontación puede empeorar la conducta). Validar y señalar en cambio las conductas que se quieran fomentar o mantener.</i> ○ <i>Los castigos frecuentes no son útiles.</i> ○ <i>Prever situaciones "complicadas" y evitarlas: Evitar tareas en que le niño esté mucho tiempo inactivo, evitar que entre el último, evite situaciones en donde tenga que esperar ya que en situaciones de inactividad se dedicará a incordiar a los compañeros.</i> ○ <i>Las consecuencias a las conductas disruptivas han de ser previsibles y estar claras, simplificando las instrucciones y ser siempre las mismas (por ejemplo, no sacarle del aula ante unas conductas graves sí no ante otras igualmente graves).</i> ○ <i>No pretender cambiar las conductas no deseadas todas al mismo tiempo. Lo más indicado es escoger una o dos conductas que sean las que más distorsionen en el aula.</i> 	
•	<i>Favorecer la autoobservación y la autonomía.</i>	

RECOMENDACIONES AL CENTRO EDUCATIVO

POSIBLES ACTUACIONES

Actuación sobre objetivos y contenidos curriculares

- La adaptación curricular en lo relacionado con objetivos, competencias básicas y contenidos se realiza sólo en aquellos casos en los que el trastorno haya derivado en un desfase curricular significativo.

Métodos pedagógicos:

La flexibilización y adaptación de métodos de trabajo, organización de tiempos y espacios, agrupamientos, materiales y otros recursos didácticos pueden ser de gran utilidad para favorecer el éxito académico del niño.

- No existe un método único que sea válido para todo el alumnado.
- Enseñanza de técnicas de trabajo y estudio: subrayado, realización de esquemas,...
- Aspectos relacionados con la organización y planificación:
 - Se le enseñará a planificar cualquier tarea y los pasos que ha de seguir para su desarrollo.
- Son muy importantes el estímulo y refuerzo frecuente, para evitar su desánimo, ajustando el refuerzo al esfuerzo realizado y no tanto al logro obtenido, reforzando las habilidades en las que se desenvuelve mejor, y no incidiendo demasiado en los fallos y menos de forma pública.
- Mantener contacto visual frecuente evitirá distracciones.
 - Son muy útiles las estrategias destinadas a mejorar la atención del alumno: establecer contacto visual antes de verbalizar las instrucciones, no preguntarle cuando se le ve ausente, utilizar su nombre de pila...
 - Repetir las instrucciones
- El desarrollo de habilidades de revisión del aprendizaje, así como la autocorrección, le permitirá aprender del error, aunque en un principio será el docente quien realice una revisión frecuente.
- Organización del espacio:
 - El niño puede necesitar moverse con cierta frecuencia, por lo que se puede programar por ejemplo el utilizar espacios que le permitan descansar entre una tarea y otra, o darles la posibilidad de realizar tareas que supongan pequeñas responsabilidades dentro o fuera del aula y que impliquen el moverse. En cualquier caso, será necesario establecer tiempos que les permitan moverse.
- La organización del tiempo puede ser flexible según los distintos ritmos de aprendizaje del alumnado; si bien, es conveniente marcar tiempos para que ajusten su tarea a los mismos.
 - Siempre que sea posible se han de ajustar horarios en función del índice de fatiga, de rendimiento escolar...
 - Por ejemplo las asignaturas académicamente más "fuertes" deberían darse en horario matutino, intercalando espacio para el trabajo práctico, haciendo pausas entre las distintas clases.
 - Es útil que los alumnos reconozcan las señales que indican el inicio de una clase y que el docente disponga de distintos recursos para centrar la atención de los alumnos, estableciendo un "código" o "señal secreta" para el alumno que se pueda utilizar cada vez que le vea inatento.
 - Los horarios estarán visibles en algún lugar del aula, lo que les ayudará a estructurarse.
 - Se puede reservar un tiempo semanal para que el alumno ordene su mesa y materiales (libros, cuadernos), diciéndole cómo ha de hacerlo y supervisándolo hasta que se convierta en un hábito.

RECOMENDACIONES AL CENTRO EDUCATIVO

POSIBLES ACTUACIONES

Métodos pedagógicos:

- *Los agrupamientos habrán de realizarse en función de las actividades y de las intenciones educativas.*
 - *La ubicación del alumno/a se realizará en un lugar dónde se evite el máximo de distracciones, pero no se le aislará o separará de forma significativa. La cercanía al docente puede favorecer el contacto visual y la supervisión de tareas.*
 - *El sentarlo al lado de un compañero que pueda servirle como modelo positivo será de gran utilidad.*
- *Las actividades serán cortas, variadas, motivadoras y secuenciadas de forma coherente.*
 - *La organización y estructuración de las actividades en pequeños pasos, les puede ayudar a planificar, finalizar y comprobar.*
 - *La introducción frecuente de novedades, evitará la monotonía y el desinterés. Así como el intercalar actividades de mayor y menor interés o más o menos entretenidas.*
 - *En ocasiones, será conveniente reducir la cantidad de actividades, sin renunciar a trabajar los objetivos y contenidos comunes para el resto del aula, con el objeto de buscar la calidad. Lo importante es asegurarnos de que saben hacerlo.*
 - *Conviene adaptar el número de deberes y tareas para casa a las características del alumnado, teniendo en cuenta que necesitan más tiempo y supervisión y que no siempre las familias tienen la formación suficiente para poderles ayudar, puede aumentar tensiones familiares y constituir un estímulo aversivo para lo escolar en el niño.*
 - *Como estrategia se puede plantear la realización de un número mínimo de actividades para toda la clase que aseguren la consecución de los objetivos planteados, y un número de actividades voluntarias que sumen nota.*
 - *Se pueden introducir actividades opcionales para toda el aula, que trabajen el mismo objetivo, pero posibilitando que sean los alumnos quienes elijan el tipo de actividad.*
 - *Se puede tener cierta flexibilidad ante olvidos o retrasos en entrega de trabajos, contrastando las excusas dadas por el alumno con la información de las familias.*
 - *Los materiales y recursos didácticos utilizados habrán de ser motivadores y diversos*
 - *La utilización de medios técnicos e informáticos favorecerá su atención y motivación.*
- *La manipulación de materiales facilitará la resolución de problemas, en tanto que en ocasiones tienen dificultades para abstraer conceptos.*

RECOMENDACIONES AL CENTRO EDUCATIVO

POSIBLES ACTUACIONES

Métodos evaluativos:

- *Lo más importante es estar seguros de que el alumno ha adquirido las competencias, objetivos y contenidos programados y tener en cuenta su esfuerzo.*
- *Considerando que el alumno puede tener dificultad para calcular y organizar el tiempo que necesita para realizar un examen, como profesionales, habremos de valorar y adaptar el tiempo necesario o contemplar diferentes opciones:*
 - *Dividir el examen en dos partes para ser realizadas en jornadas diferentes.*
 - *Adaptar el examen: reduciendo el número de preguntas, destacando palabras clave, combinando diferentes formatos de pregunta en una misma prueba (de desarrollo, definiciones, opción múltiple, de completar, de elegir entre dos opciones...)*
 - *Ampliar el tiempo de realización del examen.*
 - *Realizar el examen de forma oral. Combinar evaluaciones orales y escritas.*
 - *Aumentar la frecuencia de exámenes, pero con menor número de preguntas.*
 - *Permitir un tiempo para pensar y otro para hacer preguntas.*
- *Otros aspectos serían:*
 - *Proporcionar el calendario de exámenes con antelación suficiente, una semana como mínimo.*
 - *Evaluar en las primeras horas de la jornada.*
 - *No poner más de un examen en el día.*
 - *Reducir las distracciones en el lugar del examen en la medida de lo posible.*
 - *Supervisar que lee con atención los enunciados de las preguntas y verificar que las entiende.*
 - *Recordar al alumno/a que revise el examen antes de entregarlo y asegurarse que ha respondido la mayoría de las preguntas antes de entregarlo.*
 - *Valorar que el éxito, en ocasiones no está en el resultado, sino en el proceso.*

Anexo 4b Modelo de solicitud de informe psicopedagógico al centro educativo desde la clínica
Adaptación de ¹²¹.

Solicitud de informe psicopedagógico al Equipo de Orientación Psicopedagógica del centro educativo

Nombre del Centro educativo.....

Fecha.....

Nombre del niño o adolescente.....

.....

Fecha de nacimiento.....

Curso.....

Nombre del padre o tutor.....

.....

que da su consentimiento para compartir información del niño o adolescente con la finalidad de favorecer la coordinación y atención adecuada a las necesidades del niño o adolescente.

Firma.....

Estimado compañero,

El niño o adolescente con el nombre expuesto previamente está siendo evaluado en el momento actual por sospecha de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la Unidad Funcional de evaluación y manejo del TDA-H de la USMIJ del CH La Mancha Centro. De acuerdo con "la guía práctica de evaluación y manejo clínico" de nuestra área sanitaria, la evaluación psicopedagógica es fundamental tanto para el proceso diagnóstico como para el diseño de la intervención terapéutica del niño o adolescente con sospecha de TDA-H. Para ello es necesario tener en cuenta la presencia de posibles dificultades en el aprendizaje observadas en el aula (específicas o generales, existencia de adaptaciones curriculares,...), así como la estimación intelectual del niño o adolescente. Será de utilidad cualquier otra información en relación con la adaptabilidad social del niño o posibles alteraciones observadas en la conducta o las emociones, habilidades sociales,...

Gracias por su colaboración,

.....

Fdo.....

Sello.....

Para cualquier información no dude en ponerse en contacto con la unidad.

Tlf de contacto.....

Número de Fax.....

ANEXOS 5. INFORMACIÓN PARA EL NIVEL 1 DE ASISTENCIA: ATENCIÓN PRIMARIA/ MEDICINA DE FAMILIA

Anexo 5a. Detección precoz de patología mental desde primaria

Los siguientes signos de alarma observados desde primaria orientarían a la necesidad de derivación a USMIJ para evaluación y posible intervención.

SIGNS DE ALARMA PARA DETECCIÓN PRECOZ DE PATOLOGÍA MENTAL DESDE PRIMARIA³⁷:

Signos de alarma en relación con el desarrollo: En general relacionados con la no consecución de los fines asociados y esperados para la edad de ese niño.

En el área del crecimiento, peso y comida:

- *El niño pequeño no gana peso o se mantiene, no crece, no adelanta en su capacidad para alimentarse (comida líquida en el segundo año de vida), rechaza la comida o vomita con frecuencia.*

Temperamento/carácter:

- *Llora más de 3 horas diarias, está la mayor parte del tiempo alborotado, constantemente irritable, difícil de calmar y sin paciencia. Niño con "temperamento dificultoso".*

Relaciones y comunicación:

- *No conecta con los que tiene alrededor y no responde, no sonríe, no mantiene el contacto ocular.*

Emocional:

- *Historia de un evento traumático (violencia doméstica), está hipervigilante, ansioso, excesivamente preocupado, o "congelado" en el tiempo; parece triste o sin energía, muestra poca alegría.*

Lenguaje:

- *No intenta imitar palabras o frases, después del año no señala o no usa un apropiado lenguaje corporal, dificultad en identificar gestos, no usa las palabras con intención comunicativa.*

Sensibilidad:

- *Se le ve hipertónico, rígido y tenso, es demasiado sensible a ruidos, a ser tocado, no focaliza o está constantemente inquieto, se muestra desorganizado durante las comidas o en otras muchas actividades.*

Signos de alarma en relación con el ambiente del niño.

- *Con respecto a la relación padres-hijos que puede ser observada en la consulta son llamativos la presencia de cólera hacia ellos, las declaraciones negativas de sus hijos, atribuciones de malas intenciones de la conducta del niño, manejo rudo, pérdida de la paciencia, hablarle coléricamente o sin empatía.*
- *Con respecto al ambiente en casa, violencia doméstica, ausencia de límites, abuso de drogas, trastorno mental en la familia (sobre todo abuso de alcohol), padres con dificultades en el trabajo.*

Signos de alarma en relación con el aspecto del niño.

- *Pobre higiene, acudir a la consulta sin las cosas que puede necesitar el niño (pañales, agua, comida), falta de atención hacia él, no nota sus conductas, padres que hablan demasiado fuerte para un niño muy sensible, o padres demasiado tranquilos para un niño muy poco activo, es decir, todas aquellas señales que indican ausencia de interrelación adecuada y de entendimiento emocional del niño.*

Grupos especiales de riesgo

- *hijos de padres con trastorno psiquiátrico, poblaciones marginales, grupos étnicos específicos, población con niveles socioeconómicos bajos, y niños con puntuaciones altas en escalas clínicas.*

Anexo 5b. Aproximación al diagnóstico de patologías psiquiátricas de exclusión del TDA-H desde primaria

Para la realización de este anexo se han revisado varios artículos y consensos científicos^{9, 10, 14, 21, 22, 26-30, 37,}

Aproximación al diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA)

- ✓ Los síntomas de TEA varían de unos individuos a otros y cambian con el curso del desarrollo. Los síntomas diana serían: déficits cualitativos en interacciones sociales, alteraciones de la comunicación, y presencia de actividades repetitivas y estereotipadas. Además de estos pueden aparecer otros síntomas como hiperactividad, ansiedad, rabia...
- ✓ En los Servicios de Atención Primaria, para detectar los niños con riesgo de padecer Trastornos del Espectro Autista pueden ser útiles escalas evolutivas generales (Escala de Gessel, escala de Denver...); así como determinados signos de alarma y escalas como el CHAT (de Baron-Cohen), aplicable desde el año y medio por el Pediatra, muy sencilla y con alto valor diagnóstico para el niño autista.

SÍNTOMAS Y SIGNOS DE TEA ^{37,54}	
Lenguaje	
Retraso en la adquisición del lenguaje.	
1. Ausencia de balbuceo a los 12 meses	
2. Ausencia de comunicación no verbal como señalar, decir adiós, etc. a los 12 meses	
3. Ausencia de palabras sueltas a la edad de 16 meses	
4. Ausencia de frases espontáneas de dos palabras a los 24 meses	
Pérdida de habilidades lingüísticas a cualquier edad.	
Anomalías específicas del lenguaje:	
1. Ecolalias, lenguaje metafórico, neologismos...	
Interacción social (Preguntas según la escala CHAT más críticas para el diagnóstico de TEA	
Información de los cuidadores:	
1. El niño no se interesa por otros niños.	
2. No han observado juego de simulación o "como si" (jugar a dar de comer a un muñeco,...)	
3. El niño no usa el dedo índice para señalar o indicar interés en algo y compartirlo con el cuidador.	
4. El niño no trae o muestra objetos a sus cuidadores para mostrarle o compartir interés por algo.	
Información a partir de la observación clínica del niño:	
1. El niño no es capaz de hacer un juego "como si" o de simulación al invitarle a ello.	
2. El niño no utiliza el dedo índice para señalar cuando se le pregunta dónde está un objeto inalcanzable para él.	
Intereses restringidos y conductas repetitivas	
1. Conductas repetitivas, restrictivas y rígidas.	
2. Interés por muy pocos objetos o actividades, (o interés inusual por algunos objetos), que realizan repetitivamente	
3. Baja tolerancia a los cambios.	
4. Estereotipias.	
5. Respuestas perceptivas anómalas a estímulos sensoriales (ruidos,...)	
Otros síntomas	
Disminución del umbral de dolor, signos neurológicos menores (pobre coordinación motora,...), hiperactividad, conductas autolesivas, labilidad afectiva, risas y llantos inmotivados,...	

Aproximación al diagnóstico de esquizofrenia de inicio temprano y muy temprano

- ✓ Árbol de decisión en fases iniciales de psicosis, proponiendo una serie de evaluaciones por pasos para el diagnóstico precoz (Pasos para el diagnóstico: Simon et Al 2001).
- ✓ Síntomas prodromicos: Signos y síntomas precoces que sobresalen del estado habitual del paciente y preceden a la instauración aguda y completa de las manifestaciones características de la enfermedad.

Pródromos 49-53

Síntomas prodromicos	Factores de riesgo	Funcionamiento Social	Déficit cognitivos	Exclusión de enfermedades somáticas
<p>(Simon et al 2001)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suspicacia • Fenómenos de influencia o experiencias perceptivas alteradas. • Aceleración o enlentecimiento del pensamiento. • Cambios de humor, depresión, ansiedad, tensión, irritabilidad. • Trastornos del sueño y del apetito. • Pérdida de energía y motivación. • Dificultades en concentración y memoria. <p>(Fallon y col 1996)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comportamientos excéntricos, • Expresión inapropiada de sentimientos, • Discurso disgregado, (difícil de seguir,) • Preocupación por temas extravagantes • Empobrecimiento del pensamiento. • Ideas de referencia (hablan de mí, me miran...). • Premoniciones. • Fenómenos de desrealización y despersonalización(extrañeza respecto al entorno y a sí mismo) • Alteraciones en la percepción. <p>Otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tendencia al ensimismamiento, bloqueos del pensamiento, pérdida de la capacidad de abstracción, excesiva preocupación... • Síntomas psicóticos negativos: apatía, anhedonia, afecto restringido,... • Síntomas psicóticos positivos atenuados: ilusiones corporales, pensamientos mágicos o extravagantes,... • Síntomas psicóticos positivos breves y transitorios: alucinaciones breves y transitorias: alucinaciones, delirios o desorganización de pensamiento o duración comprendida entre minutos y una semana. • Otros: síntomas obsesivo-compulsivos, alteraciones en motricidad, quejas somáticas,... 	<ul style="list-style-type: none"> • Familiares de primer grado diagnosticados de esquizofrenia • Factores congénitos y perinatales: alteraciones genéticas, complicaciones obstétricas, sobre todo la hipoxia; infecciones y malnutrición en el embarazo; • Alteraciones en el desarrollo: retraso en el desarrollo psicomotor; trastorno de la coordinación motora; trastorno del habla... • Anomalías físicas menores: patrones anormales de preferencia manual,... • Factores ambientales: trastorno por abuso de sustancias,... • Factores sociales: juego solitario en la edad preescolar, ansiedad ante situaciones sociales y desconfianza social en la adolescencia,... • Déficit neurocognitivo precoz: menor atención, memoria y coeficiente intelectual.) • Fracaso escolar. • Conductas suicidas en la adolescencia. 	<p>-Relaciones con el grupo de pares, amigos, familia.</p> <p>-Nivel de desempeño en su rol social.</p> <p>-Autonomía en la vida.</p> <p>-Situación o rendimiento escolar-laboral.</p>	<p>Pruebas neuropsicológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Test de dígitos (memoria) -Refranes (abstracción) -Fluidez semántica. 	<p>Diagnóstico diferencial:</p> <p>Esquizofrenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demencias de la infancia, • Delirium: Alteraciones metabólicas y electrolíticas,... • Síndrome velo-cardio-facial • Intoxicación y abstinencia a tóxicos: THC, LSD, anfetaminas, cocaína,... <p>Alucinaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encefalitis herpética o por influenza, tumores cerebrales, migraña, epilepsia, esclerosis múltiple... • Efectos secundarios de fármacos o intoxicación por drogas, <p>Cuadros catatoniformes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encefalitis virales, Lesiones cerebrales (infecciosas, traumáticas, vasculares y neoplásicas); • Intoxicación por monóxido de carbono; • Enfermedades neurológicas que afectan a los ganglios basales, sistema límbico y lóbulos temporales; • Alteraciones metabólicas (diabetes, hipercalcemia, encefalopatía hepática y lupus eritematoso sistémico); • Fármacos como las anfetaminas, antipsicóticos. <p>Ideas delirantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades endocrinas (hipo o hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, Cushing, enfermedad de Addison); • Epilepsia (especialmente temporal); Daño cerebral traumático, tumores cerebrales, • Fármacos: antiepilepticos (levetiracetam, vigabatrina, lamotrigina), estimulantes; • Enfermedades infecciosas (encefalitis herpética, panencefalitis esclerosante subaguda, fiebre exantemática, enfermedad de Lyme, mononucleosis infecciosa, meningitis tuberculosa, VIH); • Enfermedades multisistémicas: LES; • Alteraciones sensoriales; • Causas vitamínicas; • Intoxicación por metales pesados; • Enfermedad de Huntington. <p>Pruebas complementarias: Analítica completa con hemograma, VSG, bioquímica con iones, urea, glucosa, transaminasas, hormonas tiroideas, vitaminas, niveles de fármacos, metales pesados, serologías (VIH, hepatitis, Lues,...), tóxicos,...; Neuroimagen, EEG,..</p>

Síntomas psicóticos en esquizofrenia de inicio temprano y muy temprano⁴⁹⁻⁵³.

Síntomas positivos	Síntomas negativos	Síntomas desorganizativos	Aspecto y conducta
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación desorganizada • Alteraciones formales del pensamiento: frases fragmentadas, bloqueos del pensamiento, asociaciones ilógicas, neologismos,... • Suspicacia, Ideas delirantes <ul style="list-style-type: none"> a. Generalmente fragmentadas y difusas, sin delirio estructurado. b. Hacen alusión a poderes sobrenaturales, habilidades extraordinarias, grandiosidad, existencia de demonios, existencia de máquinas dentro de ellos ... c. Preocupaciones respecto a su apariencia o funcionamiento de su cuerpo • Alteraciones sensoperceptivas: <ul style="list-style-type: none"> a. Alucinaciones visuales, auditivas, táctiles (quemazón,...) b. Alteraciones en la percepción de uno mismo c. Anomalías perceptivas • Afectivos: cambios bruscos e inexplicables de humor, risas o gritos inmotivados, irritabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de las habilidades de lenguaje • Empobrecimiento del pensamiento, • Apatía, anhedonia, abulia • Disminución en la expresión de emociones, indiferencia afectiva, embotamiento afectivo... • Disminución del rendimiento escolar o de los logros para la edad e inteligencia del niño, • Deterioro de del funcionamiento de roles 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamiento extraño,.. • Comportamiento y apariencia extraños • Disminución en atención, memoria,... 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de habilidades sociales y/o aislamiento social • Descuido de la higiene personal • Alteraciones del sueño y del apetito • Alteraciones motoras (catatonía, posturas inapropiadas,...) • Disminución de la tolerancia al estrés normal • Disforia

Aproximación al diagnóstico de depresión

- ✓ Hay que valorar los síntomas según el estadio evolutivo del niño.
- ✓ Para la aproximación diagnóstica se pueden utilizar escalas como la CDI.
- ✓ Se trata de una tristeza patológica, que dura más de lo normal y se une a otras alteraciones neurovegetativas (alteración en hábitos de sueño y de alimentación) y de disfunción (disminución del rendimiento escolar, social, problemas en el centro educativo y con los amigos).
- ✓ Es necesario evaluar su situación familiar, nivel de madurez emocional, edad, desarrollo y autoestima (el niño puede mostrarse crítico consigo mismo "soy tonto," "soy malo", "nada me sale bien", "soy feo" ...).

SÍNTOMAS DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS SEGÚN EDAD DE PRESENTACIÓN ^{13, 26, 27, 37,}		
NIÑOS	ADOLESCENTES	ADULTOS
+++Ánimo bajo e irritabilidad		
+++Baja autoestima		++
+++Irritabilidad episódica y rabietas	++Irritabilidad, rabia	+
++Disminución del rendimiento escolar (disminución de la atención)		++Disminución rendimiento laboral
+++Síntomas de ansiedad (fobias, ansiedad de separación, síntomas obsesivos: me cuesta decidirme,.....)	++Ansiedad,	+
+	+++Retardo psicomotor (astenia, lentitud...)	++
+	+++Anhedonia (pérdida de interés en actividades) y desesperanza (piensa que nada le va a salir bien, "no podré hacer las cosas tan bien como los demás," "nadie me quiere"....)	
+++Quejas somáticas (preocupaciones por el dolor y la enfermedad, gastralgias, vómitos,...)		++Somatizaciones
+++Alucinaciones auditivas congruentes	+++Delirios ("van a pasar cosas terribles", "tengo la culpa de todo",...)	++
+++Aislamiento social ("no me gusta estar con la gente, me siento solo, no tengo amigos...")		
++Alteración control de esfínteres	+++Cambios sueño (insomnio) y apetito (anorexia)	++Síntomas neurovegetativos
+	Pensamientos y actos suicidas (más del 32% tentativa suicida; del 2,5 al 7% muerte por suicidio)	++
Abuso de sustancias		
+	+++Comportamiento antisocial	++
Muy frecuente+++	Frecuente++	Menos frecuente+

Aproximación diagnóstica al trastorno de ansiedad

- ✓ Para la aproximación diagnóstica se pueden utilizar escalas como la de STAIC de ansiedad rasgo-ansiedad estado.

Síntomas de ansiedad en niños y adolescentes^{13, 26, 27, 37,}

- *Inquietud, nerviosismo, angustia*
- *Astenia*
- *Desánimo y tristeza*
- *Miedos y preocupaciones.*
- *Sentimientos de inseguridad*
- *Preocupaciones por hacer mal las cosas, porque puedan ocurrir cosas malas*
- *Dificultad para tomar decisiones*
- *Pensamientos obsesivos*
- *Alteraciones del sueño*
- *Somatizaciones*
- ...

ANEXOS 6. INFORMACIÓN PARA OTROS SERVICIOS MÉDICOS IMPLICADOS

Anexo 6a. Información para pediatría hospitalaria/Medicina Interna

Valoración del riesgo cardiovascular en tratamiento con estimulantes^{9, 11, 32, 38-42}

- Se debe valorar el riesgo cardiovascular al inicio del tratamiento con estimulantes (aunque no hay datos, se deben adoptar las mismas precauciones para el uso de atomoxetina).
- Valoración del riesgo cardiovascular:
 - Anamnesis: Recoger historia personal y familiar clara sobre posibles factores de riesgo cardiovascular.
 - Exploración cardiológica para descartar signos de riesgo cardiovascular.
 - Pruebas complementarias: ECG.
 - Existe una gran controversia sobre la realización rutinaria de un ECG a los todos los pacientes previo al tratamiento con estimulantes, de modo que diferentes sociedades de expertos han llegado a las siguientes conclusiones¹¹:
 - Asociación Americana del Corazón (AHA Scientific Statement): Consenso a favor de la realización de ECG rutinario previo tratamiento y leído por un cardiólogo infantil, a pesar de no existir estudios que validen esta práctica.
 - Asociación Americana de Pediatría: Desaconsejan el uso rutinario de ECG previo al tratamiento, sino orientado por la clínica.
 - Sociedad Canadiense de Pediatría, Sociedad Canadiense Cardiovascular y Academia Canadiense de Psiquiatría del niño y del adolescente: No se recomienda el ECG de rutina, sino guiado por anamnesis y exploración física, aconsejando interconsulta a cardiología si sospecha de enfermedad cardíaca o factores de riesgo identificables.
 - Agencia Europea del Medicamento (EMEA): Recomiendan solicitar ECG si existen antecedentes personales o familiares de enfermedad cardíaca.
- Hoja de valoración de los potenciales factores de riesgo cardíacos (Basada en las recomendaciones del consenso de las sociedades canadienses de psiquiatría, pediatría y cardiología⁴¹).
 - Sería aconsejable su uso también con Atomoxetina

Hoja de identificación de factores de riesgo cardíacos potenciales para muerte súbita en tratamiento con estimulantes.

HOJA DE IDENTIFICACIÓN DE POTENCIALES FACTORES DE RIESGO CARDÍACOS PARA MUERTE SÚBITA ENTRE NIÑOS QUE COMIENZAN CON MEDICACIÓN ESTIMULANTE (Adaptada de⁴¹)

Ante la presencia de alguna de las siguientes alteraciones sería aconsejable completar el estudio con las pruebas complementarias pertinentes: ECG, ecocardiograma,....

ANAMNESIS: Historia personal actual	Sí	No
Disnea con el ejercicio		
Baja tolerancia al ejercicio en ausencia de explicación alternativa (asma, obesidad, sedentarismo)		
Desmayos o crisis comiciales con el ejercicio, sobresaltos o miedo		
Palpitaciones desencadenadas por el ejercicio		
ANTECEDENTES PERSONALES O FAMILIARES DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR		
Historia familiar de muerte súbita o inexplicada incluyendo el Síndrome de Muerte Súbita del lactante, ahogamientos inexplicados o accidentes en vehículos inexplicados. (Indicación absoluta en familiares de primer grado y relativa en segundo o tercer grado)		
Síndrome de QT largo u otras arritmias familiares		
Síndrome de WPW		
Cardiomiyopatías		
Trasplante cardíaco		
Hipertensión Pulmonar		
Accidentes de coche o ahogamientos inexplicados.		
Desfibrilador Implantado.		
EXPLORACIÓN FÍSICA		
Hipertensión Arterial		
Soplo cardíaco no funcional		
Cicatriz de esternotomía		
Otros hallazgos cardíacos anormales		

Anexos 6b. Información para neuropediatria/neurología

Conceptualización teórica

Las disciplinas de neuropediatria /neurología entienden el TDA-H como un trastorno cognitivo conductual heterogéneo que afectaría a las funciones ejecutivas y que estaría en relación con múltiples etiologías: neuroquímica, genética, agresiones al SNC (exposición prenatal a tóxicos: alcohol,...) y también con factores ambientales. Las funciones ejecutivas están en relación al autocontrol (control inhibitorio, flexibilidad, y control emocional), y en relación a la metacognición (esto es, la reflexión, decisiones, planificación para objetivos a medio o largo plazo): memoria de trabajo, solución de problemas, monitorización o sentido crítico. Las funciones ejecutivas desde un punto de vista neurológico dependerían de estructuras cerebrales en maduración hasta más allá de la adolescencia^{46,47}.

Desarrollo de las funciones ejecutivas

Adaptado de⁴⁷.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Adultos
Atención centrada			Atención selectiva		Atención mantenida						Atención alternante Atención dividida Control inhibitorio						
Control atencional				Procesamiento información Logro metas			Flexibilidad cognitiva										

Definición de los términos:

- **Atención selectiva:** Permite focalizar el foco de atención hacia un estímulo determinado.
- **Atención mantenida:** Permite mantener el foco de atención en una actividad concreta durante un tiempo prolongado.
- **Atención alternante:** Permite el cambio del foco de atención de un estímulo a otro.
- **Atención dividida:** Permite retomar la actividad previa cuando se cambia el foco de atención a otro estímulo.
- **Control inhibitorio:** Nos permite detener una actividad (pensamiento,...) que estamos realizando en ese momento.
- **Flexibilidad cognitiva:** Nos permite adaptarnos por ejemplo a una nueva consigna mientras estamos realizando una actividad.

Funciones desde Neurología/Neuropediatria

Diagnóstico diferencial neurológico del TDA-H

- Una de las funciones del neurólogo es el diagnóstico diferencial de patología neurológica que cursa con manifestaciones propias del TDA-H (las llamadas por algunos "TDA-H-like") (Anexo 6).
 - Errores congénitos del metabolismo: Su screening no se haría de forma rutinaria, sino guiado por datos familiares (consanguinidad, previa afectación en otro miembro familiar), o de la historia clínica del niño (clínica que se presenta con cierta evolutividad, cambios

- según circunstancias como fiebre, intervenciones quirúrgicas,...).
- *Intoxicaciones por metales pesados (plomo, mercurio,...): Screening analítico según historia y clínica.*
 - *Síndromes de causa genética conocida (Síndrome de Williams, Síndrome del X frágil): Según historia, exploración física, valoración cariotipo, genética.*
 - *Daño cerebral adquirido:*
 - *Prenatal: exposición intrauterina a tóxicos: embriofetopatía alcohólica y efectos fetales del alcohol,*
 - *Perinatal: prematuridad, encefalopatía hipóxico-isquémica (que haya requerido resucitación pulmonar o que haya cursado con alteraciones del sensorio, convulsiones,...)*
 - *Postnatal: Traumatismo craneoencefálico (que haya cursado con alteraciones del sensorio,...), secuelas de enfermedades oncológicas por intervención quirúrgica en tumores cerebrales o radioterapia de diversos tumores.*
 - *Si durante el proceso de evaluación de un niño en la unidad funcional se constata la presencia de un retraso mental, se valorará el estudio de posibles patologías médicas concomitantes desde pediatría o neuropediatría, realizándose las exploraciones y pruebas complementarias necesarias según orientación clínica^{30,48}.*
 - *En estos casos, las pruebas complementarias se realizan orientadas clínicamente, habitualmente se realiza la prueba del talón de la fenilcetonuria, estudio de hormonas tiroideas y vitaminas, cariotipo (para el consejo genético, por ejemplo en el caso del X frágil),... El estudio de errores congénitos del metabolismo se suele realizar si: hay más de un afectado en la familia, consanguinidad familiar, impresión de evolutividad en el problema, si hay fluctuaciones en la clínica en presencia de fiebre, intervenciones quirúrgicas,...*

ETIOPATOENIA DEL RESTRASO MENTAL^{30,48}**1. FACTORES PRENATALES****a. ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO/DISMETABOLOPATÍAS****i. Trastorno del metabolismo de los aminoácidos:**

Fenilcetonuria.
Hiperglucemia idiopática.
Distrofia oculorrenal de Lowe
Enfermedad del jarabe de arce
Síndrome de Hartnup

ii. Trastornos del metabolismo de las grasas:

Degeneraciones cerebromusculares.
Enfermedad de Niemann-Pick
Enfermedad de Gaucher
Idiocia amaurótica (Tay-sachs,...)
Enfermedad de Hurler

iii. Trastorno del metabolismo de los hidratos de carbono:

Galactosemia
Intolerancia a la fructosa
Glucogenosis
Hipolucemia idiopática

iv. Trastornos metabólicos diversos:

Hipercalcemia idiopática
Hipoparatiroidismo
Cretinismo bocoso
Enfermedad de Wilson
Diabetes insípida nefrogénica
Dependencia de piridoxina
Enfermedad de Crigles-Najjar (ictericia no hemolítica familiar)

b. ALTERACIONES CROMOSÓMICAS

- i. Síndrome de X frágil
- ii. Trastornos autosómicos (síndrome de Down, Síndrome del maullido de gat, trisomía 18, trisomía 22,...)
- iii. Anomalías de los cromosomas sexuales (síndrome de Klinefelter, disgenesia ovárica o síndrome de Turner, Síndrome de Bonneville Ulrich,...)
- iv. Trastornos autosómicos dominantes (neurofibromatosis o enfermedad de Recklinghausen; Distrofia miotónica, craneosinostosis, esclerosis tuberosa de Bourneville; Angiomatosis cerebral o enfermedad de Sturge-Weber,...)
- v. Anomalías del desarrollo producidas por mecanismos genéticos recesivos o desconocidos (anencefalias, microcefalia, macrocefalia, hidrocefalia,...)

c. INFECCIONES MATERNA DURANTE EL EMBARAZO

Sífilis, Rubeola, Toxoplasmosis, Otras,

d. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

Diabetes materna, toxemia gravídica, Exposición a drogas (alcohol) y fármacos (talidomida), Radiaciones, sensibilización al Rh,...

2. FACTORES PERINATALES:

Prematuridad, retraso del crecimiento intrauterino, lesiones durante el nacimiento, lesiones traumáticas cerebrales, hipoxemia, querníctero,...

3. FACTORES POST-NATALES:

Meningitis purulenta, meningoencefalitis vírica, meningoencefalitis aséptica, intoxicación por plomo o mercurio, traumas, trastornos convulsivos, espasmos infantiles, convulsiones febres, parálisis cerebral, enfermedad de Heller, Malnutrición (deficiencia de yodo, vitamina A, vitamina B12, vitamina B6, vitamina D, síndrome de Kwashiorkor,...);...; traumatismo craneal,...

4. FACTORES SOCIOCULTURALES

Pobreza, falta de cuidados sanitarios, deprivación afectiva,...

ANEXOS SALUD MENTAL**ANEXO 7. EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES****Anexo 7a. Historia clínica infantojuvenil: primera entrevista**

HISTORIA CLÍNICA INFANTO-JUVENIL SESCAM	
EPÍGRAFES PRINCIPALES E INFORMACIÓN ÚTIL QUE SE PUEDE INCLUIR	
1. Datos administrativos.	<i>Número seguridad social, número de historia clínica, días de espera hasta derivación,...</i>
2. Datos epidemiológicos:	<i>Nombre, edad, población, centro y año de escolarización, médico de referencia de atención primaria,...</i>
3. Datos familiares:	<ul style="list-style-type: none"> a. <i>Nombre, edad, nivel de estudios y profesión de padres; árbol genealógico de padre y madre en dos generaciones,...</i> b. <i>Observaciones sobre la familia: dinámica familiar,...</i> c. <i>Hermanos: Lugar que ocupa, nivel de estudios,...</i> d. <i>Convivencia: familia de origen,</i>
4. Historia de cuidadores	
5. Historia de la enfermedad actual: relación de síntomas, cronopatía, posibles factores precipitantes o mantenedores,...	
6. Desarrollo evolutivo:	<ul style="list-style-type: none"> a. <i>Embarazo: factores de riesgo...</i> b. <i>Parto: peso al nacer, factores de riesgo perinatales,...</i> c. <i>Hitos del desarrollo psicomotor: sostén cefálico, sedestación, marcha, lenguaje, lectoescritura,...</i> d. <i>Otros: Factores de riesgo de TEA, Interacción social, presencia de juego simbólico, miedos...</i>
7. Hábitos de sueño	
8. Hábitos de alimentación	
9. Control de esfínteres	
10. Caracteres sexuales	
11. Historia de mudanzas.	
12. Posibles estresores vitales: separaciones, enfermedades, fallecimientos, nacimientos,....	
13. Antecedentes médicos y psiquiátricos en familiares de primer grado.	
14. Antecedentes médicos y psiquiátricos personales.	
15. Historia escolar	
16. Relaciones en la familia	
17. Relaciones con iguales	
18. Actividades tiempo libre	
19. Sexualidad	
<i>Observaciones durante la entrevista, orientación diagnóstica y posibles pruebas complementarias.</i>	

Anexo 7b. Evaluación del estado mental en niños y adolescentes

EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES (Referidos siempre en contexto evolutivo del niño)^{26,27,29}

CATEGORÍA	COMPONENTES	RECOGIDA DE INFORMACIÓN
APARIENCIA	Apariencia física	Género, etnia, edad real y aparente, limpieza, estilo de peinado y vestido, presencia de anomalías físicas, indicadores de autocuidado y atención paterna,...
	Forma de relacionarse	Reacción ante la separación de cada cuidador, reacción ante el clínico: vigilancia o confianza, deseo de complacer, actitud seductora,...
	Motricidad	Lentitud o hiperactividad psicomotora mantenida o episódica, bien orientada o errática, coordinación, posturas inusuales o alteraciones motoras: tics, estereotipias, compulsiones, catatonía, acatasis, distonía, temblores, coordinación visuomotora u otras alteraciones de psicomotricidad fina. ...
	Conducta	Ánalisis funcional de la conducta, conducta desorganizada,....
	Discurso	Fluencia (incluyendo tartamudeo, presión), tasa, volumen, prosodia,... Nivel de lenguaje expresivo y comprensivo para la edad del niño.
HUMOR	Afecto actual	Emoción predominante y rango (constreñido a lábil) durante la entrevista, apropiación al contenido (sonrisa inadecuada), intensidad, labilidad
	Ánimo persistente	Emoción predominante a lo largo de días/semanas, si el afecto actual es consistente con esto, si el ánimo es reactivo a situaciones o independiente de éstas,...
	Mecanismos de manejo y regulación de afectos	Cómo se maneja con el estrés o el conflicto, apropiación a la edad de las respuestas y dependencia a los padres, interés sexual, impulsos, agresión, control o modulación de los impulsos (medios alternativos o socialmente apropiados de satisfacerlos), manejo ante frustración o ansiedad
SENSORIO	Orientación	En persona (nombre), lugar (pueblo, país), tiempo (momento del día, día de la semana, mes, año, ...), situación (sobre la consulta)
INTELECTO	Atención	Contacto ocular, necesidad de repetición/redirección, cuánto tiempo se mantiene en actividad, grado en el que cambia de actividad en actividad, distraibilidad,...
	Memoria	Inmediata (repetir números, nombres hacia atrás), corto plazo (nombrar tres objetos a los dos y cinco minutos), a largo plazo (recordar eventos de la semana pasada).
	Inteligencia/ Nivel de conocimientos	Reconocimientos apropiado a la edad de objetos, vocabulario, lectura, contar, habilidades al ordenador, conocimientos según edad en geografía, historia, cultura (famosos, deportes, películas), pensamiento concreto a abstracto, habilidad para clasificar y categorizar.
	Juicio	Conocimiento específico sobre el problema actual (mejor recoger después de establecido el rapport, dado que las respuestas iniciales pueden ser de minimización o negación). Situaciones de valoración de capacidad de juicio: qué hacer si uno se encuentra un sobre con sello cerca de un buzón,...
	Insight	Habilidad para ver explicaciones alternativas, otros puntos de vista, locus de control (interno versus externo), mecanismos de defensa,...
PENSAMIENTO	Formal: Coherencia	Lógico, dirigido a un fin, circunstancial o tangencial (considerar si es apropiado a la edad), pérdida de las asociaciones, ensalada de palabras (incoherencia, neologismos,...)
	Formal: Velocidad	Mutismo, pobreza de pensamiento (perseveración), pensamientos atropellados, fuga de ideas,...
	Percepciones	Experiencias corporales alteradas (despersonalización, desrealización), falsas percepciones de estímulos (ilusiones), no estímulos: Alucinaciones: auditivas (psicosis>TPET>causas orgánicas), visuales (demencia, delirium,...en niños son más frecuentes que en adultos), olfatorias (neurológicas, epilepsia), gustativas (farmacológicas,...)
	Contenido	Obsesiones (ego distólicas, aunque en niños muchas veces son egosintónicas), delirios, pensamientos de hacerse daño, pensamiento mágico, miedos por la noche.

EN NIÑOS MÁS PEQUEÑOS VALORAR: Desarrollo del lenguaje: comunicación receptiva, expresiva, claridad y fluencia en el discurso; Resolución de problemas cognitivos; Desarrollo de un sentido del sí mismo; Relaciones sociales e interés en el entorno; Capacidad para regular los afectos y autocalmarse; Capacidad para la representación simbólica y el juego.

Anexo 7c. Instrumentos de exploración psicopatológica en niños y adolescentes

Pueden ser útiles en el Cribaje de síntomas o trastornos primarios o asociados.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA A TRAVÉS DE ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS, SEMIESTRUCTURADAS, CUESTIONARIOS Y TEST PROYECTIVOS <small>11, 26, 27, 118-126</small>		
TEST DE HABILIDADES GENERALES O INTELIGENCIA		
	Stanford-Binet, Fifth Edition (SB-5)	2 a 89 años
	Wechsler Scales	
	• WPPSI (Escala de Inteligencia Preescolar)	4-6 años
	• WISC -III R (Escala de Inteligencia Niños) y WISC-IV (Wechsler 2005)	6 a 16 años
	• Wechsler Adult Intelligence Scale, 3rd ed. (WAIS-III) (Wechsler 1999)	16 a 89 años
	• Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence (WASI)	6 a 89 años
	• Kaufman Assessment Battery for Children, 2nd ed. (KABC-2) (Kaufman 1997)	2,5 a 12,5 años
	• K-BIT (Kaufman 2000)	4-90 años
	No verbales	
	• Goodenough (Dibujo de la Figura Humana)	3-15 años
	• Leiter International Performance Scale Revised (Leiter-R)	2 a 20 años
	• Wechsler Nonverbal Scale of Ability	4 a 21 años
	• Mc Carthy (MSCA), versión revisada(2006)	2,5 a 8,5 años
	Comportamiento adaptativo	
	• Vineland Adaptive Behavior Scales, 2nd ed.	0 a 90 años
	• Vineland Social-Emotional Early Childhood Scales (SEEC)	0 a 5 años
INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS GENERALES		
	Entrevistas estructuradas	
	• Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV)	Padres: 4 a 17 años Niños: 11 a 17 años
	• Versión española: Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes(EDNA) (Bravo 2001)	
	• Structured Clinical Interview for DSM-IV Childhood Diagnoses (KID-SCID)	7 a 17 años
	• Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA) (Herjanic y Deich 1982)	Padres: 6 a 17 años Niños: 6-12 y 13 a 17 años
	• Versión en castellano de Ezpeleta	
	Entrevistas semiestructuradas.	
	• Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA)	8 a 17 años
	• Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-aged Children (K-SADS) (Chambers 1985)	6 a 17 años
	• Versión castellano (De la Peña)	
CUESTIONARIOS		
	Cuestionarios Screening general	
	Achenbach System of Empirically Based Assessment	
	○ Child Behavior Checklist (CBCL)	1,5 a 5 y de 6 a 18 años
	○ Youth Self Report (YSR)	11 a 18 años
	○ TRF (Teacher Report Form)	1,5 a 5 y de 6 a 18 años
	SDQ (Goodman 1997)	Padres 3 a 16 años Niños y adolescentes de 11 a 16 años.
	BASC (Reynolds y Kamphaus 1992)	
	• Consta de un cuestionario, una historia clínica, un autoinforme, y una parte de observación clínica...	De 3 a 6, de 6 a 12 y de 12 a 18 años.
	Cuestionarios Screening patologías específicas	
	1. Ansiedad	
	• State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) ansiedad estado/Rasgo	9 a 12 años
	• Beck Anxiety Inventory for Youth, Beck Anxiety Inventory	7 a 18+ años;
	2. Depresión	
	• Beck Depression Inventory-II (BDI-II)	13 a 80 años
	• Beck Depression Inventory for Youth (BDI-Y)	7 a 18 años
	• Children's Depression Inventory (CDI)	6 a 17 años
TEST PROYECTIVOS		
	Dibujo de la persona de Machover	5-17 años
	Rorschach Inkblot Test	5 a adulto
	Test de frases incompletas Forer,	niños
	Thematic Apperception Test TAT	6-adulto
	Children's Apperception Test CAT	3-10 años
	Dibujo de la familia	>5 años
	Dibujo de la pareja	
	THC- Árbol, Casa, Persona	> 5 años

Los diagnósticos psiquiátricos nunca se realizan con la información exclusiva de los test, sino que éstos apoyan la evaluación clínica y la anamnesis del niño, realizados por facultativo experimentado

Anexo 7d. Instrumentos de orientación diagnóstica para el TDA-H

La mayoría de los niños y adolescentes con TDA-H no se diferencian de la población general en la mayoría de las pruebas psicológicas tradicionales. Las medidas neuropsicológicas de atención y concentración no diferencian a los niños con TDA-H de otros trastornos mentales o controles sanos².

ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS, SEMIESTRUCTURADAS, CUESTIONARIOS, ESCALAS Y PRUEBAS ESPECÍFICAS PARA TDA-H^{11, 26, 27}	
INSTRUMENTOS: ENTREVISTAS Y CUESTIONARIOS	OBSERVACIONES
ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS	
○ PACS: Parental Account Children Symptoms. Taylor, 1986	
CUESTIONARIOS TDA-H (ordenadas según grado de consistencia inter. decreciente¹¹⁾	
○ ADHD Rating Scale-IV (Du Paul 1997, 1998)	Versión padres y maestros De 5 a 18 años.
○ Conners Rating Scales Revised (Keith y Conners 2008)	Versión padres, maestros y autoinforme. De 6 a 18 años.
○ Escalas EDAH (Anna Farré y Juan Narbona 1997)	Versión maestros (6 a 12 años) Validada en España
○ SNAP-IV Rating Scale	Versión padres y maestros. De 5 a 11 años. Útil para cambios de tratamientos. No validada en España.
○ Escalas Magallanes (García-Pérez y Magaz-Lago 2000)	Versión padres (6 a 16 años) y maestros (6 a 12 años) Validada en España
○ Otras ARS de la OMS, SWAN Rating Scale	
● Docentes (además de las previamente descritas)	
○ IOWA CTRS: Inattention-Overactivity with Aggression	
○ Escalas ATIENZA docentes	
● Padres	
○ Escalas ATIENZA padres	
○ Vanderbilt	
○ Escala de Evaluación Wender de UTA para TDA-H en padres	Diagnóstico retrospectivo
OTROS CUESTIONARIOS ÚTILES	
Adaptación	
○ TAMAI (Hernández Hernández)	
Autocontrol e impulsividad	
○ SCRS (Escala de Kendall y Cox)	Para autocontrol e impulsividad Versión niños padres
○ Escala de impulsividad de Barratt	
Estado de ánimo	
○ CDI (Children Diagnostic Interview)	
Ansiedad	
○ STAI (Escala de ansiedad rasgo-ansiedad estado)	Diagnóstico retrospectivo
Aprendizaje lector y escritura	
○ PROLE (Evaluación de procesos lectores) versión primaria (Rodríguez 2007) y secundaria de 2003.	
○ PROESC (evaluación de procesos de escritura) para primaria (Cuetos, Ramos 2002)	
○ TALE (test de análisis de lectura y escritura (Cervera y Toro 1990), hasta 9º de primaria.	
Trastorno bipolar	
○ YMRS (Youth Mania Rating Scale)	Versión padres y niños
Personalidad	
○ TCI (de Cloninger)	
Generales	
○ Escalas de Achenbach de síntomas internalizantes y externalizantes	CBC padres, niños (YSR: Youth Self Report), docentes,
○ Cuestionario de capacidades y dificultades SDQ	Existe versión para docentes

ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS, SEMIESTRUCTURADAS, CUESTIONARIOS, ESCALAS Y PRUEBAS ESPECÍFICAS PARA TDA-H^{11, 26, 27}		
RENDIMIENTO NEUROCOGNITIVO: Funciones ejecutivas		
Planificación		
• <i>Tower of Hanoi/London</i>	• Función ejecutiva: Planificación <i>Puede estar alterada en impulsividad</i>	
Monitorización		
• <i>Fluidez verbal(categorías fonológicas y semánticas)</i>	• Monitorización: fluidez verbal	
Flexibilidad		
• <i>Trail making Test A y B</i>	• Flexibilidad cognitiva(mayores de 11 años) • Velocidad procesamiento • Coordinación visuomanual <i>Puede estar alterada en impulsividad</i>	
• <i>Wisconsin Card Sorting Test</i>	• Función ejecutiva <i>Puede estar alterada en impulsividad</i>	
Inhibición		
• <i>Test de Stroop Color-Word (Golden 2001) (mayores de 7 años)</i>	• Distrábilidad • Atención selectiva • Inhibición de respuestas automáticas <i>Puede estar alterada en inatención e impulsividad</i>	
Memoria operativa		
• <i>Test de figura compleja de Rey</i>	• Función ejecutiva: planificación, organización (mayores de 4 años) • Memoria visual • Velocidad de procesamiento • Coordinación visuomanual y visuocontractiva <i>Puede estar alterada en impulsividad</i>	
• <i>Cubos de Corsi</i>	• Memoria de trabajo visual	
• <i>Subescala dígitos WISC</i>	• Memoria trabajo audioverbal	
Atención		
<i>Pueden estar alteradas en TDA-H</i>		
• <i>D2 (Bricken Kemp y Zillmer 2004),</i>	• Atención (8-18 años)	
• <i>Test de Percepción de diferencias: CARAS (Thurstone y Yela 1985)</i>	• Atención selectiva: discriminación, semejanzas y diferencias(mayores de 6 años)	
• <i>Pruebas de rendimiento atencional: Miden tiempo de reacción, precisión de la respuesta (aciertos y errores), duración de la respuesta y tasa de respuesta</i>		
<i>Prueba de ejecución continua (Continuos Performance Test CPT) (Conners y Staff 2004).</i>	Aporta valoración de respuestas correctas, falsos positivos (impulsividad) y falsos negativos (distrábilidad): • Mayores de 6 años. • No validación en población española	
	• Vigilancia: atención selectiva y sostenida • Inhibición de respuesta	
<i>Test de Atención Sostenida (TASS A y B)</i>	• Atención sostenida y mantenida <i>La B puede estar alterada en TDA-H</i>	
<i>CSAT(Children sustained attention task) (Servera y Habres 2004)</i>	• Atención (6-11 años)	
<i>Test de Toulouse-Pierón</i>	• Concentración y resistencia a la monotonía (mayores de 10 años)	
<i>MFF-20 (Cairns y Cammock 2002)</i>	• Estilo cognitivo reflexivo-impulsivo (de 6 a 12 años).	

ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS, SEMIESTRUCTURADAS, CUESTIONARIOS, ESCALAS Y PRUEBAS ESPECÍFICAS PARA TDA-H^{11, 26, 27}**RENDIMIENTO NEUROCOGNITIVO: Funciones ejecutivas****RESUMEN Subpruebas Wechsler**

	<ul style="list-style-type: none"> • Cubos 	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción visual • Coordinación visuomotora <p><i>Puede estar alterada en TDA-H</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Semejanzas 	<ul style="list-style-type: none"> • Razonamiento verbal • <i>No tiene por qué estar alterada</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Conceptos 	<ul style="list-style-type: none"> • Razonamiento abstracto
	<ul style="list-style-type: none"> • Vocabulario 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo del lenguaje.
	<ul style="list-style-type: none"> • Matrices 	<ul style="list-style-type: none"> • Inteligencia fluida
	<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión 	<ul style="list-style-type: none"> • Razonamiento verbal
	<ul style="list-style-type: none"> • Letras números 	<ul style="list-style-type: none"> • Memoria auditiva a corto plazo • Atención • Velocidad de procesamiento.
		<p><i>Puede estar alterado en TDA-H</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de símbolos 	<ul style="list-style-type: none"> • Velocidad de procesamiento. • Percepción visual. • Coordinación visuomanual • Capacidad de concentración
	<ul style="list-style-type: none"> • Claves 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación visuomanual • Velocidad de procesamiento
	<ul style="list-style-type: none"> • Aritmética 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Puede estar alterado en TDA-H, especialmente en inatención</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Retención de dígitos <ul style="list-style-type: none"> ○ Directa/progresión ○ Inversa/regresión 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención dividida • Memoria de trabajo verbal y atención auditiva
		<p><i>Pueden estar alterados en TDA-H</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Sub-prueba de laberintos del WPPSI y WISC-R 	<ul style="list-style-type: none"> • Volumen de la atención • Capacidad concentración y secuenciación • Memoria de trabajo • Habilidad planificar y organización perceptual • Habilidad visuomotora
		<p><i>Puede estar alterado en impulsividad</i></p>

El diagnóstico de TDA-H no se hace exclusivamente en base a los resultados de escalas y cuestionarios, sino que éstos apoyan la evaluación clínica y la anamnesis realizada por el facultativo experimentado. Además, en la actualidad no contamos con un instrumento exclusivo (que no intervengan otras funciones cognitivas), específico (que permita el diagnóstico diferencial) para medir la capacidad de atención.

ANEXO 8. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TDA-H CON OTRAS ENTIDADES**Anexo 8a. Diagnóstico diferencial con trastornos médicos**

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TDA-H CON TRASTORNOS MÉDICOS ^{9,10,26,27}		CONSIDERACIONES
TRASTORNOS		
Sensoriales	Déficit auditivos o visuales	
Alteraciones perinatales:	Síndrome alcohólico fetal Daño cerebral perinatal	
Trastornos respiratorios del sueño		
Síndrome de las piernas inquietas		
Metabólicos:	Anemia Malnutrición Fenilcetonuria	
Farmacológicos:	Anticonvulsivantes (carbamacepina,...); Antihistamínicos, Benzodiacepinas, Betabloqueantes, Fenotiacinas, Teofilinas, Fenobarbital, Cafeína en exceso, ... Efedrina Isoniazidas Neurolépticos Broncodilatadores	
Tóxicos:	Metales pesados (Plomo) Abuso de sustancias	Algunas intoxicaciones cursan con inatención e hipocinesia: barbitúricos, alcohol (también hipercinesia),...
Enfermedades neurológicas:	<ul style="list-style-type: none"> • Epilepsias • Trastornos del movimiento: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Corea de Sydenham, movimientos estereotipados ... • PANDAS • Trastornos neurocutáneos: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Neurofibromatosis tipo I • Trastornos neuromusculares: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Miotonía distrófica. • Enfermedades neurodegenerativas: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Leucodistrofia metacromática • Enfermedades metabólicas: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Adrenoleucodistrofia • Secuelas de infecciones del SNC • Trastornos de la coordinación motora • Traumatismos craneoencefálicos 	Algunas lesiones cerebrales, como la de los hemisferios, cursan con inatención, acinesia y negligencia de partes del cuerpo.
Enfermedades endocrinas:	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Alteraciones tiroideas: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Hipertiroidismo ◦ Hipotiroidismo ◦ Resistencia a la hormona tiroidea 	
Trastornos genéticos:	Síndrome del X frágil, Síndrome de Klinefelter, Síndrome de Turner, Síndrome 47 XYY, Síndrome velo-cardio-facial, Síndrome de Williams	
Delirium	Múltiples causas	Puede cursar con hipercinesia o hipocinesia

Anexo 8b. Clasificación TDA-H según posible etiopatogenia

● Trastornos atencionales de base emocional

- primario
- reactivo
- falta de interés

● Trastornos atencionales de base cognitiva

- discapacidades verbales y no-verbales de aprendizaje
- debilidad atencional selectiva
- déficit en habilidades atencionales

● Trastornos atencionales de base biológica

- fatiga y déficit en arousal
- factores temperamentales
- Enfermedad médica
- Trastornos afectivos

(Cohen, 1993)

Anexo 8c. Diagnóstico diferencial del TDA-H con otras patologías psiquiátricas

Para la elaboración de este anexo se han revisado distintos textos y artículos de interés^{12, 18, 21-22, 25-29, 55-57, 115-117}.

TRASTORNO	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS SÍNTOMAS DE HIPERACTIVIDAD, IMPULSIVIDAD E INATENCIÓN DEL TDA-H CON TRASTORNOS PSIQUETRICOS			CONSIDERACIONES	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
	Hiperactividad	Inatención	Impulsividad		
VARIACIÓN DE LA NORMALIDAD	Hay niños temperamentalmente más inquietos, sin que estos rasgos provoquen un grado de disfunción moderado o grave en sus vidas.				
TRASTORNOS EXCLUYENTES SEGÚN DSM-IV Y CIE-10					
AUTISMO/ TEA (TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA)/ TEA (TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO)	<u>Síntomas de hiperactividad o que se confunden con ella:</u> <ul style="list-style-type: none"> Cambios bruscos de actividad, resistencia a actividad instruida, adherencia a actividad preferida. Agitación, giros, pasos marcados,... Repeticiones compulsivas y estereotipadas. 	<u>Síntomas de inatención o que se confunden con ella:</u> <ul style="list-style-type: none"> La dificultad para atender solicitudes de interacción y la falta de motivación se puede interpretar como TDA-H. La dificultad en la organización de los procesos de pensamiento puede reflejarse conductualmente como dispersión atencional. 	<u>Síntomas de impulsividad o que se confunden con ella:</u> <ul style="list-style-type: none"> Ser ajeno al espacio de los otros. Fácil frustración. Irritabilidad, rabietas cuando se interrumpen rutinas o rituales. Labilidad, impredecibilidad. 	Los niños con TEA muestran con frecuencia conductas hiperactivas, inatención e importante impulsividad que pueden generar un diagnóstico erróneo de TDA-H. <i>Otros síntomas que pueden solaparse con TDA-H: Insomnio.</i>	Son más propios del TEA que del TDA-H: <ul style="list-style-type: none"> Déficit en comunicación verbal y no verbal. Falta de relaciones sociales. Dificultades en fantasía y juego imaginativo y simbólico. Los niños con TEA pueden mantener la atención en sus intereses particulares.
PSICOSIS	<u>Síntomas de hiperactividad o que se confunden con ella:</u> <ul style="list-style-type: none"> Cambios bruscos de actividad. Agitación, conductas de respuesta a las alucinaciones. Falta de orientación social <u>Hipoactividad:</u> En la psicosis, y especialmente en la esquizofrenia, la inatención se acompaña muchas veces de inhibición motórica en lugar de hiperactividad.	<u>Síntomas de inatención o que se confunden con ella:</u> <ul style="list-style-type: none"> Distracción por las alucinaciones, preocupación y pérdida de asociaciones, Fragmentación en los procesos del pensamiento. <p>En los esquizofrénicos crónicos, la inatención resulta difícil de diferenciar de la apatía, abulia o anergia propias del cuadro y/o del consumo crónico de antipsicóticos.</p>	<u>Síntomas de impulsividad o que se confunden con ella:</u> <ul style="list-style-type: none"> Irritabilidad paranoide. Agitación nocturna. Impredictibilidad psicótica 	Los niños con psicosis pueden mostrar conductas hiperactivas, inatención e impulsividad que pueden generar un diagnóstico erróneo de TDA-H. <i>Otros síntomas que pueden solaparse con TDA-H: Insomnio.</i>	Son más propios de la psicosis que del TDA-H: <ul style="list-style-type: none"> Alteración del criterio de realidad. Establecimiento de relaciones fusionales, con tendencia al repliegue y el aislamiento social y angustias de ser dañado o destruido. Delirios, pobreza del pensamiento. Desorientación Alucinaciones imperativas. Afecto inapropiado.

TRASTORNO	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS SÍNTOMAS DE HIPERACTIVIDAD, IMPULSIVIDAD E INATENCIÓN DEL TDA-H CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS			CONSIDERACIONES	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL		
	SOLAPAMIENTO DE SÍNTOMAS CON EL TDA-H						
	Hiperactividad	Inatención	Impulsividad				
TRASTORNOS EXCLUYENTES SEGÚN CIE-10 (posibilidad de comorbilidad según DSM IV)							
T. DE ANSIEDAD	<p><u>Síntomas de hiperactividad o que se confunden con ella:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Falta de sueño por miedo, ansiedad, agitación. Lenguaje ansioso, obsesiones y rituales verbales. <p><u>Hipoactividad:</u> A veces los niños con trastornos de ansiedad presentan alteraciones de la atención que no se acompañan de hiperactividad motórica.</p> <ul style="list-style-type: none"> El niño puede estar paralizado por el miedo, o tener miedo a intentar cosas, esperar el fracaso, evitar recordatorios... 	<p>Síntomas de inatención o que se confunden con ella:</p> <ul style="list-style-type: none"> Preocupaciones, recuerdos intrusivos, flashbacks, lentitud o embotamiento del pensamiento, hipervigilancia. <p>Los pacientes ansiosos y obsesivos muestran una "atención compartida": por un lado parecen inatentos al exterior y, por otro, obcecados en sus síntomas: La atención queda atrapada en cavilaciones pesimistas, hipocondriacas o fóbicas.</p>	<p>Síntomas de impulsividad o que se confunden con ella:</p> <ul style="list-style-type: none"> Impaciencia ansiosa, intolerancia a la espera de lo desconocido o que recuerde al trauma Enfado cuando se frustran los rituales. 	<p>La ansiedad (trastorno por ansiedad generalizada, TOC, TPET, Fobias,...) puede causar síntomas de inatención e hiperactividad en los niños.</p> <p>Los niños que sufren TEP por traumas agudos o crónicos pueden mostrarse muy activos e inatientes.</p> <p><i>Otros síntomas que pueden solaparse con TDA-H: Insomnio o pesadillas.</i></p>	<p>Son más propias del trastorno de ansiedad que del TDA-H:</p> <ul style="list-style-type: none"> Síntomas inducidos por estrés: La ansiedad se manifiesta habitualmente con gran inquietud por cortos períodos de tiempo en que se puede ver con facilidad el factor desencadenante operación quirúrgica, separación de la familia, examen, nacimiento de hermano...). Las fobias, preocupaciones, obsesiones y compulsiones, perfeccionismo, temblor y otros síntomas fisiológicos (palpitaciones, sudoración,). El sujeto puede responder de manera correcta durante la exploración al salir más o menos del estado de obcecación en sus pensamientos. Tipo de juego relacionado con el trauma. 		

TRASTORNO	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS SÍNTOMAS DE HIPERACTIVIDAD, IMPULSIVIDAD E INATENCIÓN DEL TDA-H CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS			CONSIDERACIONES	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
	Hiperactividad	Inatención	Impulsividad		
TRASTORNOS EXCLUYENTES SEGÚN CIE-10 (posibilidad de comorbilidad según DSM IV)					
T. AFECTIVOS	TRASTORNOS ADAPTATIVOS Y DEPRESIÓN:				
	<p>Síntomas de hiperactividad o que se confunden con ella:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agitación, o quejas agitadas • Hiperactividad, exceso de imaginación y/o de ideación... <p>Los niños se pueden defender de la depresión mediante excitación, hiperactividad, y síntomas "maniformes", alternando estos síntomas con otros de tristeza o repliegue en uno mismo.</p> <p><u>Hipoactividad:</u></p> <p>Los niños deprimidos pueden manifestar síntomas de inatención no acompañados de hiperactividad, sino de inhibición motórica, especialmente en depresiones melancólica.</p>	<p>Síntomas de inatención o que se confunden con ella:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensimismamiento en sus contenidos mentales (preocupaciones con carga afectiva) e incapacidad para atender a estímulos exteriores. • Alteraciones cognitivas: disminución de la concentración, memoria y déficit cognitivo en valoraciones neuropsicológicas, enlentecimiento de las ideas, vacío del pensamiento... • Fatiga, anergia, pérdida de interés, tristeza, repliegue en sí mismo, ... 	<p>Síntomas de impulsividad o que se confunden con ella:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tendencia a la frustración e irritabilidad 	<p>En niños a partir de los 3- 4 año con trastornos afectivos, puede aparecer alternativamente sintomatología depresiva (tristeza, repliegue en sí mismo, enlentecimiento de las ideas, vacío del pensamiento...), y excitación (con hiperactividad, agitación).</p> <p>Otros síntomas que pueden solaparse con TDA-H: Insomnio.</p>	<p>a) Son más propias de la depresión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ánimo depresivo, anorexia, pérdida de peso, ideación suicida, sentimientos de culpa, retardo psicomotor, mutismo, quejas somáticas (dolor), astenia.
	MANÍA:				
	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas de hiperactividad o que se confunden con ella: • Hiperactividad dirigida a un fin. • Fuga de actividades, grandiosidad sobre tareas comunes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas de inatención o que se confunden con ella: • Distraibilidad: cambios de la atención. • Fuga de ideas, distracción por delirios de grandiosidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendencia a la irritabilidad, • Aumento de presión de habla, juicio impulsivo y pobre. 	<p>Los síntomas de hiperactividad, impulsividad y déficit de atención forman parte de la clínica de las fases maníacas.</p> <p>Otros síntomas que pueden solaparse con TDA-H: Insomnio.</p>	<p>Son más propios de la manía bipolar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las alteraciones en las pruebas atencionales derivan más de una premura para dar las respuestas que de un auténtico déficit atencional. • Historia familiar de trastorno afectivo. • A veces episódico • Ánimo prominentemente grandioso, eufórico, irritable, afecto lábil • Cambios en apetito y en peso

TRASTORNO	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS SÍNTOMAS DE HIPERACTIVIDAD, IMPULSIVIDAD E INATENCIÓN DEL TDA-H CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS			CONSIDERACIONES	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL		
	SOLAPAMIENTO DE SÍNTOMAS CON EL TDA-H						
	Hiperactividad	Inatención	Impulsividad				
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS QUE PUEDEN SER ORIGEN DE SÍNTOMAS DE TDA-H O COMÓRBIDOS CON ÉL.							
T. PERSONALIDAD: TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Síntomas de hiperactividad o que se confunden con ella: Episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y raras veces unos días, y se pueden manifestar como hiperactividad. 	<ul style="list-style-type: none"> Síntomas de inatención o que se confunden con ella: Síntomas dissociativos graves o fenómenos de despersonalización ante el estrés que se pueden manifestar como inatención 	<ul style="list-style-type: none"> Síntomas de impulsividad o que se confunden con ella: Notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta o adolescencia y se da en diversos contextos <ul style="list-style-type: none"> Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (por ej.: muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes) 	<p><i>La validez del diagnóstico de trastorno de personalidad en niños y adolescentes ha sido un tema ampliamente discutido en psiquiatría.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Algunos autores entienden la hiperactividad y la inatención como insertadas en formas de funcionamiento mental como el trastorno límite de la personalidad. Desde una perspectiva categorial, otros autores describen una alta comorbilidad del TDA-H con determinados rasgos de personalidad con tendencia a persistir en la vida adulta. <p><i>Otros síntomas que pueden solaparse con TDA-H: Inestabilidad emocional y en las relaciones interpersonales, sensibilidad al rechazo,...</i></p>	<p><i>Son más propios del Trastorno Límite de la Personalidad que del TDA-H:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Autodestructividad, ideación suicida, autolesiones Mayor Inestabilidad en las relaciones interpersonales, la afectividad y en la autoimagen (identidad). Sentimientos crónicos de vacío Mayores esfuerzos para evitar el abandono o el rechazo real o imaginario Frágil sentido de la realidad: Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas dissociativos. En la evolución son frecuentes los rápidos progresos seguidos de inmediatas recaídas. 		

TRASTORNO	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS SÍNTOMAS DE HIPERACTIVIDAD, IMPULSIVIDAD E INATENCIÓN DEL TDA-H CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS			CONSIDERACIONES	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
	Hiperactividad	Inatención	Impulsividad		
RASTORNOS PSIQUIÁTRICOS QUE PUEDEN SER ORIGEN DE SÍNTOMAS DE TDA-H O COMÓRBIDOS CON ÉL.					
T. DE CONDUCTA/ T. OPOSICIONISTA DESAFIANTE/TRAS- TORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> La CIE 10 incluye dentro de los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo en la infancia el trastorno hipercinético (y dentro de éste existe una categoría para el diagnóstico de trastorno hipercinético disocial). Incluye dentro de los trastornos disociales el trastorno disocial desafiant oposicionista (que más que un trastorno distinto, supondría una forma menos grave que el trastorno disocial). Y existe otro epígrafe para los trastornos disociales y de las emociones mixtas. <ul style="list-style-type: none"> Los trastornos disociales serían formas de comportamiento del tipo de las siguientes: grados excesivos de peleas o intimidaciones, crueldad hacia otras personas o animales, destrucción grave de pertenencias ajena, incendio, robo, mentiras reiteradas, faltas a el centro educativo y fugas del hogar, rabietas frecuentes y graves, provocaciones, desafíos y desobediencia graves y persistentes. La DSM IV incluye dentro de los trastornos de conducta el trastorno disocial (de inicio infantil y de inicio adolescente), y el trastorno negativista desafiant. El trastorno de personalidad antisocial según DSM IV se diagnostica por encima de los 18 años. 			Algunos autores defienden una alta comorbilidad entre el TDA-H con el trastorno de conducta y el trastorno oposicionista desafiant, así como una posible evolución del TDA-H a trastorno de conducta en la adolescencia y trastorno de personalidad antisocial en la adultez.	Hay que delimitar si los síntomas comportamentales del niño con TDA-H son suficientes en intensidad, frecuencia y gravedad para cumplir criterios de trastorno de conducta.
T. APRENDIZAJE ESCOLAR: LECTURA, ORTOGRAFÍA, CÁLCULO,...	<ul style="list-style-type: none"> Síntomas de hiperactividad o que se confunden con ella: Estos niños pueden evitar realizar las tareas levantándose que se manifiesta como trastornos del control de la actividad en el medio escolar 	<ul style="list-style-type: none"> Síntomas de inatención o que se confunden con ella: Estos niños pueden evitar realizar las tareas permaneciendo inatentos, lo que se manifiesta como trastornos de la atención en el medio escolar 	<ul style="list-style-type: none"> Síntomas de impulsividad o que se confunden con ella: Estos niños pueden evitar realizar las tareas dando respuestas precipitadas, lo que se manifiesta como cierta impulsividad en el medio escolar. 	Los niños con trastornos específicos del aprendizaje, lenguaje y procesamiento visomotor y auditivo pueden plantear muchas dudas diagnósticas con el TDA-H.	En la valoración neuropsicológica dichos niños generalmente muestran alteraciones en el área del problema en particular, mientras que los niños con TDA-H pueden mostrar alteraciones generalizadas en varias áreas de la evaluación.
T. DEL LENGUAJE		<ul style="list-style-type: none"> Síntomas de inatención o que se confunden con ella: <ul style="list-style-type: none"> Los niños con trastorno específico del lenguaje (TEL), aparte de las limitaciones lingüísticas, suelen presentar dificultades cognitivas: dificultades en la atención, en la percepción del habla, en la memoria de trabajo fonológica y en el control ejecutivo. 			<p>Las dificultades en la atención están relacionadas con las alteraciones en el lenguaje y no se manifiestan en los diversos ámbitos de funcionamiento. No tienen por qué acompañarse de alteraciones en el control de impulsos e hiperactividad.</p> <p>Se pueden utilizar valoraciones neuropsicológicas para perfilar las dificultades.</p>

TRASTORNO	SOLAPAMIENTO DE SÍNTOMAS CON EL TDA-H			CONSIDERACIONES	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
	Hiperactividad	Inatención	Impulsividad		
TRASTORNOS PSQUIÁTRICOS QUE PUEDEN SER ORIGEN DE SÍNTOMAS DE TDA-H O COMÓRBIDOS CON ÉL.					
RETRASO MENTAL		<p>Síntomas de inatención o que se confunden con ella:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los niños con retraso mental parecen no estar atentos cuando no comprenden algo. 			<i>El diagnóstico preciso se realiza con test Psicométricos de evaluación de la inteligencia.</i>
TRASTORNOS SOMATOMORFOS/PSICOSOMÁTICOS		<p>Síntomas de inatención o que se confunden con ella:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los pacientes con un síndrome de fatiga crónico pueden mostrar descenso de su capacidad atencional por falta de motivación. Refieren ostensibles esfuerzos por evocar o retener información. 		<p>La doble atención de la mayoría de enfermos somáticos consiste en la polarización del pensamiento durante largos períodos hacia los síntomas de la enfermedad: La atención queda atrapada en cavilaciones pesimistas, hipochondriacas o fóbicas.</p>	<i>El sujeto con trastornos somatomorfos o psicosomáticos a diferencia del paciente con TDA-H puede salir más o menos de este estado y responder de manera correcta durante la exploración.</i>
T. POR ABUSO DE SUSTANCIAS	Puede producir síntomas que con frecuencia se confunden con los del TDA-H.				<i>Historia Clínica y Examen de Tóxicos</i>
T. GILLES DE LA TOURETTE/TRASTORNO POR TICS	Los niños con TDA-H pueden tener historia previa de tics o estos ser secundarios o agravados por el tratamiento con estimulantes.				<i>Historia Clínica</i>
OTROS TRASTORNOS EN RELACIÓN CON EL AMBIENTE	<p>TRASTORNOS DEL VÍNCULO: hay que plantearse el diagnóstico diferencial por la frecuencia con la que se presentan síntomas de déficit de atención e hiperactividad con los trastornos del vínculo (frecuentes en niños institucionalizados o adoptados).</p> <p>NIÑOS VÍCTIMAS DE MALTRATO Y ABUSO SEXUAL: En los que pueden presentarse alteraciones en todas las áreas del desarrollo cognitivo afectivo y social.</p> <p>PATRONES DE CRIANZA INADECUADOS: falta de normas, ambiente altamente punitivo, diferencias socioculturales, psicopatología en los padres, patrones educacionales inapropiados, absentismo escolar,...</p>				<i>Historia clínica y evaluación psicosocial.</i>

Anexo 8 d. Trastorno Límite de la Personalidad en Niños y Adolescentes

La validez del diagnóstico de trastorno de personalidad en niños y adolescentes ha sido un tema ampliamente discutido en psiquiatría. Los distintos sistemas clasificatorios de las enfermedades mentales y diversos autores han tratado de categorizar esta entidad.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD LÍMITE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES <small>21-22, 25, 26, , 55-57, 116</small>
CLASIFICACIÓN FRANCESA DE LOS TRASTORNOS MENTALES DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE (CFTMNA)
<ul style="list-style-type: none"> • Mantiene el diagnóstico de trastorno de personalidad como entidad clínica caracterizada por: <ul style="list-style-type: none"> ○ Predominio de angustias depresivas, de pérdida y de incapacidad; ○ Relaciones caracterizadas por el dominio, el control, el acaparamiento y la turbulencia afectiva; ○ Hipersensibilidad reactiva a los acontecimientos e imprevistos relacionales • No existe categoría clínica equivalente completamente en la DSM IV y CIE 10. • En las últimas décadas se han desarrollado varios conceptos en la psiquiatría americana que se acercan a la concepción de trastorno de personalidad defendida en la CFTMNA, y que se consideran por algunos autores como posibles patologías puente entre la esquizofrenia y los TEA. Actualmente estas entidades estarían incluidas dentro de los trastornos del desarrollo no especificados: <ul style="list-style-type: none"> ○ Trastorno Múltiple del desarrollo (“Multiplex Developmental Disorder” de Volkmar, Klin, Cohen). Aún no planteado como trastorno de personalidad, el cuadro clínico que describen sus autores se corresponde y superpone con el trastorno de personalidad descrito por Misès. Tiene síntomas de tres apartados: <ol style="list-style-type: none"> 1. Trastornos de la regulación de afectos: a) Ansiedad generalizada, reacciones de pánico, miedos; b) Desorganización del comportamiento; c) Variabilidad y oscilaciones emocionales intensas; d) Reacciones extrañas de ansiedad. 2. Comportamiento social alterado: a) Conductas de desinterés y evitación; b) Alteración de las relaciones con compañeros; c) Trastornos en las relaciones afectivas / Ambivalencia intensa; e) Falta de empatía y expresión de afectos hacia el otro. 3. Alteraciones cognitivas: a) Irracionalidad e ideas ilógicas; b) Irrupción de pensamiento mágico y neologismos; c) Repeticiones y desconexiones del pensamiento; d) Fallos en la diferenciación realidad-imaginación; e) Reacciones de perplejidad y confusión; f) Fantasías de omnipotencia y grandiosidad; g) Hiperinvestimiento e identificación con personajes dotados de poderes imaginarios excepcionales; h) Identidad confusa (“Difusión de identidad”); i) Inquietudes paranoides ○ Trastorno por evitación patológica de la demanda (Pathological demand avoidance disorder, Newson): Caracterizado además por falta de sentido de identidad, falta de orgullo, vergüenza, o responsabilidad, en cambio pueden tener buenas habilidades sociales e imaginativas, rigidez de pensamiento, tienen juego simbólico, pero pierden a veces el sentido de la realidad, entre otros. ○ Multidimensionally Impaired Disorder (de Rapoport)

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD LÍMITE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES^{21-22,25, 26, , 55-57, 116}
DSM IV TR

- La DSM IV sugiere que el trastorno límite de personalidad (conservando los criterios de adultos) puede diagnosticarse en niños y adolescentes cuando los patrones maladaptativos se han presentado al menos durante un año y son persistentes y no limitados a un área de funcionamiento. La DSM IV sugiere que el trastorno límite de personalidad (conservando los criterios de adultos) puede diagnosticarse en niños y adolescentes cuando los patrones maladaptativos se han presentado al menos durante un año y son persistentes y no limitados a un área de funcionamiento.
- El DSM-IV define los rasgos de personalidad como "patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales". El trastorno de la personalidad se da cuando estos rasgos, que son egosintónicos, se hacen inflexibles y desadaptativos (hacia el final de la adolescencia se consolidan de forma permanente y estable), y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.
- Según el DSM-IV, la característica esencial del trastorno límite de la personalidad es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la auto-imagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta (adolescencia) y se da en diversos contextos. Se caracterizaría por al menos cinco de las siguientes características:
 - Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario
 - Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación
 - Alteración de la identidad: auto-imagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable
 - Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mismo (Ej.: gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida...)
 - Comportamientos intensos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación
 - Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por
- A propósito de la diferencia entre modelos categoriales y dimensionales, el DSM-IV-TR dice: "Una alternativa al enfoque categorial es la perspectiva dimensional de que los trastornos de personalidad representan variantes desadaptativas de los rasgos de personalidad que se imbrican imperceptiblemente con la normalidad y entre ellos mismos. Los grupos de trastornos de la personalidad del DSM-IV (p. ej., raro-excéntrico, dramático-emocional y ansioso-temeroso) también pueden considerarse dimensiones que representan el espectro de disfunciones de la personalidad en un continuum con los trastornos mentales del Eje I."

CIE 10

Puede corresponder en la clasificación de la CIE 10 a: Trastornos disociales y de las emociones mixtas, trastorno de inestabilidad emocional, trastorno del comportamiento social de comienzo en la infancia.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD LÍMITE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ²⁶		
ESFUERZOS POR OTROS AUTORES PARA DESCRIBIR LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS FORMALES DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES		
LOFGREN, BEMPORAD, 1963	VELA, GOTTLIEB, et al. 1998	GOLMAN, D'ANGELO, et al. 1918
<p>1. Paradigmática fluctuación del funcionamiento con rápidos cambios entre los niveles neuróticos y psicóticos del juicio de realidad.</p> <p>2. Falta de señal ante la ansiedad y tendencia a estados de pánico dominados por sensaciones de disolución corporal, aniquilación o abandono.</p> <p>3. Disrupción en los procesos del pensamiento y el contenido que cambian rápidamente.</p> <p>4. Déficit en las relaciones interpersonales con dificultad, bajo estrés para distinguir y apreciar las necesidades de los otros o en integrar experiencias emocionales dispares en una relación coherente.</p> <p>5. Falta de control de impulsos con inhabilidad para contener afectos intensos, falta de gratificación, o modular tendencias destructivas y autodestructivas.</p>	<p>1. Alteraciones en las relaciones interpersonales.</p> <p>2. Alteraciones en el sentido de la realidad.</p> <p>3. Ansiedad excesiva</p> <p>4. Problemas graves en el control de impulsos.</p> <p>5. Síntomas neuróticos.</p> <p>6. Alteraciones en el desarrollo</p>	<p>1. Patrón de relaciones inestables e intensas caracterizadas por la alternancia entre extremos de sobreidealización y devaluación y marcada distorsión sobre la naturaleza de la relación</p> <p>2. Impulsividad en al menos dos áreas potenciales de daño a uno mismo, (abuso de sustancias, exposición a situaciones de riesgo,...)</p> <p>3. Inestabilidad emocional: rápidos y marcados cambios desde la línea basal de las emociones a la depresión, irritabilidad o ansiedad que duran horas y raramente días. Estos episodios pueden incluir distorsiones transitorias de la realidad.</p> <p>4. Ira intensa o inapropiada o falta del control de la ira.</p> <p>5. Ideas, Intentos o gestos suicidas frecuentes, o comportamientos de automutilación o daño a uno mismo.</p> <p>6. Alteraciones marcadas y persistentes en la autopercepción, y autopresentación caracterizadas por confusión en al menos dos de los siguientes: rol o identidad sexual, amistades, comportamientos socialmente apropiados, planes de carrera o centro educativo, autoimagen.</p> <p>7. Sentimientos crónicos de vacío o aburrimiento.</p> <p>8. Esfuerzos fracos por evitar o preocupación con abandono real o imaginado (no incluye ideas o actos suicidas).</p>

Anexo 8 e. Diagnóstico diferencial entre TDA-H y trastorno bipolar según AACAP

Diagnóstico diferencial psiquiátrico entre TDA-H y trastorno bipolar según la AACAP^{3,4}

- 1) la presencia de cualquiera de los síntomas de manía, sugiere enfermedad bipolar, excepto energía elevada y distraibilidad, que aparecen con frecuencia similar en ambas patologías;**
- 2) la presencia de síntomas antes de los siete años sugiere TDA-H, ya que es menos frecuente (aunque posible) que la enfermedad bipolar se inicie de manera tan temprana;**
- 3) los síntomas psicóticos sugieren enfermedad bipolar;**
- 4) una puntuación elevada en la Y-MRS (Youth- Mania Rating Scale) sugiere enfermedad bipolar.**
- 5) En la manía la hiperactividad motriz va orientada a un fin concreto. No obstante, y como se comentaba previamente, es difícil dilucidar si se trata del mismo trastorno con manifestaciones distintas según la edad del paciente.**

ANEXO 9. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN TDA-H**Anexo 9. Conclusiones principales estudio MTA**

- *El estudio Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA), llevado a cabo por un equipo de trabajo del instituto de salud mental de EEUU (NIMH) ha evaluado a los 14 meses, 3 años y 8 años, la eficacia del tratamiento farmacológico único comparado con intervenciones psicosociales, terapia combinada y control (seguimiento terapéutico comunitario) en más de 500 niños diagnosticados de TDA-H de edades medias entre 7 y 9 años¹⁵⁻¹⁷.*
 - *La terapia combinada mostró mejoras respecto a la farmacológica única en los síntomas internalizantes de ansiedad o depresión, en las habilidades sociales, relaciones padres-hijos y en los logros académicos, y el rendimiento en la lectura. La percepción de los padres y profesores respecto a la eficacia del tratamiento también fue mejor en la terapia combinada.*
 - *En cuanto al pronóstico a medio y largo plazo, en base a estudios recientes, el más reciente es el MTA a los 8 años de tratamiento no existen diferencias entre las distintas estrategias terapéuticas en el pronóstico a largo plazo de los niños. Y, en cambio, el pronóstico está mediado más por factores psicosociales como el CI, las situaciones familiares desfavorables, el nivel de funcionamiento previo y los problemas conductuales previos, observándose una cierta estabilidad en las conductas disociales y rasgos de personalidad.*
 - *Este grupo de autores, pertenecientes al NIMH y líderes en la investigación en TDA-H insisten en la búsqueda de nuevas intervenciones farmacológicas y no farmacológicas adecuadas a los niños y a sus familias.*

Anexo 9a. Consideraciones que avalan el uso de intervenciones psicológicas en los niños con TDA-H

CONSIDERACIONES QUE AVALAN EL USO DE INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN TODOS LOS NIÑOS CON TDA-H^{1, 11, 60}

- Las intervenciones psicológicas tienen varios focos de actuación: promoción de conductas más funcionales y mejora en las conductas disruptivas, adquisición de hábitos y rutinas, reconocimiento y regulación de la expresión de emociones, autoestima y habilidades sociales, entre otros. La razón de porque se incluye este tratamiento es obvia puesto que es el niño quién presenta el trastorno. Estas habilidades se van adquiriendo de forma natural a lo largo del desarrollo. En un primer momento la contención conductual proviene del entorno, hasta que el niño va progresivamente interiorizando las normas y hábitos. Igualmente, para el fomento de la autoestima es importante la imagen que el entorno devuelve al niño. De la misma manera, en el reconocimiento y regulación de expresiones, en un primer momento los cuidadores “prestan palabras” a las sensaciones que el niño va sintiendo y que, progresivamente va reconociendo y nombrando por sí mismo.
- Existen ciertas limitaciones en las intervenciones terapéuticas con los padres: son más eficaces cuando existe un nivel intelectual alto y un buen seguimiento de instrucciones.

A. LIMITACIONES DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS (Guía NICE¹¹).

1. El corto plazo de los efectos de la medicación.

A pesar de la efectividad de los estimulantes en alcanzar la reducción de los síntomas cardinales, existen cuestionamientos sobre la efectividad a largo plazo, habiendo algunos estudios que indican que las mejoras pueden no mantenerse a largo plazo y a lo largo de la adolescencia (Swanson et al., 1993). Igualmente, algunos estudios han indicado que muchos de los beneficios de los estimulantes pueden ser “estado-dependientes”, es decir, pueden durar solo mientras la persona está recibiendo la medicación y pueden no generalizarse a situaciones en que el tratamiento no se tome (Whalen & Henker, 1991). Por tanto, otras formas de intervención habrían de ser tenidas en cuenta para prolongar los efectos del tratamiento farmacológico.

2. Limitados beneficios clínicos de la medicación.

Los niños con TDA-H tienen típicamente problemas secundarios que no se resuelven con medicación. Por ejemplo, Pelham and Gnagy (1999) señalan que aunque los estimulantes pueden mejorar las interacciones entre padres y niños en contextos medibles, las familias de niños con TDA-H suelen ser disfuncionales en múltiples dominios que incluyen estrés maternal y depresión, abuso de alcohol en padres y habilidades de crianza inapropiadas en padres. Además, hay problemas que pueden exacerbar los síntomas de TDA-H que pueden no mejorar con el tratamiento farmacológico solo, como la baja autoestima, las pobres relaciones interpersonales y otros problemas coexistentes. Igualmente, los estudios no han demostrado claros efectos de los estimulantes sobre el éxito académico o el aprendizaje (Swanson et al., 1993).

3. No respuesta a la medicación

Hay un número significativo de niños con TDA-H que no responden al tratamiento con estimulantes y tienen necesidades legítimas de otras intervenciones (Safren et al., 2005; Swanson et al., 1995).

4. Respuesta débil a la medicación de los síntomas de TDA-H.

De los niños que responden a la medicación, la mejora puede no devenir en un funcionamiento normalizado, (Pelham & Murphy, 1986) por lo que, incluso si la medicación tiene efectos beneficiosos, puede ser necesaria una potenciación de la mejoría.

5. Intolerancia a la medicación.

Un número significativo de niños con TDA-H pueden tener intolerancia a la medicación. Los efectos secundarios de la medicación pueden ser significativos e interferir con la adherencia al tratamiento causando el abandono del mismo. Los efectos secundarios muchas veces pueden aparecer al comienzo del tratamiento y pueden desaparecer tras el ajuste de la dosis. No obstante, en estos casos puede ser importante poder ofrecer una alternativa al tratamiento farmacológico o un complemento psicológico que permita una reducción en la dosis (Schachar and colleagues (1997) encontraron que en torno a un 15% de niños tratados con metilfenidato interrumpían el tratamiento a los cuatro meses por los efectos secundarios).

CONSIDERACIONES QUE AVALAN EL USO DE INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN TODOS LOS NIÑOS CON TDA-H (NICE FULL GUIDE).**A. LIMITACIONES DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS. (Continuación)****6. Necesidades clínicas de los niños pequeños:**

Los niños menores de 6 años pueden requerir intervenciones para tratar los síntomas de TDA-H, y las fichas técnicas de los fármacos para el TDA-H no recomiendan su uso por debajo de esta edad. Otros tipos de terapia, particularmente la comportamental, ofrece una alternativa terapéutica a estas edades.

7. Objetivas éticas a la medicación.

Incluso si la medicación está indicada, algunos padres pueden tener objeciones a su uso (Perring, 1997) por múltiples razones: posibles efectos secundarios a largo plazo, temor a que los niños se des responsabilicen de los problemas, temor a que un problema multifactorial: centro educativo-familia-niño se focalice en este último... En estos casos y tras un asesoramiento riguroso a los padres, se les ha de ofrecer una alternativa terapéutica.

8. Comorbilidad con el Trastorno negativista desafiante.

En el MTA se confirma la eficacia del entrenamiento a padres basándose en terapia comportamental ya que reduce la agresividad (tanto si los informantes son los padres como los docentes), reduce los síntomas internalizantes y mejora las relaciones padres e hijos, todo ello con la misma eficacia que el fármaco (aunque con mayor coste).

Si bien parece casi confirmado el origen neurobiológico del TDA-H; el origen de uno de los trastornos más frecuentemente comórbido al TDA-H como es el negativismo desafiante (afecta entre un 40% a un 60% de niños-adolescentes con TDA-H) según Barkley estaría relacionado con el patrón de interacción que se establece entre padres e hijos con lo cual es posible que si se modifica este patrón de interacción se esté haciendo prevención del negativismo desafiante sin ignorar que este trastorno es prodrómico del trastorno de conducta disocial (Real muto et al. 1999, Lahey 1992 y Langbehs et al, 1998). Es importante señalar que el 75% de niños o adolescentes que presentaban un trastorno de conducta disocial habían presentado un negativismo desafiante (Lahey 1992). El negativismo desafiante es un factor de riesgo a sufrir conducta antisocial en la etapa adulta incluso en ausencia de trastorno de conducta (Langbehs et al, 1998).

9. Otros posibles objetivos de las intervenciones psicológicas.

Además de las limitaciones y objeciones previas, hay otras razones por las que las intervenciones psicológicas deben tomarse en cuenta: muchas veces los síntomas cardinales del TDA-H se asocian con problemas conductuales y con otros trastornos mentales como la depresión, la ansiedad, la baja autoestima, dificultades en las relaciones interpersonales y problemas de aprendizaje. Una intervención completa y comprensiva individualizada y a medida del niño debería, por tanto, incluir estrategias no farmacológicas con probados beneficios.

Igualmente, hay que considerar que la implementación de intervenciones psicológicas puede reducir la dosis requerida del estimulante para alcanzar un pronóstico positivo.

El objetivo principal de las intervenciones psicológicas en TDA-H es mejorar el funcionamiento diario del niño o adolescente trabajando en el comportamiento, y las relaciones familiares y con iguales. Las intervenciones para padres están diseñadas para ayudar a los padres a desarrollar estrategias óptimas para manejarse con las dificultades comportamentales secundarias o coexistentes con el TDA-H, además de poder mejorar al menos alguno de los síntomas cardinales especialmente en combinación con el tratamiento.

Anexo 9b. Intervenciones psicológicas que han demostrado eficacia en el TDA-H

CONSIDERACIONES QUE AVALAN EL USO DE INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN TODOS LOS NIÑOS CON TDA-H (NICE)

B. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS QUE HAN DESMOTRADO EFICACIA EN EL TDA-H¹¹¹:

Las intervenciones psicológicas que han demostrado eficacia en el TDA-H son la terapia conductual, el entrenamiento a padres y la terapia cognitiva.

1. Terapia conductual:

Consiste en aplicar técnicas como el uso de refuerzos positivos y negativos, el “tiempo-fuera”,... que puedan fomentar cambios deseables en el control atencional, motor e impulsivo y optimizar el funcionamiento basal del niño.

2. Entrenamiento de padres (Scott, 2002):

El entrenamiento de padres es una intervención en la que se enseña a los padres a usar las técnicas de la terapia conductual con su hijo. Se originó en los 60 y estaba basada en la teoría del aprendizaje comportamental y en la terapia de juego. Posteriormente ha evolucionado añadiendo temas de interés como las creencias, las emociones y el funcionamiento social, las dificultades maritales, depresión, aislamiento social, falta de confianza,... Los objetivos principales de estos programas son enseñar los principios del manejo conductual, aumentar la competencia parental y la confianza en el desarrollo del niño, la mejora en la relación cuidador-niño mediante el fomento de una buena comunicación, y el desarrollo de una atención positiva para ayudar al desarrollo del niño. Algunos programas además de trabajar con los cuidadores incluyen a los niños en un esquema basado en el entrenamiento en habilidades sociales.

3. Terapia cognitiva (Camp and Bash 1081, Michembaum, 1977, Michembaum and Goodman, 1971):

La psicoterapia cognitiva ayuda al niño a entender la relación entre pensamientos, sentimientos y comportamientos, y a cómo éstos pueden dar lugar a respuestas mal adaptativas, inapropiadas o poco útiles. La segunda parte consistiría en aprender a cambiar estos pensamientos, sentimientos y comportamientos.

El entrenamiento en auto instrucciones es probablemente el esquema de intervención cognitiva más usado en el tratamiento del TDA-H. Comprende diversas técnicas como el modelado cognitivo, la auto-evaluación, el auto-refuerzo y el coste de respuesta.

La terapia incluye ayuda al niño a desarrollar una forma de pensamiento y comportamiento más planificada y reflexiva mediante la adopción de estrategias más reflexivas, sistemáticas y dirigidas a la resolución de problemas. Este aprendizaje de estrategias implica el uso de auto instrucciones: esquemas paso a paso, el apoyo físico y visual de recordatorios, trucos,...

A los niños se les alienta a adoptar un esquema de pensamiento por pasos cuando se enfrentan a un problema o tarea: 1. ¿cuál es el problema?; 2. ¿Cuál es mi plan?; 3. Pongo en práctica mi plan; 4. ¿Cómo lo he hecho?

Al comienzo se utiliza el modelado, en que un adulto da una respuesta verbal ante una tarea de resolución de problemas. A continuación el niño podría emular la instrucción en voz alta, después en voz baja, para finalmente interiorizarla.

Estas técnicas se pueden utilizar luego en tareas específicas en relación con temas escolares, interpersonales, actividades de ocio,... (Kendall y Wilcox, 1980). También se pueden incluir el auto refuerzo.

4. Entrenamiento en habilidades sociales:

Las habilidades sociales se describen como los comportamientos y habilidades necesarias para iniciar y mantener relaciones sociales constructivas. Esta técnica cognitivo-conductual se desarrolló en los 60 y de acuerdo con Jacobs (2002). Su objetivo es enseñar habilidades básicas de interacción social como el contacto ocular, la sonrisa, la postura,.. Los niños adolescentes con TDA-H a menudo presentan dificultades en las relaciones familiares y pueden tener escasas habilidades sociales y relaciones con pares. Se lleva a cabo principalmente en grupos.

5. Resolución de problemas:

Además del entrenamiento en habilidades sociales, otra técnica empleada en el TDA-H es la resolución de problemas, que tienen que ver con la habilidad del niño o adolescente para autorregularse (capacidad del niño y adolescente para iniciar, retrasar, modificar o modular la cantidad o intensidad de un pensamiento, emoción, comportamiento o respuesta psicológica) y para manejarse con el estrés (habilidad para auto regular las respuestas ante eventos percibidos con estrés). (Compas 2002).

6. Terapia familiar o sistémica: *Se hacen estas intervenciones ante disfunciones familiares importantes.*

Anexo 9c. Recomendaciones en las intervenciones psicológicas del TDA-H**CONSIDERACIONES QUE AVALAN EL USO DE INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN TODOS LOS NIÑOS CON TDA-H (NICE FULL GUIDE¹).****C. EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y RECOMENDACIONES****1. Evidencias clínicas y especificidades por grupos etarios.**

Las evidencias indican que las intervenciones psicológicas para niños con TDA-H tienen efectos beneficiosos moderados sobre los síntomas de TDA-H (referidos por los padres), y sobre los problemas de conducta, tanto en niños sin tratamiento farmacológico como en terapia combinada, con diferencias sutiles entre los distintos grupos de edad:

- En el grupo de preescolares hay buena evidencia de que el entrenamiento individual con padres es útil en los síntomas cardinales del TDA-H y en los problemas de conducta. Las intervenciones que se han demostrado eficaces son aquellas que reúnen las siguientes características: ser estructuradas, basadas en los principios del aprendizaje social y comportamental, incluyen información sobre el TDA-H, e implican estrategias activas de aprendizaje como el role play, modelado y feedback activo, tareas para casa, diarios y observaciones. La terapia individual y la grupal parecen ser similares en efectividad según lo inferido de los estudios del grupo de trabajo de la NICE.
- Para escolares parece que las evidencias indican que las intervenciones mixtas con terapia cognitivo conductual y entrenamiento en habilidades sociales en sesiones grupales para niños y sesiones grupales paralelas con padres, son beneficiosas. Las intervenciones que se han demostrado efectivas son estructuradas e incluyen áreas como el manejo de comportamientos oposicionistas en casa, resolución de problemas, manejo de la ira, autocontrol (ignorar la provocación...), habilidades de escucha, reconocimiento, manejo y expresión de emociones, assertividad, aceptar las consecuencias, resolución de conflictos, habilidades de amistad y autoestima. Los programas exitosos tienen a usar métodos activos como el role play, modelado, refuerzos, observación y feedback. Incluyen también elementos individuales como diarios y tareas. Las evidencias indican que las sesiones de los padres deberían ser diseñadas para reforzar y apoyar los aprendizajes de los niños e incorporar también habilidades de crianza y principios de manejo conductual. También hay evidencia de que dar manuales escritos a los padres para usar en casa puede mejorar el comportamiento de los niños.
- No existen evidencias en adolescentes, aunque es probable que las intervenciones descritas para escolares puedan ser aplicables a ellos.

2. Formato de las intervenciones.**• Individual versus grupal:**

- Las evidencias indican que las intervenciones psicológicas pueden ser beneficiosas para niños con TDA-H en contextos individuales o grupales.
- En cuanto a las intervenciones con entrenamiento de padres incluían intervenciones individuales con padres preescolares. Aunque la desarrollada por TA102 indican que pueden ser útiles tanto individuales como grupales para niños con problemas de conducta.
- En cuanto a coste. Efectividad, parece que la intervención más ventajosa es la grupal CC y grupal de entrenamiento de padres.

• Duración de la intervención.

- Los estudios avalan intervenciones entre 8 y 12 sesiones.

• Duración de la sesión.

- Los estudios avalan sesiones de duración entre 1 y 2 horas.

ANEXO 10. TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PARA EL TDA-H
Anexo 10a. Tratamientos con indicación para el TDA-H: Metilfenidato y Atomoxetina

Las evidencias científicas que comparan metilfenidato versus atomoxetina arrojan resultados dispares: "Los metanálisis que comparan los fármacos estimulantes con los no estimulantes sugieren una eficacia mayor del tratamiento con estimulantes en comparación con fármacos no estimulantes (Faraone, 2006; Banaschewski, et al., 2006). En los ECA realizados en que se comparan el metilfenidato con la atomoxetina se hallan resultados dispares, con un estudio que sugiere superioridad del metilfenidato sobre la atomoxetina⁹⁴, y otro en el que no se observan diferencias significativas⁹³".

Elección del fármaco

Para la elección del fármaco hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones: contraindicaciones, duración del efecto, presentaciones disponibles, efectos adversos, posología, preferencias del paciente y su familia,...

Elección según guía NICE¹

ELECCIÓN DEL FÁRMACO SEGÚN GUÍA NICE ¹	
Metilfenidato (Guía NICE) :	
<ul style="list-style-type: none"> ○ TDA-H sin comorbilidad significativa ○ TDA-H con trastorno de conducta comórbido 	
Atomoxetina	
Según Guía NICE considerar si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tics ○ Síndrome de Gilles de la Tourette ○ Trastorno de ansiedad ○ Abuso de estimulantes o riesgo de intercambio ○ Si los estimulantes han sido ineficaces (varias presentaciones de metilfenidato o su combinación) a dosis máximas o no ha sido tolerado. 	
Otras consideraciones	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Preferencia por no estimulantes en la familia ○ Necesidad de acción durante 24 h ○ Los estudios en que los estimulantes parecen ser más eficaces que la atomoxetina según algunos autores tienen diversos sesgos, por lo que algunas guías recomiendan indistintamente el uso del metilfenidato o atomoxetina como primera línea. 	

Ventajas Metilfenidato	Ventajas Atomoxetina
Inicio de acción más rápido.	Falta de euforia, menor efecto rebote, menor riesgo de inducción de tics o psicosis, mejora ansiedad, puede mejorar el sueño.
Varias presentaciones.	
Los estudios parecen hablar de mayor eficacia	Duración 24 horas.

Contraindicaciones de metilfenidato y atomoxetina

CONTRAINDICACIONES DEL METILFENIDATO^{12,32}

Absolutas	Relativas
<ul style="list-style-type: none"> En pacientes con hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes; Glaucoma Ansiedad e irritabilidad graves. Pacientes que manifiestan en la actualidad depresión grave, anorexia o bulimia nerviosa, síntomas psicóticos o tendencia suicida. Diagnóstico de síndrome de Gilles de la Tourette; (usar atomoxetina). Toxicomanía. Tirotoxicosis Angina de pecho grave; arritmias cardíacas, anomalías estructurales cardíacas; Hipertensión grave; 	<ul style="list-style-type: none"> Ansiedad moderada Historia de esquizofrenia o psicosis, trastorno límite de la personalidad, u otro trastorno mental grave que curse con psicosis o ansiedad-irritabilidad graves. Antecedentes familiares de tics o síndrome de Gilles de la Tourette, o antecedentes personales de tics: Usar con precaución. Historia familiar de toxicomanías; Usar con precaución si antecedentes personales de drogodependencia o alcoholismo. Hipertiroidismo (puede provocar hipotiroidismo) Usar con precaución en hipertensión arterial y en anomalías cardíacas corregidas (siempre con el consentimiento del cardiólogo). Usar con precaución en pacientes con antecedentes de convulsiones y retirar si aparecen durante el tratamiento.
<ul style="list-style-type: none"> En combinación con inhibidores irreversibles no selectivos de la monoaminooxidasa (MAO), o en los 14 días posteriores a haber suspendido el tratamiento. Pacientes embarazadas. Menores de 6 años. 	

CONTRAINDICACIONES DEL USO DE ATOMOXETINA^{12,32}

Contraindicaciones	Precauciones
Pacientes con anomalías cardíacas, taquiarritmias, angina grave de pecho e hipertensión grave	Hipertensión, hipotensión, taquicardia leve, enfermedad cardiovascular y cerebrovascular, anomalía cardíaca corregida (con el consentimiento del cardiólogo)
Disfunción hepática moderada o grave.	Disfunción hepática: Se recomienda la monitorización de la función hepática al primer síntoma o signo de disfunción hepática.
	Ideación suicida.
No recomendado en glaucoma de ángulo cerrado por riesgo de midriasis.	
No administrar junto a MAO o hasta 2 semanas de su discontinuación.	

Características del fármaco: Tiempo de acción,...

CARACTERÍSTICAS DE LOS FÁRMACOS ^{1,2,12, 32}	
Duración del efecto	
Metilfenidato	Atomoxetina
<ul style="list-style-type: none"> ● Pico plasmático: <ul style="list-style-type: none"> ● Forma de liberación inmediata: Rubifen®: <ul style="list-style-type: none"> ■ 0.3 a 4 horas, ● Forma de liberación intermedia: Medikinet® : <ul style="list-style-type: none"> ■ Primer pico 1,5 horas. ■ Segundo pico: 4.5 horas; ● Forma de liberación prolongada: Concerta®: <ul style="list-style-type: none"> ■ Primer pico: 1-1,5 horas. ■ Segundo pico: 6.8 horas. ● Duración del efecto: <ul style="list-style-type: none"> ● Forma de liberación inmediata: Rubifen®: <ul style="list-style-type: none"> ■ Teórica duración de 5 a 8 horas. ■ Observación clínica 3 a 5 horas. ● Forma de liberación intermedia Medikinet® : <ul style="list-style-type: none"> ■ Teórica 5 a 8 horas. ■ Observación clínica: aproximada de 3 a 5 horas. ● Forma de liberación prolongada: Concerta® hasta 8- 12 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> ● 24 horas

Formas de presentación

INDICACIONES DE LAS DISTINTAS FORMAS DE ADMINISTRACIÓN DEL METILFENIDATO ^{1,2,11}	
Liberación inmediata	Liberación prolongada
<ul style="list-style-type: none"> ● Para ajuste de dosis en inicio y retirada, ● Se puede usar combinado con liberación prolongada si se necesita potenciar esta. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mejora y simplifica dosificación, facilita cumplimiento, ● Eficaz hasta últimas horas de la tarde, ● Permite niveles más estables del fármaco.

Posología

Ajuste de dosis

DOSIS INICIALES, AJUSTE DE DOSIS Y DOSIS MÁXIMAS ^{1,2,11,1,12, 32}		
Fármaco	Tratamiento inicial	Ajuste y dosificación
METILFENIDATO		
Niños de 6 ó más años y adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> Metilfenidato liberación inmediata (Rubifen®) <ul style="list-style-type: none"> Comienzo con 2,5 a 5 mg/día ó 0,5 mg/Kg /día Dosis máxima 60 mg/día ó 1-1,2 mg/Kg/día Comienzo de dosis por la mañana con el desayuno Aumentos máximos 5 mg/semana No dar después de las 18 horas Metilfenidato liberación intermedia (Medikinet®): <ul style="list-style-type: none"> Habitualmente se comienza con formas de liberación inmediata 5mg dos veces al día y se valorará el cambio a liberación prolongada Medikinet® 10 mg/día Dosis máxima 60 mg/día Comienzo de dosis por la mañana con el desayuno No dar después de las 14 horas Metilfenidato liberación prolongada (Concerta®): <ul style="list-style-type: none"> En niños por encima de 16 Kg de peso. Habitualmente se usa en pacientes que previamente han tomado metilfenidato, aunque se puede utilizar esta formulación desde el inicio: 18 mg/día. Aumento máximo de 18mg/semana Dosis máxima 54 mg/día Comienzo de dosis por la mañana con el desayuno No dar después de las 10 horas 	<p>En general:</p> <ul style="list-style-type: none"> Empezar con dosis bajas: <ul style="list-style-type: none"> Ofrecer preparados de liberación inmediata en 1 a 3 tomas al día. Ofrecer preparados de liberación modificada como una dosis única por la mañana. Para evitar efecto rebote de retirada en liberación prolongada valorar añadir pauta liberación inmediata conjunta a primera hora de la tarde.

DOSIS INICIALES, AJUSTE DE DOSIS Y DOSIS MÁXIMAS ^{1,2,11,1,12, 32}		
Fármaco	Tratamiento inicial	Ajuste y dosificación
ATOMOXETINA (STRATTERA®)		
Niños de 6 ó más años y adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> Hasta 70 kg de peso corporal: <ul style="list-style-type: none"> Utilizar una dosis de inicio de aproximadamente 0,3 a 0,5 mg/kg/día. Dosis mantenimiento 1,2 mg/Kg/día No se ha demostrado superioridad en dosis superiores a 1,8 mg/Kg/día Aumentos de dosis cada 7 a 15 días para favorecer tolerancia. Por encima de 70 kg de peso corporal: <ul style="list-style-type: none"> Utilizar una dosis de inicio total de 40 mg Dosis de mantenimiento 80 mg/día Dosis máxima 100 mg/día No se ha demostrado seguridad en dosis única por encima de 100 mg/día ni de dosis diarias totales superiores a 150 mg/día Aumentos de dosis quincenales para favorecer tolerancia. Esperar para ver eficacia hasta 8 a 12 semanas 	Ofrecer una única dosis diaria iniciando por la mañana con el desayuno, o dos dosis divididas para minimizar los efectos secundarios como somnolencia o dispepsia. Si somnolencia pasar a dosis nocturna.

Presentaciones

Metilfenidato: Presentaciones disponibles en España (mg)^{12, 32, 91}		
Rubifen®	Concerta®	Medikinet®
5	18	-
-	27	-
10	36	10
-	54	-
20	-	20
-	-	30
-	-	40

Atomoxetina: Presentaciones disponibles en España (mg)^{12, 32, 91}

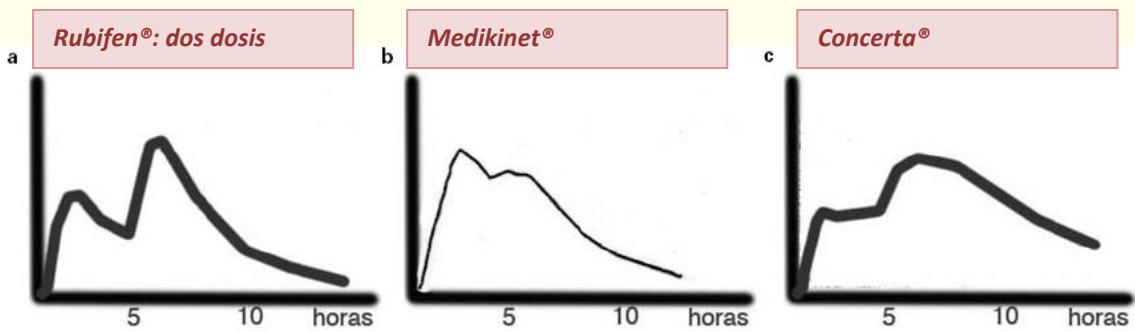
Strattera®	
10 mg	<i>Las presentaciones de 80 y 100 mg están autorizadas por las autoridades sanitarias desde octubre de 2008 aunque están en trámite para determinar las condiciones de financiación pública</i>
18 mg	
25 mg	
40 mg	
60 mg	
80mg	
100 mg	

Equivalencias

Metilfenidato: Equivalencias de las dosis de liberación inmediata y modificada (mg) según ficha técnica^{12, 32, 91}

Rubifen®	Concerta®	Medikinet®
5	-	5
10	-	10
15 (5-5-5)	18	-
20	27	20
30 (10-10-10)	36	30
-	-	40
45 (15-15-15)	54	-

- La eficacia del metilfenidato está relacionada con la curva plasmática del mismo⁹¹.



- Dadas las curvas plasmáticas de las distintas presentaciones, no existe bioequivalencia exacta entre Rubifen®, Medikinet® y Concerta®:
 - El primer pico plasmático es más bioequivalente entre Rubifen® y Medikinet®
 - El perfil del Medikinet® 50/50 predice que la acción inmediata es mayor que la de Concerta® 22/78 y que la retardada es de menor cuantía.
 - De ahí que a veces haya que complementar las formas de liberación prolongada con liberación inmediata para conseguir efectos similares a otras formas de presentación previas^{1, 2, 9-11}.

Equivalencias entre las fracciones de liberación inmediata en las distintas formas presentación metilfenidato , relacionadas con el primer pico plasmático

Liberación inmediata (Rubifen®) (mg)	Liberación intermedia (Medikinet®)(mg)			Liberación prolongada Oros (Concerta®) (mg)		
	Presentación	Liberación inmediata	Liberación retardada	Presentación	Liberación inmediata	Liberación prolongada
5 (+5)	10	5	5			
5 (+5+5)				18	4	14
				27	6	21
				36	8	28
10 (+10)	20	10	10			
				(18+27)	4+6	14+21
				54	12	42
15 (+15)	30	15	15			
				(54+27)	6+12	21+42
20(+20)	40	20	20			
20(+20+20)						

Registro de efectos secundarios en tratamiento con estimulantes o atomoxetina

Basado en Escala de Valoración de Efectos secundarios CADDRA, traducción al español Alda y Ortín.

Frecuencia de los síntomas	0 No	1 A veces	2 A menudo	3 Siempre
----------------------------	---------	--------------	---------------	--------------

Datos personales:

Nombre.....

Edad..... Fecha de Nacimiento.....

Fecha de valoración basal (previo inicio de tratamiento)..... Peso.....

Fármaco y dosis de inicio.....

ESCALA DE VALORACIÓN DE EFECTOS SECUNDARIOS CON METILFENIDATO O ATOMOXETINA						
Fecha de visita (dd/mm/aa)	Basal					
Dosis (mg/día)						
Pérdida de apetito						
Pérdida de peso						
Aumento de peso						
Náuseas						
Vómitos						
Gastralgia (Dolor de estómago)						
Diarrea						
Sed						
Sequedad de boca						
Sequedad/irritación de garganta						
Sequedad de ojos						
Sequedad de piel						
Sudoración						
Rinorrea (moqueo)						
Micción frecuente						
Palpitaciones						
Dificultades para conciliar el sueño						
Despertar precoz						
Somnolencia						
Fatiga						
Mareos						
Tics						
Cefaleas (Dolor de cabeza)						
Oscilaciones de ánimo						
Irritabilidad						
Aumento de episodios de rabia						
Parece deprimido						

(Otras escalas de efectos secundarios con disponibilidad online UKU: <http://www.ome-aen.org/OMEDITORIAL/2004/Pdfs/EscalaUKU.pdf>)

Efectos adversos y precauciones

Efectos adversos y precauciones^{1, 2, 4, 11, 12,32}

PRECAUCIONES CON EL USO DE METILFENIDATO	PRECAUCIONES CON EL USO DE LA ATOMOXETINA
Ajustes en Insuficiencia hepática o renal	
<ul style="list-style-type: none"> Ajuste de dosis en Insuficiencia renal o hepática 	<ul style="list-style-type: none"> En disfunción hepática disminuir el 50% de dosis, en disfunción grave hasta el 25%. No requiere ajuste en IR aunque puede exacerbar aumento de la PA en disfunción renal grave.
Controles analíticos	
<ul style="list-style-type: none"> Previo al tratamiento y regularmente: <ul style="list-style-type: none"> No es obligatorio, aunque recomendable para valorar estado basal del sujeto y poder discernir si alteraciones analíticas futuras se pueden o no atribuir al fármaco. Hemograma (anemia por desnutrición) con VSG y recuento leucocitario (raros casos de leucopenia), plaquetas (casos raros de plaquetopenia), bioquímica básica, transaminasas, perfil del hierro, hormonas tiroideas (casos raros de hipotiroidismo). Controles hematológicos en uso prolongado de metilfenidato: <ul style="list-style-type: none"> No es obligatorio, pero puede ser recomendable realizar hemogramas completos, recuentos diferenciales y recuentos de plaquetas durante el tratamiento prolongado. 	<ul style="list-style-type: none"> Previo al tratamiento y regularmente: <ul style="list-style-type: none"> No es obligatorio, aunque recomendable para valorar estado basal del sujeto y poder discernir si alteraciones analíticas futuras se pueden o no atribuir al fármaco: Hemograma con VSG y recuento leucocitario, coagulación (posible alteración del tiempo de protrombina por disfunción hepática), bioquímica básica, transaminasas (posible aumento de transaminasas y/o alteración fracción ALT/AST), perfil del hierro, hormonas tiroideas. Controles hematológicos en uso prolongado de metilfenidato: <ul style="list-style-type: none"> No es obligatorio, pero puede ser recomendable realizar hemogramas completos, recuentos diferenciales, coagulación y función hepática durante el tratamiento prolongado.
Síndrome de retirada	
<ul style="list-style-type: none"> Efecto rebote si retirada brusca: <ul style="list-style-type: none"> No dejar de tomar de forma brusca. Si hiperactividad rebote dar segunda dosis más temprano, dosis más frecuente o uso de preparados de acción retardada. 	<ul style="list-style-type: none"> No evidencias de síndrome de retirada.
Influencia de los alimentos	
<ul style="list-style-type: none"> Las comidas grasas retrasan la absorción Las bebidas ácidas o ricas en vitamina C, pueden alterar algunas formas de presentación. 	<ul style="list-style-type: none"> Las comidas grasas disminuyen la tasa pero no la cantidad total de la absorción.

PRECAUCIONES CON EL USO DE METILFENIDATO		PRECAUCIONES CON EL USO DE LA ATOMOXETINA
Efectos adversos		
<ul style="list-style-type: none"> Efectos adversos comunes: tristeza, irritabilidad, ansiedad, comportamiento pesado o pegajoso, insomnio <ul style="list-style-type: none"> La disforia o tristeza podría mejorar con liberación sostenida o adición de un antidepresivo noradrenérgico. Exacerbación de síntomas obsesivo compulsivos en niños con dosis altas. Puede exacerbar trastornos del pensamiento, y precipitar síntomas psicóticos y manía, Insomnio inducido por dogas que pueden manejarse cambiando la hora de administración, puede ser efecto rebote: <ul style="list-style-type: none"> Puede ser útil la administración de clonidina (0,05 a 0,4 mg, controvertido por potenciación de efectos adversos); melatonina (datos contradictorios) antihistamínicos o trazodona (2.50mg). Puede disminuir el umbral convulsivo, Pueden desenmascararse tics o discinesias, En síndrome de Gilles de la Tourette puede haber empeoramiento, 		<ul style="list-style-type: none"> Efectos comunes: Labilidad emocional. Efectos poco comunes: Irritabilidad, insomnio, depresión, ideación suicida.
	<ul style="list-style-type: none"> Comunes: Cefaleas, mareos Poco comunes: Temblor 	
	<ul style="list-style-type: none"> Comunes: Fatiga Comunes: Rinitis, tos, Comunes: Abdominalgia, náuseas, vómitos Hepatotoxicidad, que disminuye con la retirada. 	
<ul style="list-style-type: none"> Efectos sobre el crecimiento dependientes de la dosis y duración de la droga (contradicitorio si mejora con las vacaciones), <ul style="list-style-type: none"> Pueden ser útiles comidas pequeñas y frecuentes, o tomar batidos hipercalóricos, considerar suspender si disminución del peso en un 10%. Dar con o después de las comidas 	<ul style="list-style-type: none"> Efectos sobre el crecimiento. Disminución de apetito y peso. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Poco comunes: Prurito Menos frecuente: boca seca, estreñimiento, midriasis, retención urinaria Disfunción sexual Aumento de PA y FC, sin efectos sobre el QT. 	
<ul style="list-style-type: none"> Efectos cardiovasculares: <ul style="list-style-type: none"> Aumento de la presión arterial (PA) y de la frecuencia cardíaca (FC), arritmia ventricular muerte súbita, cardiopatía isquémica. Usar con precaución en hipertiroidismo porque puede causar hipotiroidismo incluso en hipotiroideos, Pueden causar tolerancia (hasta el 15% de pacientes) y dependencia psíquica, <ul style="list-style-type: none"> Se pueden abusar oral, nasal e intravenosamente. Usar con cuidado en historia de abuso. El parche puede aumentar la temperatura. Empeoramiento de los efectos adversos en autismo, 		

PRECAUCIONES CON EL USO DE METILFENIDATO	PRECAUCIONES CON EL USO DE LA ATOMOXETINA
<p>Interacciones principales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Carbamacepina (disminuye el nivel plasmático de metilfenidato);• Se puede incrementar la dosis plasmática de antidepresivos tricíclicos, ISRS y venlafaxina,• Antagonizan efectos sedativos de antihistamínicos como la difenidramina;• Junto con clonidina efectos aditivos sobre los efectos del metilfenidato en el sueño, la hiperactividad y la agresividad asociada al TDA-H,<ul style="list-style-type: none">• Usar con precaución debido a causas de muerte súbita y monitorizar con ECG;• Los antipsicóticos pueden bloquear el efecto estimulante sobre el SNC debido al bloqueo dopaminérgico;<ul style="list-style-type: none">• El metilfenidato puede exacerbar la discinesia de los antipsicóticos o prolongarla.• La combinación con atomoxetina puede aumentar los efectos sobre la PA y la FC.	<p>Interacciones importantes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Aumenta los niveles plasmáticos de ISRS.• No administrar junto a IMAO o hasta 2 semanas de su discontinuación.

	<i>Recomendación mínima.</i>
	<i>Realizar SEGÚN clínica</i>
	<i>Según factores de riesgo, aunque</i>

Monitorización de efectos adversos^{1, 2, 4, 11,32}**SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO CON ESTIMULANTES/ATOMOXETIN**

NOMBRE Y APELLIDOS _____ N° HISTORIA _____ F. NAC _____

ANTECEDENTES MÉDICOS DE INTERÉS _____ FECHA INICIO TTO _____ F. INICIO OTROS TRATAMIENTOS CONCOMITANTES _____

FECHA	DOSIS (mg)	OTROS TTOS (Nombre y mg)	ECG Basal (realizado y posibles alteraciones)	Otras: EEG, ...	Tóxicos orina	HG: Recuento leucocitario, HTO, VSG, recuento plaquetario	BQ SANG	Ferritina	Valores nutricionales: Albúmina, Transferrina, Prealbúmina	Función hepática ALT, AST, AST/ALT, Tº PROT	Función tiroidea	PESO, TALLA, IMC	PC Crecimiento	PA	FC		
Valores según laboratorio												Especialmente en Atomoxetina	Especialmente Metilfenidato	Según tablas edad y sexo			
INICIO DE TRATAMIENTO/BASAL																	
Observaciones: Posibles efectos adversos, dificultades en la adherencia, dudas,...																	
FASE ESTABILIZACIÓN : Cada Visita																	
Observaciones :																	

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

	Recomendación mínima.
	Realizar SEGÚN clínica
	Según factores de riesgo, aunque

NOMBRE Y APELLIDOS _____ N° HISTORIA _____ F. NAC. _____

FECHA	DOSIS (mg)	OTROS TTOS (Nombre y mg)	ECG Basal (realizado y posibles alteraciones)	Otras: EEG, ...	Tóxicos orina	HG: Recuento leucocitario, VSG, HTO, Recuento plaquetario	BQ SANG	Ferritina	Valores nutricionales: Albúmina, Transferrina, Prealbúmina	Función hepática ALT, AST, AST/ALT, Tº PROT	Función tiroidea TSH 0.5-4.5 T4L 0.6-1.4	PESO, TALLA, IMC	PC Crecimiento	PA	FC		
Valores según laboratorio													Especialmente en Atomoxetina	Especialmente Metilfenidato	Según tablas edad y sexo		
FASE DE MANTENIMIENTO																	
Año ____ / TRIMESTRE 1																	
cambio o ajuste de dosis																	
Año ____ / TRIMESTRE 2																	
cambio o ajuste de dosis																	
Año ____ / TRIMESTRE 3																	
cambio o ajuste de dosis																	
Año ____ / TRIMESTRE 4																	
cambio o ajuste de dosis																	
Observaciones :																	

UNIDAD SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL COMPLEJO HOSPITALARIO LA MANCHA CENTRO

Recomendación mínima.

Realizar SEGÚN clínica

Según factores de riesgo, aunque

NOMBRE Y APELLIDOS _____ N° HISTORIA _____ F. NAC. _____

FECHA	DOSIS (mg)	OTROS TTOS (Nombre y mg)	ECG Basal (realizado y posibles alteraciones)	Otras: EEG, ...	Tóxicos orina	HG: Recuento leucocitario, VSG, HTO, Recuento plaquetario	BQ SANG	Ferritina	Valores nutricionales: Albúmina, Transferrina, Prealbúmina	Función hepática ALT, AST, AST/ALT, Tº PROT	Función tiroidea TSH 0.5-4.5 T4L 0.6-1.4	PESO, TALLA, IMC	PC Crecimiento	PA	FC						
Valores según laboratorio												Especialmente en Atomoxetina			Especialmente Metilfenidato			Según tablas edad y sexo			
Año ____ / SEMESTRE 1																					
cambio o ajuste de dosis																					
cambio o ajuste de dosis																					
cambio o ajuste de dosis																					
Observaciones :																					
Año ____ / SEMESTRE 2																					
cambio o ajuste de dosis																					
cambio o ajuste de dosis																					
cambio o ajuste de dosis																					
Observaciones :																					

1.

Monitorización de presión arterial y frecuencia cardíaca.

Parámetros de normalidad en Presión arterial y frecuencia cardíaca en niños⁴²⁻⁴⁴

Se debe medir la presión arterial y frecuencia cardíaca del paciente de forma basal, en cada ajuste de dosis y posteriormente al menos cada 3 a 6 meses.

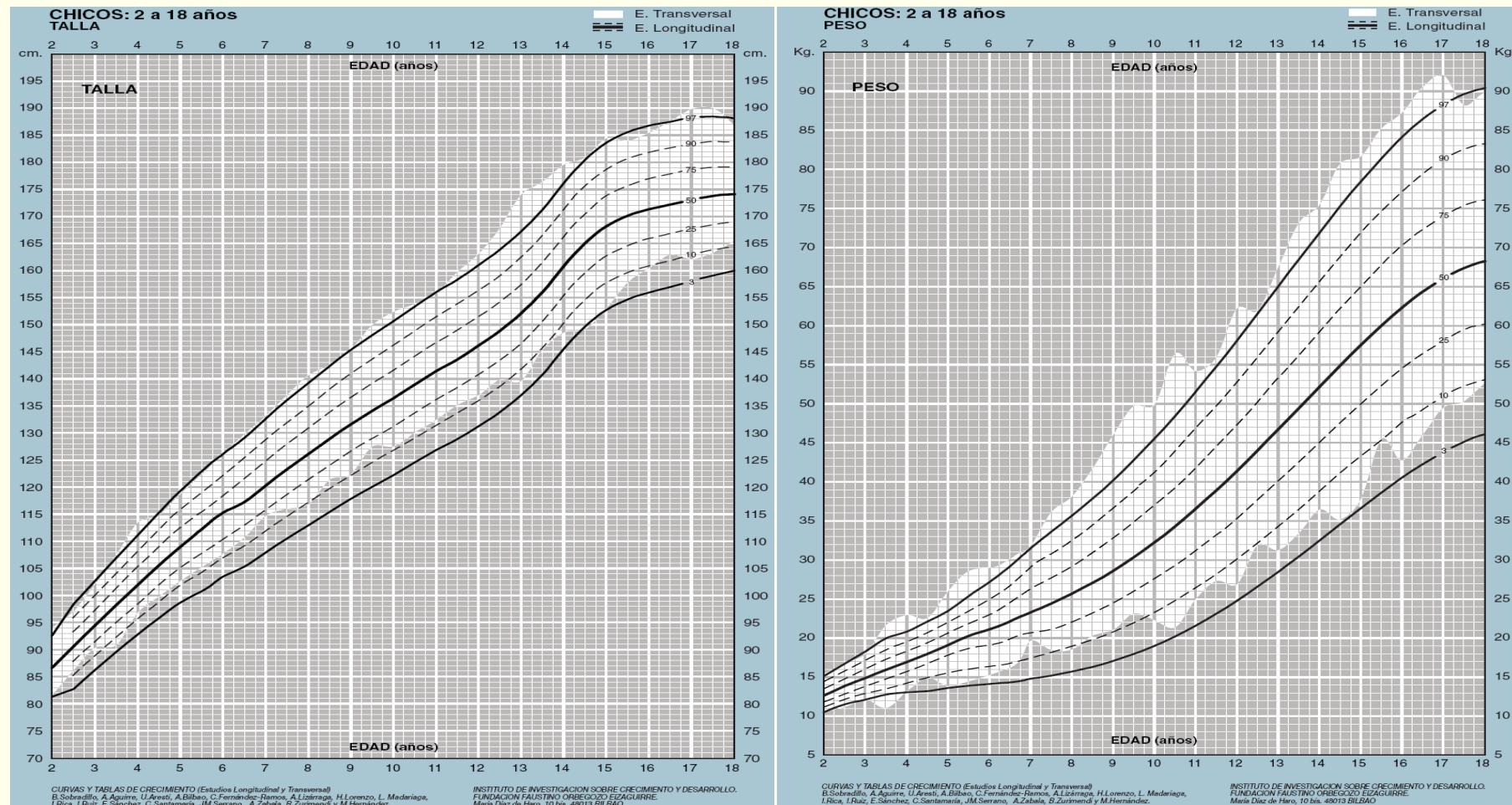
PARÁMETROS DE LA NORMALIDAD SEGÚN EDAD					
Edad	Peso/Kg	F.C.: lpm	F. R.: rpm	Tensión Arterial: mm Hg	
				Sistólica	Diastólica
Pretérmino	1	140-160	40-60	39-59	16-36
RN	3-4	120-180	30-50	50-75	30-50
6 m- 1 año	7	100-130	20-40	80-10	45-65
	10		20-30	80-105	45-70
1-2 a	10-12				
2-3 a	12-14	90-120	15-25	80-120	50-80
3-6 a	12-19				
6-8 a 8-10 a	19-26	80-110	15-20	85-130	55-90
	26-32				
10-14 a	32-50	70-100	13-15	90-140	60-95

Fórmula simplificadas para la predicción de los valores de tensión arterial en niños de 1 a 17 años a partir de la edad⁴⁴

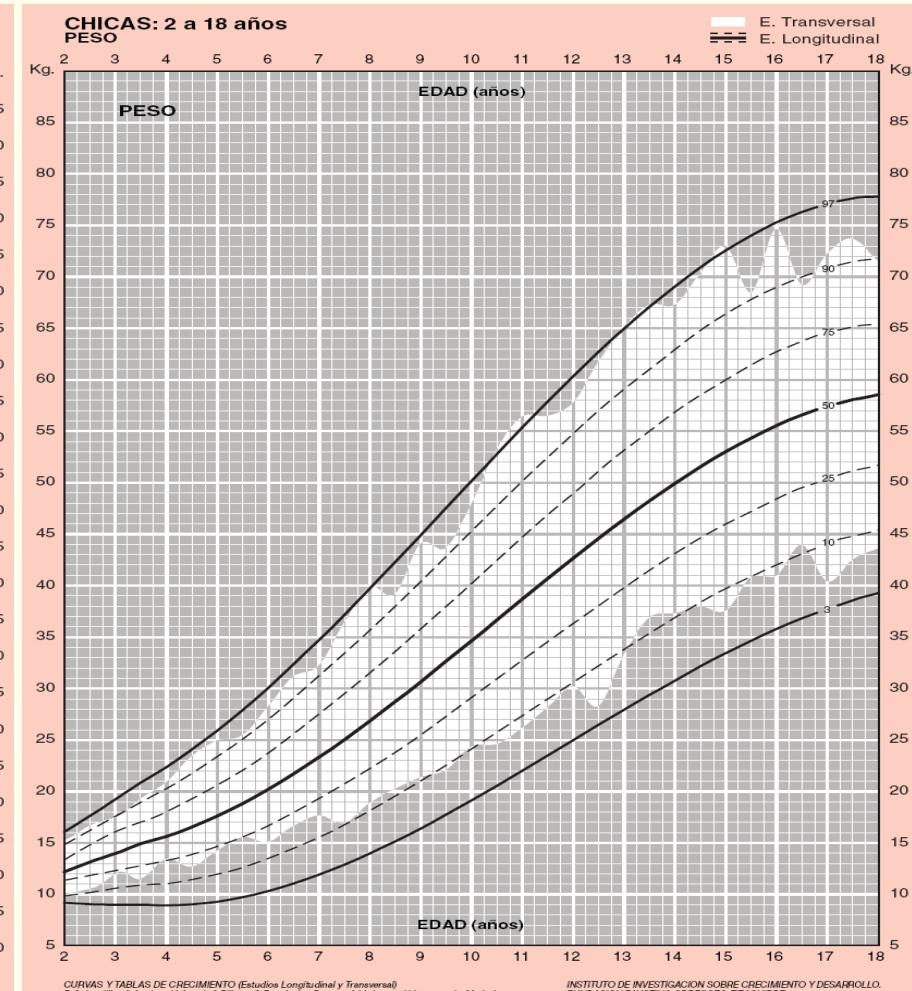
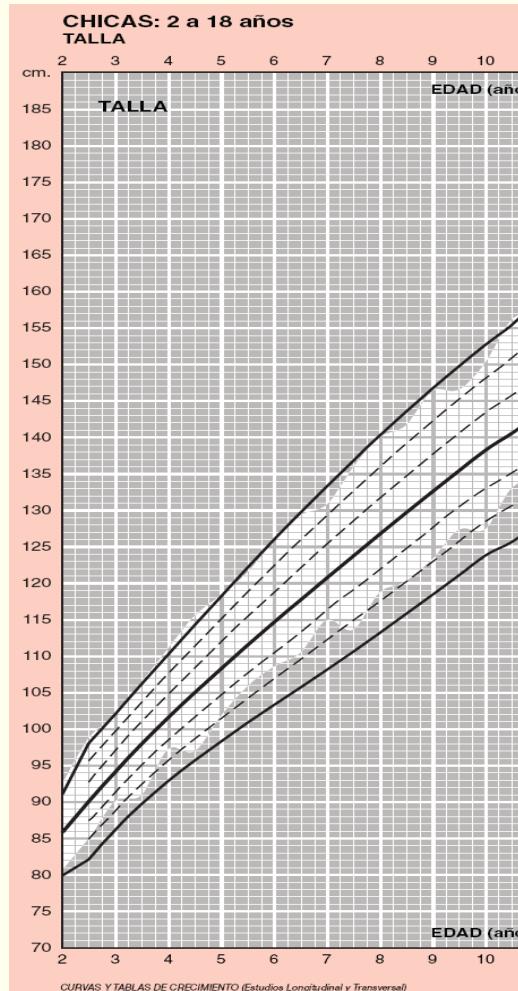
Tensión Arterial Sistólica	$105 + (\text{edad} \times 2)$
TAD 6-10 (años)	$61 + (\text{edad} \times 2)$
TAD 11-17 (años)	$70 + (\text{edad}/2)$

Monitorización Del crecimiento⁴⁵

Tablas de crecimiento en niños: percentiles de talla y peso



Tablas de crecimiento en niños y niñas: percentiles de talla y peso en niñas



Estrategias ante efectos adversos^{1, 2, 4, 9, 10, 11, 31,32}

EFFECTO ADVERSOS		MONITORIZACIÓN	ESTRATEGIAS POSIBLES
Metilfenidato	Atomoxetina		
Estatura (Niños, Adolescentes)		<ul style="list-style-type: none"> • Medir al comienzo del tratamiento. • Posteriormente medir cada 3-6 meses. • Representar en un cuadro de crecimiento, que debe ser revisado por el profesional sanitario responsable del tratamiento. 	<p>Si el crecimiento se ve afectado significativamente(disminución de dos percentiles):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar un descanso del tratamiento farmacológico durante las vacaciones escolares para permitir una «recuperación» del crecimiento (es controvertido).
Peso (Niños, Adolescentes)		<ul style="list-style-type: none"> • Medir al comienzo del tratamiento. • Posteriormente medir cada 3-6 meses. • En niños y adolescentes se debe representar el peso en un cuadro de crecimiento, que debe ser revisado por el profesional sanitario responsable del tratamiento. 	<p>Entre las estrategias para reducir la pérdida de peso o para manejar la disminución en el aumento de peso en niños, están:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar la medicación o con la comida o después y no antes de las comidas; • Tomar comidas adicionales o tentempiés temprano por la mañana o al final de la tarde cuando los efectos estimulantes del fármaco hayan pasado; • Obtener asesoramiento dietético y consumir comidas con alto contenido calórico o de buen valor nutricional.
Función cardíaca y presión sanguínea (Niños, Adolescentes)		<ul style="list-style-type: none"> • Medir al comienzo del tratamiento la frecuencia cardíaca y la presión arterial. • Medir antes y después de cada ajuste del tratamiento y posteriormente en cada visita o al menos cada 3 meses. • Registrar en un gráfico de centiles. 	<ul style="list-style-type: none"> • La aparición de taquicardia de reposo, arritmias o presión arterial sistólica mayor que el percentil 95 de forma sostenida (o con aumentos clínicamente significativos) en dos ocasiones conlleva una disminución de la dosis, con la consiguiente derivación a un pediatra o a un médico internista.
	Sistema reproductor y función sexual(adolescentes)	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la presencia de dismenorrea, disfunción eréctil y disfunción eyaculatoria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar cambio de tratamiento si los síntomas provocan disfunción importante.
Convulsiones (niños y adolescentes)		<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo potencial con ambos fármacos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si aparecen en niños con epilepsia o de novo suspender tratamiento con metilfenidato o atomoxetina. • Evitar uso concomitante de fármacos que disminuyan el umbral convulsivo (bupropión, tramadol,...) • Valorar utilización de risperidona.
Tics (niños y adolescentes)		<ul style="list-style-type: none"> • Valorar si los tics están relacionados con el estimulante y si el deterioro relacionado con los tics supera los beneficios del tratamiento de TDA-H. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si posible relación con los estimulantes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Reducir la dosis. ○ Interrumpir el tratamiento farmacológico. ○ Utilizar atomoxetina.
Síntomas psicóticos: delirios y alucinaciones; (niños y adolescentes)		<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo potencial con ambos tratamientos (más frecuente con metilfenidato) 	<ul style="list-style-type: none"> • Interrumpir el tratamiento farmacológico y realizar una evaluación psiquiátrica completa. • Considerar la posibilidad de utilizar atomoxetina como alternativa si los síntomas eran causados por metilfenidato (con precaución dado que también conlleva riesgo de síntomas psicóticos).

EFFECTO ADVERSOS		MONITORIZACIÓN	ESTRATEGIAS POSIBLES
Metilfenidato	Atomoxetina		
Síntomas de ansiedad, incluyendo el pánico (niños y adolescentes)		<ul style="list-style-type: none"> • Valorar si los síntomas pueden atribuirse al tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar dosis bajas del estimulante y/o tratamiento combinado con un antidepresivo empleado para tratar la ansiedad. • Cambiar a atomoxetina puede ser efectivo.
Disforia o tristeza (niños y adolescentes)			<ul style="list-style-type: none"> • Podría mejorar con liberación sostenida en el caso de tratamiento con metilfenidato o adición de un antidepresivo noradrenérgico.
Agitación, irritabilidad, pensamientos suicidas y auto agresividad (niños y adolescentes)		<ul style="list-style-type: none"> • Observar atentamente sobre todo durante los meses iniciales del tratamiento, o después de un cambio en la dosis. • Advertir a los progenitores acerca de la aparición potencial de pensamientos suicidas y de auto agresividad con atomoxetina, pedirles que informen de estos efectos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar retirada del tratamiento.
Abuso y/o uso fraudulento (adolescentes)		<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar los cambios en el potencial de abuso y de intercambio o uso fraudulento de fármacos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede ser preferible el uso de metilfenidato de liberación modificada o la atomoxetina.
Insomnio (niños y adolescentes)		<ul style="list-style-type: none"> • Más frecuente con metilfenidato. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar la hora de administración (puede ser debido a efecto retirada). • Puede ser útil la administración de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Clonidina: 0,05 a 0,4 mg; (controvertido por potenciación de efectos adversos); ○ Melatonina : 5 mg; (datos contradictorios) ○ Antihistamínicos ○ Trazodona (2,5 mg).

Consideraciones prácticas de uso^{1, 11, 31,32}

CONSIDERACIONES PRÁCTICAS DE USO		
Atomoxetina	Metilfenidato Liberación intermedia (Medikinet®)	Metilfenidato Liberación prolongada (Concerta®)
No deben abrirse El contenido es irritante ocular	Se puede abrir el contenido y espolvorear en yogur,... sin machacar microesferas. Si se abre el contenido no guardar para uso futuro	No fraccionar cápsula
Con o sin alimentos	Tomar con el desayuno o después del desayuno (en ayunas el efecto puede ser menos prolongado por rápida absorción).	Se puede tomar con o sin comidas.
Las comidas muy grasas pueden disminuir la tasa de absorción, no la absorción final.	Las comidas muy grasas pueden retrasar la absorción	La cápsula puede aparecer en heces
Más eficaz por la mañana Mejor tolerado por la noche y en dosis fraccionada	Las bebidas de zumos ácidos o vitamina C pueden alterar algunas formas de presentación.	

Modelo de informe para visado de la atomoxetina
**INFORME JUSTIFICATIVO DE LA
INDICACIÓN DE TRATAMIENTO PARA EL
TRANSTORNO POR DÉFICIT DE
ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD (TDAH)**

DATOS DEL PACIENTE

Espacio destinado a la firma del facultativo que prescribe. No escribir en mano. Designar nombre, apellidos y fecha de nacimiento.

DATOS DE CONTACTO DEL PACIENTE**Dirección:****Población:****Teléfono:****DATOS CLÍNICOS****Diagnóstico:****DATOS FARMACOTERAPEUTICOS****1) Especialidad Farmacéutica****-Nombre y forma farmacéutica:****-Vía de administración:** Oral**-Dosis y posología:****2) Indicación para la que se hace la prescripción:**

Trastorno por déficit de atención / hiperactividad (TDAH)

3) Fecha de inicio del tratamiento: / /**4) Fecha próxima revisión:** En un año / /

En _____, a _____ de _____, de _____

Firma del facultativo y CIAS:

Estrategias aumentativas si fracaso terapéutico

ESTRATEGIAS AUMENTATIVAS EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD ^{1,31}	
Evaluación de falta de eficacia	
	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse del correcto diagnóstico • Asegurarse del cumplimiento terapéutico • Asegurarse de buena dosificación • Valorar posibles condiciones médicas o psiquiátricas concurrentes: trastorno bipolar (TBP), trastorno de conducta (TC), alteraciones de aprendizaje. • Valorar posibles interacciones farmacológicas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Que disminuyen la respuesta: antipsicóticos,... ○ Inductores enzimáticos: carbamacepina ○ Alteración de algunas formas de presentación con bebidas ricas en vitamina C o ácidas. ○ Posible abuso concomitante de sustancias: alcohol,... • Valorar posibles efectos secundarios de la medicación • Valorar factores psicosociales que influyan en la falta de eficacia
Cambio metilfenidato-atomoxetina	
	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de metilfenidato a atomoxetina: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cambio rápido: En dos semanas, primera semana mantener psicoestimulantes a dosis igual e iniciar atomoxetina a 0,5 mg/Kg/día; segunda semana reducir estimulante a la mitad y subir atomoxetina hasta 1,2 mg/Kg/día, tercera semana mantener atomoxetina a dosis de unos 1,2 mg/Kg día. ○ Cambio lento: En diez semanas.

ESTRATEGIAS AUMENTATIVAS EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD ^{1,31}	
Combinación de psicoestimulantes con otros fármacos	
Estimulantes + Clonidina	Efectos aditivos al metilfenidato en mejora de hiperactividad, agresión, irritabilidad, problemas de sueño. Útil en tics concomitantes, trastorno de conducta o trastorno oposicionista desafiante. Hay que tener precaución por las muertes súbitas: monitorización con ECG, Frecuencia Cardíaca, PA;
Estimulantes + Antidepresivos	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoestimulantes+Tricíclicos (imipramina, nortriptilina o desipramina) pueden ser útiles en pacientes refractarios o con enuresis o bulimia concomitante, pueden reducir los tics. Sin embargo se incrementa de forma importante el riesgo de efectos adversos cardiovasculares. • Psicoestimulantes+ISRS/ Venlafaxina: Pueden ser efectivos en pacientes con trastornos del ánimo o de ansiedad concomitantes. • Psicoestimulantes + bupropión: Se ha usado para aumentar los efectos de los psicoestimulantes y en pacientes con trastornos del ánimo concomitantes, trastorno por abuso de sustancias o trastornos de conducta. Puede causar alteraciones dermatológicas, aumentar tics e incrementar riesgo de convulsiones.
Estimulantes + Antipsicóticos	<ul style="list-style-type: none"> • Los antipsicóticos de segunda generación se han visto útiles en pacientes con síntomas comórbidos de descontrol, agresión, hiperactividad y tics. • El haloperidol y el pimozide a dosis bajas se han usado en el Síndrome de Gilles de la Tourette. • Hay que tener en cuenta que los antipsicóticos pueden disminuir la eficacia del metilfenidato.
Estimulantes + Estabilizadores del ánimo	Se ha usado en pacientes con trastorno bipolar comórbido, impulsividad, trastornos de conducta y agresión. .
Estimulantes + Buspirona	Existen estudios abiertos que sugieren que la combinación de psicoestimulantes con buspirona mejora la hiperactividad, impulsividad, inatención y trastornos de conducta a dosis de 15 a 30 mg/día.
Estrategias de segunda y tercera línea (Ver tabla)	

Otros fármacos utilizados en el TDA-H.

OTROS FÁRMACOS USADOS EN EL TDA-H (Sin indicación oficial) ^{1-4,9-1183-110}						
OTROS FÁRMACOS ESTIMULANTES (No disponibles en España o sin indicación)						
	Descripción	Síntomas Diana	Efectos secundarios	Dosificación	Observaciones	Possibles usos
Dextroanfetamina (No disponible en España)	Actuación similar al metilfenidato y su dosificación es la mitad respecto a éste.	Los pacientes que no han respondido a metilfenidato pueden responder a D-anfetamina.	La absorción y niveles plasmáticos está muy influida por agentes acidificantes (la disminuye) y alcalinizantes (la aumenta).	Ajuste individual. Dosis de inicio: • Inicio con 5mg. • Máximo de 40mg diario	No recomendada en menores de 3 años	
Parche de metilfenidato (no comercializado en España)						Ventaja de definir la hora de finalización del efecto (retirar 3 horas antes).
Lis-dismetil-anfetamina (LDZ) (no comercializado en España)	Actualmente en estudio en nuestro país.					No potencial de abuso porque solo se absorbe por vía oral.
Pemolina (retirada por hepatotoxicidad)				Ajuste individual. Dosis: • Inicio: 37,5mg diarios, • Máximo 112,5mg/día Requiere revisión de función hepática al inicio, en ajuste de dosis, a los 30 días de tratamiento y mínimo cada 6 meses.		
Modafilino (modiodal®)	Modafilino inhibidor gabaérgico	Efecto medio en reducción de síntomas de TDA-H y problemas de conducta. Cinco estudios controlados y aleatorizados.	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución apetito. • Gastrointestinales: Dolor abdominal, vómitos, diarrea, estreñimiento,... • Cefaleas, astenia • Boca seca, faringitis, rinitis, • Insomnio, irritabilidad, ansiedad, anomalías del pensamiento, depresión, manía, confusión. • Cardiovasculares: Arritmias, vasodilatación, dolor torácico, hipertensión, palpitaciones, • Hipercolesterolemia, eosinofilia, leucopenia. <p>Bajo riesgo de discontinuación.</p>	Dosis: <ul style="list-style-type: none"> • 100-400 mg/d en dosis dividida en forma de presentación normal. • 170-425 en comprimidos recubiertos de acción prolongada una vez al día. 		

OTROS FÁRMACOS USADOS EN EL TDA-H (Sin indicación oficial) ^{1-4,9-1183-110}						
FÁRMACOS DE TERCERA-CUARTA LÍNEA						
	Descripción	Síntomas Diana	Efectos secundarios	Dosificación	Observaciones	Posibles usos
Alfa-2 Adrenérgicos						
Clonidina (catapres®)	Clonidina No probada seguridad ni eficacia en menores de 12 años. Hay ensayos clínicos publicados en TDA-H y en TDA-H + tics. Diversos estudios la han utilizado sola o en combinación con metilfenidato para el TDA-H. En estudio por la FDA para su aprobación para el TDA-H.	Puede ser eficaz para síntomas de hiperarousal, especialmente en conductas de deshinchición, agresividad y agitación, y también en los trastornos del sueño, pero no está clara la mejoría en la inatención.	Efectos secundarios: <ul style="list-style-type: none">• Sedación (frecuente al comienzo)• Ansiedad, irritabilidad, disminución de memoria.• Cefaleas,• Boca seca,• Hipotensión. Puede provocar toxicidad. Interacciones importantes: <ul style="list-style-type: none">• Antidepresivos: bloquea el efecto antihipertensivo.• Betabloqueantes: efecto sumativo hipotensor y bradicardia,• Antihistamínicos: efecto sumativo.	Dosis TDA-H: <ul style="list-style-type: none">○ Inicio: 3-10 microgramos por Kg de peso al día (0,05 a 0,4 mg al día) una vez al día o en dosis divididas.○ Pico plasmático a las 3-5 horas.○ La vida media son de 6 a 20 horas.○ Los niños la metabolizan más rápido, pueden requerir hasta 4 a 6 dosis al día.	No se debe interrumpir bruscamente después de a 2 meses de tratamiento por riesgo de rebote de hipertensión y tics, a los que los niños son más sensibles. Precauciones: <ul style="list-style-type: none">• En combinación con estimulantes por historia de muerte súbita.• En enfermedad cerebrovascular,• En fallo renal crónico• En depresión.	Puede ser útil: <ul style="list-style-type: none">• Cuando la hiperactividad es un problema grave y/o se acompaña de trastornos de conducta importantes y la utilización de psicoestimulantes está limitada por la presencia de tics y• Los antidepresivos no han sido eficaces o están contraindicados.
Guanfacina (no disponible en España)	Tiene menos efectos sedativos que la clonidina y se propone como alternativa a ésta, aunque existen pocos estudios sobre su uso (existe ensayo clínico controlado en TDA-H con tics comórbidos). En la FDA ha sido aprobado su uso para TDA-H.	En estudios se ha obtenido efecto beneficioso a nivel conductual y de la atención en TDA-H y tics comórbidos...	Efectos adversos: <ul style="list-style-type: none">• Sedación,• Hipotensión,• Bradicardia,• Cefalea,• Irritabilidad, manía• Anorexia.	Dosis: <ul style="list-style-type: none">○ 0,5 a 3 mg/día en dos veces (0,03 a 0,1 mg/kg/día).○ Disminuir dosis en insuficiencia renal.		

OTROS FÁRMACOS USADOS EN EL TDA-H (Sin indicación oficial) ^{1-4,9-1183-110}						
FÁRMACOS DE TERCERA-CUARTA LÍNEA (considerando primera línea metilfenidato y atomoxetina)						
	Descripción	Síntomas Diana	Efectos secundarios	Dosificación	Observaciones	Posibles usos
Antidepresivos						
Antidepresivos tricíclicos: <i>Imipramina (tofranil®)</i> <i>Desipramina</i>	No claro su beneficio, desestimado por algunas guías ¹ y en cambio no por otras ² . Los más estudiados han sido la imipramina y la desipramina. La evidencia más consistente se ha constatado para la desipramina y dudosa para la imipramina. En el caso de la nortriptilina existe un ensayo clínico controlado en que muestra cierta eficacia.	Mejor en síntomas conductuales, que inatención.	<p>Efectos secundarios numerosos, frecuentes y molestos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anticolinérgicos: sequedad de boca, estreñimiento. • Sedación, ganancia de peso. • Efectos gastrointestinales. • Cardiotoxicidad (especialmente en prepúberes): Trastornos de la conducción cardíaca... ○ Necesidad de ECG al inicio, con cada incremento y regularmente. <p>Desarrollo de tolerancia. Peligro de sobredosis. Curvas plasmáticas muy cambiantes en prepúberes.</p>	<p>Imipramina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Previo al inicio: ECG, PA, FC, peso. • Inicio: 10mg/día. • Incrementos de 10 a 25mg cada 10 días. • Mantenimiento: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hasta 8 años: 20 mg. ○ 8-14 años: 20 a 50 mg. ○ Adolescentes: 50-80 mg • Máximo 3-5mg/kg/día. • Se recomienda fraccionar las dosis. • No suspender abruptamente. 	<p>Ventajas respecto a los psicoestimulantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dosis únicas (vida media larga). • No insomnio. • No efecto rebote. • Posible monotorizar niveles. • No riesgo de abuso o dependencia 	<p>Son de 2^a línea por efectos adversos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si estimulantes y atomoxetina han fracasado, no se pueden utilizar o efectos secundarios importantes. • Pueden ser útiles en TDA-H asociado a: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ansiedad y/o depresión. ○ Tics. ○ Enuresis. ○ Bulimia
Inhibidor de la recaptación de Noradrenalina y Dopamina: <i>Bupropión (elontril®, zyntabac®, equomem®)</i>	Noradrenérgico y dopamínergico. Ha mostrado eficacia limitada frente a placebo en un ensayo clínico multicéntrico en niños frente a placebo y en un ensayo pequeño frente a metilfenidato. Ha mostrado mejoría en TDA-H en dos ensayos clínicos controlados en adultos.	Parece menos eficaz que estimulantes. Mejora la sintomatología del TDA-H.	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de convulsiones. Especialmente si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Historia previa de convulsiones. ○ Entidades que aumentan riesgo convulsiones: abstinencia a alcohol y benzodiacepinas, en anorexia y bulimia y tumores del SN (riesgo convulsiones). • Trastorno de la ingesta (pérdida de peso), • Episodios de hipertensión en pacientes con antecedentes, • Problemas dermatológicos, • Precipitación de tics. • Cuadros de agitación y confusión en aumentos bruscos de dosis. 	<p>Dosis de inicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 mg/K/día en dosis dividida. Incrementos graduales <p>Máximo de 6 mg/Kg/día en dosis dividida.</p> <p>En adolescentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 75-100 mg/día • Aumentar dosis de 75 en 75 semanalmente. • Máximo de 450 mg/día en dosis divididas. <p>Esperar hasta 6 semanas para efecto máximo.</p>	<p>Se ha usado para aumentar los efectos de Los psicoestimulantes y como tratamiento único.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede ser útil en pacientes con TDA-H asociado a: <ul style="list-style-type: none"> ○ Trastornos del ánimo ○ Trastorno por abuso de sustancias. ○ Trastorno de conducta.

OTROS FÁRMACOS USADOS EN EL TDA-H (Sin indicación oficial) ^{1-4,9-1183-110}						
OTROS FÁRMACOS DE POSIBLE UTILIDAD EN EL TRATAMIENTO DEL TDA-H (considerando primera línea metilfenidato y atomoxetina)						
	Descripción	Síntomas Diana	Efectos secundarios	Dosificación	Observaciones	Posibles usos
Antidepresivos						
Inhibidor de la recaptación de noradrenalina: Reboxetina (norebox®, irenor®)	Existen pocos estudios, aunque hay dos ensayos clínicos controlados en niños que muestran eficacia en TDA-H.	Parece mostrar cierta eficacia en disminución de síntomas de inatención, hiperactividad-impulsividad	Efectos secundarios más frecuentes: <ul style="list-style-type: none">• Sequedad de boca, estreñimiento, incontinencia / retención urinaria e impotencia.• Insomnio,• Incremento en la sudoración,• Taquicardia,• Vértigo	<p>En uno de los estudios en escolares se utilizaron estas dosis:</p> <ul style="list-style-type: none">• Inicio: 1 mg/día.• Aumentos quincenales de 1 mg/día.• Máximo de 8 mg/día		Podría considerarse su uso en el TDA-H cuando se asocia a depresión, predominando síntomas de fatiga y apatía habiendo fallado otros fármacos.
Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina Venlafaxina (vandral®, dobupal®, ...)	Hay algún estudio abierto en niños en que se muestra cierta eficacia, aunque con tasas de abandono y efectos secundarios importantes, entre ellos la hiperactividad.	Possible eficacia de venlafaxina en inatención y concentración en el TDA-H, con tasas de abandono y efectos secundarios muy alta.	Efectos secundarios: <ul style="list-style-type: none">• Sedación e insomnio,• Cefalea, mareos, rara vez convulsiones• Nerviosismo, hipercinesia.• Astenia,• Puede desencadenar manía,• Efectos anticolinérgicos;• Aumento de la PA; taquicardia,• Náuseas,• Disfunción sexual; <p>Síndrome de discontinuación</p>	<p>Para los síntomas del TDA-H se han utilizado dosis de:</p> <ul style="list-style-type: none">• 0,5 a 3 mg/kg/día;• En adolescentes mayores de 12 años:<ul style="list-style-type: none">○ Inicio con 18,75 a 37,5 mg con comida;○ Aumentos de 18,75 a 37,5 mg semanal○ Hasta 225mg en dosis divididas; <p>Disminuir dosis en Insuficiencia Renal y Hepática.</p>		Eficacia limitada por los efectos adversos incluido el empeoramiento comportamental.
ISRS	La evidencia clínica no apoya su uso en TDA-H por falta de eficacia. Un estudio abierto pequeño con fluoxetina en niños muestra cierta eficacia.					Podrían ser de utilidad en comorbilidad con sintomatología afectiva.
IMAO reversible: Moclobemida (manerix®)		Disminución clínica de las conductas perturbadoras	Efectos secundarios: <ul style="list-style-type: none">• Insomnio o sedación,• Estimulación, hipomanía,• Mareo, náuseas• Efectos anticolinérgicos: estreñimiento• Hipotensión, taquicardia,• Aumento de peso <p>Interacción con múltiples fármacos</p> <p>Crisis hipertensiva desencadenada por interacción con fármacos o alimentos ricos en tiramina.</p>	<p>Dosis habituales:</p> <ul style="list-style-type: none">• 75-225 mg/día <p>Disminuir la dosis en insuficiencia hepática</p> <p>Dar después de las comidas.</p>		Podrían ser una alternativa, pero limitan su uso la restricción dietética y el riesgo de crisis hipertensiva, así como las interacciones con otros fármacos.

OTROS FÁRMACOS USADOS EN EL TDA-H (Sin indicación oficial)						
OTROS FÁRMACOS						
	Descripción	Síntomas Diana	Efectos secundarios	Dosificación	Observaciones	Possible usos
Antipsicóticos						
De primera generación: <i>Haloperidol, Pimozide.</i> De segunda generación: <i>Risperidona...</i>	Se recomienda utilizar los antipsicóticos atípicos por sus menores efectos secundarios.	La mayoría de demuestran que son poco útiles para los síntomas de TDA-H y no está probada su eficacia a nivel cognitivo	Síntomas extrapiramidales, disfunción cognitiva, alteraciones en el peso,...	Dosis bajas de antipsicóticos de segunda generación: Risperidona: <ul style="list-style-type: none"> Inicio en niños: 0,25 mg dos veces niños: 1-2 mg. Mantenimiento en adolescentes: 2,5 a 4 mg. 	La combinación con metilfenidato puede ser útil en TDA-H y comorbilidad con: <ul style="list-style-type: none"> Descontrol, agresividad y tics En pacientes con Gilles de la Tourette. 	El haloperidol y el pimozide pueden ser útiles si hay tics: <ul style="list-style-type: none"> Haloperidol: dosis en Tno. no psicóticos 0,05 a 0,15 mg/Kg/día Pimozide: Dosis usual de 1 a 5 mg/día. Pueden ser útiles en TEA. La risperidona puede ser útil en pacientes con epilepsia en que esté contraindicado el metilfenidato
Eutimizantes						
Carbamacepina (tegretol®) Litio (Plenur®)	Puede considerarse su uso en caso de impulsividad o agresividad importante.	Litio: <ul style="list-style-type: none"> Sólo se ha detectado mejoría en síntomas de TDA-H en presencia de trastorno afectivo. Puede mejorar la agresividad e impulsividad en trastornos de conducta graves. Carbamacepina: <ul style="list-style-type: none"> Se ha utilizado para controlar trastornos conductuales en los que existía impulsividad, distraibilidad y actividad excesiva. 	Múltiples efectos adversos en litio: <ul style="list-style-type: none"> SNC Gastrointestinales. Cardiovasculares. Renales. Dermatológicos. Endocrinológicos. (...) Efectos adversos importantes en carbamacepina: <ul style="list-style-type: none"> Rash cutáneo, Ataxia, Sedación Vértigo. (...) 	Litio: <ul style="list-style-type: none"> 150 a 300 mg al día, con aumentos lentos cada 2-3 días. Los niños pueden requerir dosis más altas que los adultos. Carbamacepina: <ul style="list-style-type: none"> Rango dosis: <ul style="list-style-type: none"> Niños: 200 a 600 mg/día. Adolescentes: 300 a 1200 mg/día en dosis única o dividida 		
Otros agentes						
Buspirona (buspar®)		Estudios abiertos sugieren que la combinación con estimulantes mejora la hiperactividad, impulsividad, inatención y trastornos de conducta		Dosis de 15 a 30 mg/día.		

OTROS FÁRMACOS USADOS EN EL TDA-H (Sin indicación oficial)						
	Descripción	Síntomas Diana	Efectos secundarios	Dosificación	Observaciones	Posibles usos
NUEVAS VÍAS DE INVESTIGACIÓN						
Nicotina y Acetylcolina (Inhibidores de colinesterasa)	Los receptores nicotínicos cerebrales de la acetilcolina están implicados en diversas funciones, como la atención, la memoria, el aprendizaje o el control de la actividad motora.	La nicotina es un agonista de estos receptores de acetilcolina, El donezepilo, inhibidor de la acetilcolinesterasa ha sido probado con eficacia en algunos casos de TDA-H no respondedores a fármacos convencionales o con síndrome de Gilles de la Tourette asociado.				

Consideraciones a la prescripción de medicamentos en indicaciones no autorizadas.

REAL DECRETO 1015/2009, DE 19 DE JUNIO, POR EL QUE SE REGULA LA DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES

ACCESO A MEDICAMENTOS EN CONDICIONES DIFERENTES A LAS AUTORIZADAS

Requisitos para el acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas en España

- Esta utilización tendrá carácter excepcional y se limitará a las situaciones en que se carezca de alternativas terapéuticas autorizadas para un determinado paciente, respetando, en su caso, las restricciones que se hayan establecido ligadas a la prescripción y/o dispensación del medicamento y el protocolo terapéutico asistencial del centro sanitario.
- El médico responsable del tratamiento deberá justificar convenientemente en la historia clínica la necesidad del uso del medicamento e informar al paciente de los posibles beneficios y riesgos potenciales, obteniendo su consentimiento conforme a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

Consentimiento informado

- Consentimiento informado del paciente o de su representante legal (los padres en los menores de edad),
 - El consentimiento informado se regula en el RD 223/2004 artículo 7, según el cual el sujeto deberá otorgar su consentimiento para el empleo de medicamentos de uso compasivo, después de haber entendido en la entrevista previa con el médico, los posibles beneficios, riesgos e inconvenientes del uso de la medicación, así como las alternativas existentes y después de haber sido informado de su derecho a renunciar al tratamiento en cualquier momento sin que ello le ocasione perjuicio alguno.
 - El consentimiento se documentará mediante una hoja de información para el sujeto que contendrá únicamente aquellos datos relevantes, expresados en términos claros y comprensibles, y redactada en la lengua propia del sujeto, y el documento de consentimiento.
 - Se otorgará el consentimiento por representación, cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance del tratamiento.
 - Si el paciente tiene 12 años cumplidos, se escuchará su opinión.
 - Cuando se trata de menores no incapaces, ni incapacitados pero emancipados o con 16 años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación

Obligaciones del médico responsable

- Informar al paciente en términos comprensibles de la naturaleza del tratamiento, implicaciones y riesgos, y obtener su consentimiento conforme a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.
- Notificar las sospechas de reacciones adversas de acuerdo a lo previsto en el Real Decreto 1344/2007, de 14 de octubre.
- Respetar en su caso las restricciones que se hayan establecido ligadas a la prescripción y/o dispensación y el protocolo terapéutico asistencial del centro sanitario.

MEDICAMENTOS NO AUTORIZADOS EN ESPAÑA

- Se regula en el capítulo IV.
- La agencia podrá autorizar con carácter excepcional el acceso a medicamentos no autorizados en España y destinados a su utilización en España cuando:
 - No se encuentra el medicamento autorizado en España con igual composición o está en una forma farmacéutica que no permite el tratamiento del paciente.
 - No existe en España medicamento autorizado que constituya una alternativa adecuada para el paciente.
- Asimismo podrá autorizar el acceso a medicamentos que estando autorizados en España no se encuentran comercializados.

Procedimiento

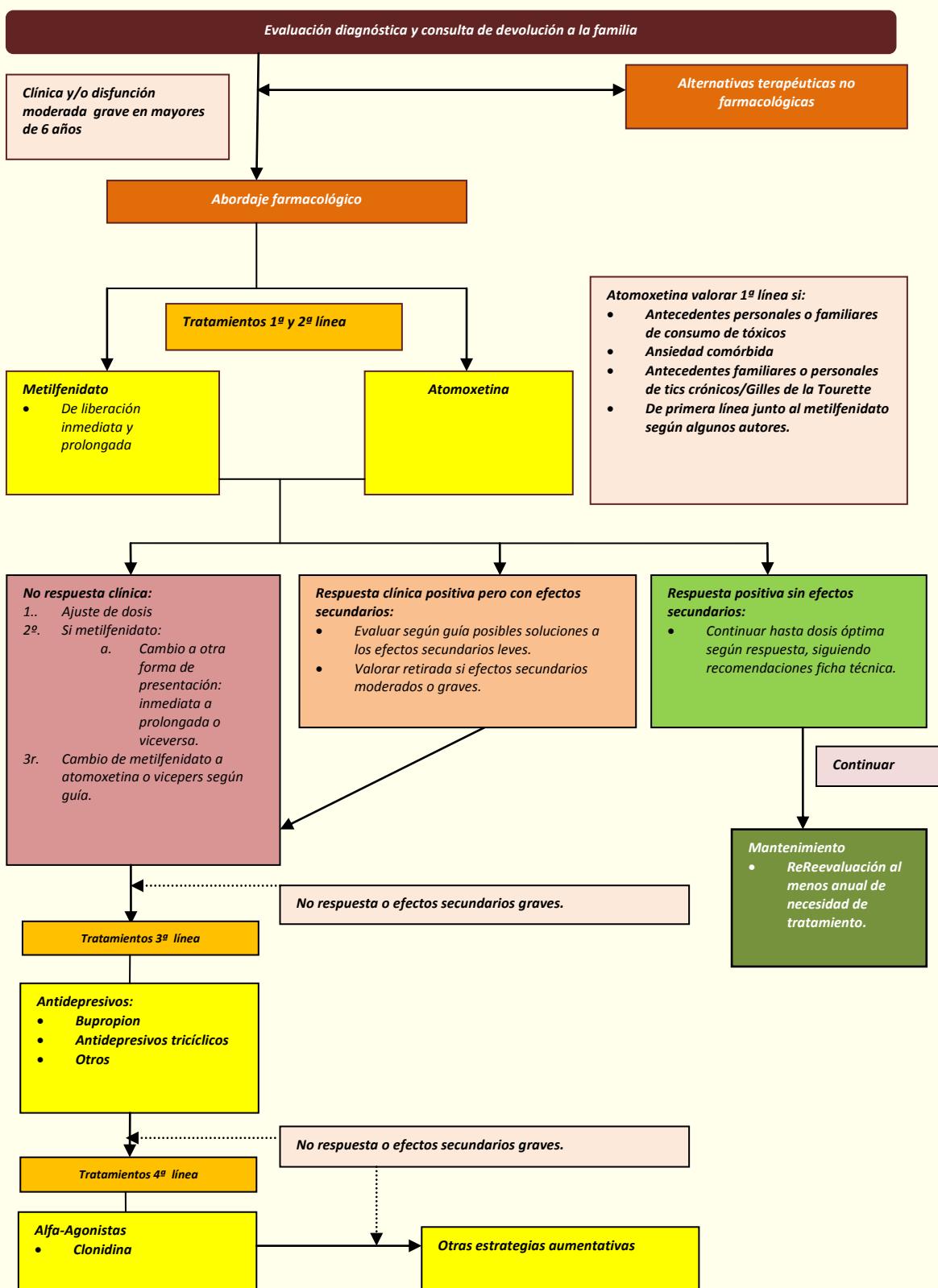
- La solicitud se puede presentar a la agencia a través de la dirección del centro hospitalario y se acompañará de:
 - Prescripción facultativa del medicamento acompañada de informe clínico que motive la necesidad del tratamiento y la duración estimada del mismo.
 - El número de envases requeridos.
 - Documentación científica que sustente el uso del medicamento para la indicación terapéutica solicitada, en los casos excepcionales en que esta difiera de la recogida en la ficha técnica del país de origen, junto con la conformidad del laboratorio titular si así se requiere.
- Antes de la administración del medicamento será necesario el consentimiento informado del paciente o de su representante.
- El médico además tendrá la obligación de comunicar las reacciones adversas que aparezcan.

USO COMPASIVO

- Se regula en el capítulo II del Real Decreto: "Uso compasivo de medicamentos en investigación".
- La Agencia podrá autorizar el uso compasivo de medicamentos en investigación antes de su autorización en España en pacientes que padece una enfermedad crónica o gravemente debilitante o que se considera pone en peligro su vida y que no pueden ser tratados satisfactoriamente con un medicamento autorizado. El medicamento deberá estar sujeto a una solicitud de autorización de comercialización, o bien deberá estar siendo sometido a ensayos clínicos.

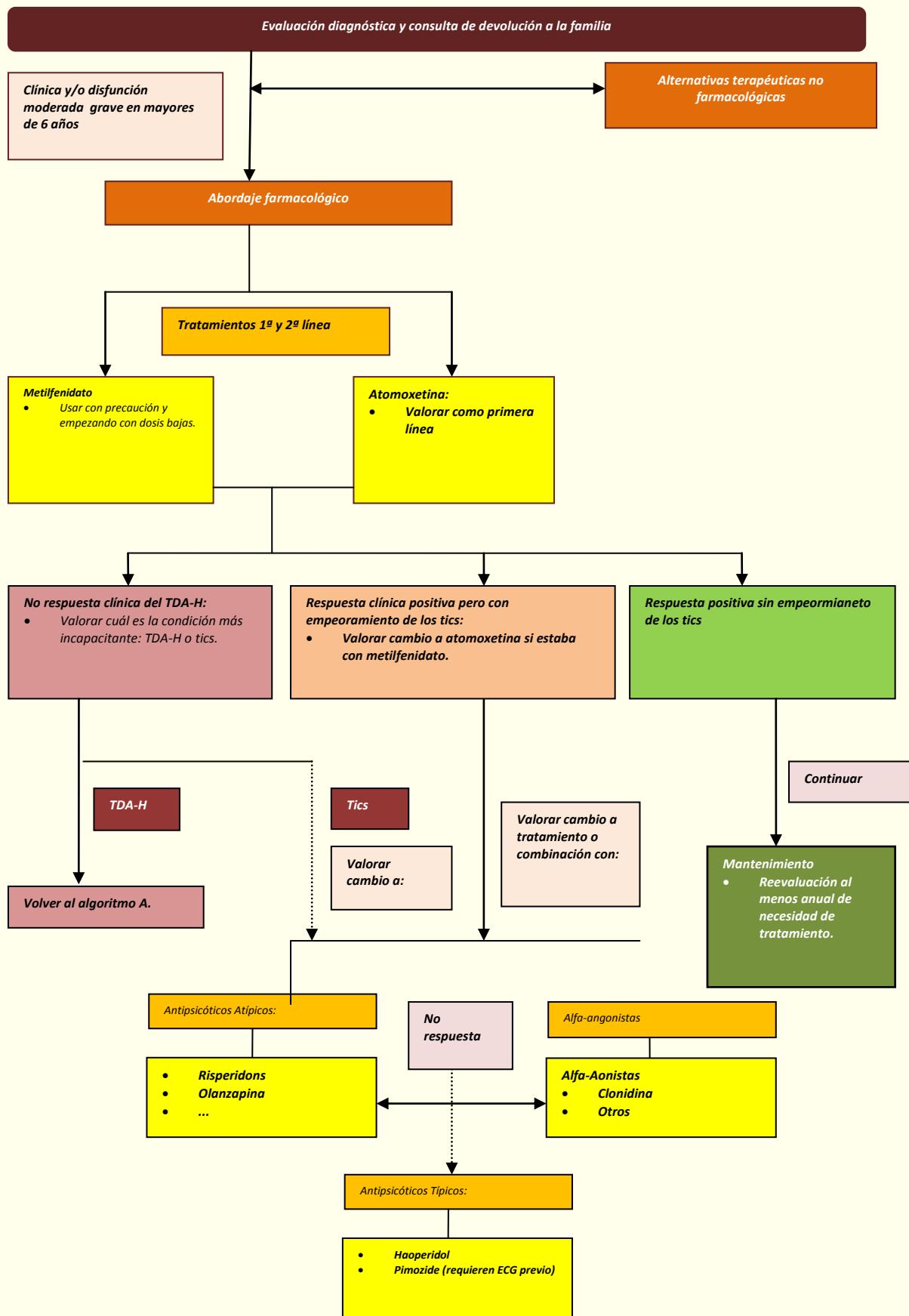
OBLIGACIONES DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

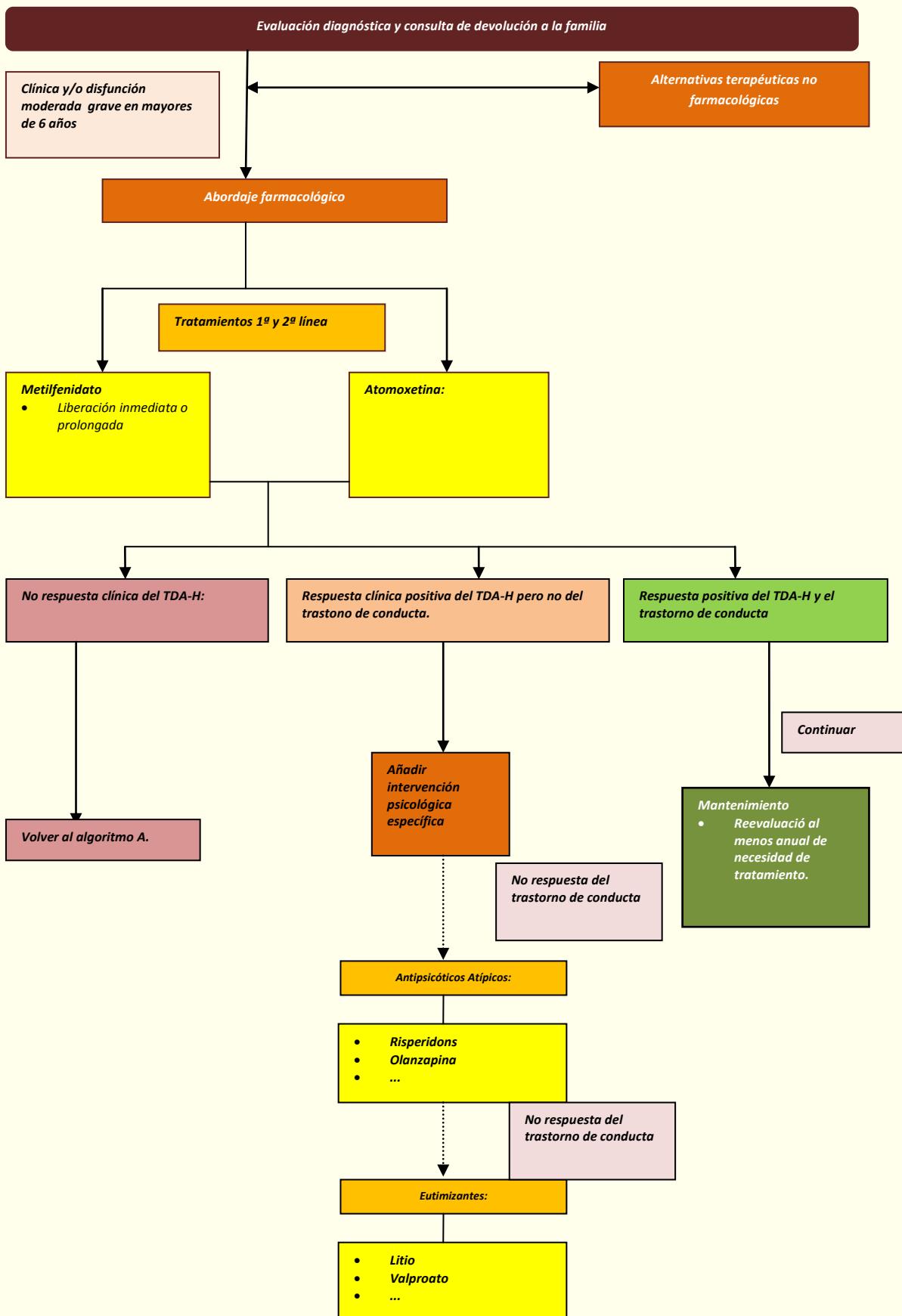
- En todos los casos el médico responsable debe comunicar a la AEMPS los resultados del tratamiento, así como las sospechas de reacciones adversas que puedan ser debidas al fármaco al Centro Autonómico de Farmacovigilancia correspondiente.

Algoritmos de tratamiento farmacológicoEste epígrafe se ha configurado tras revisar diversos artículos y consensos científicos^{4-6, 9-10, 92}**Algoritmo farmacológico para el TDA-H sin comorbilidad**

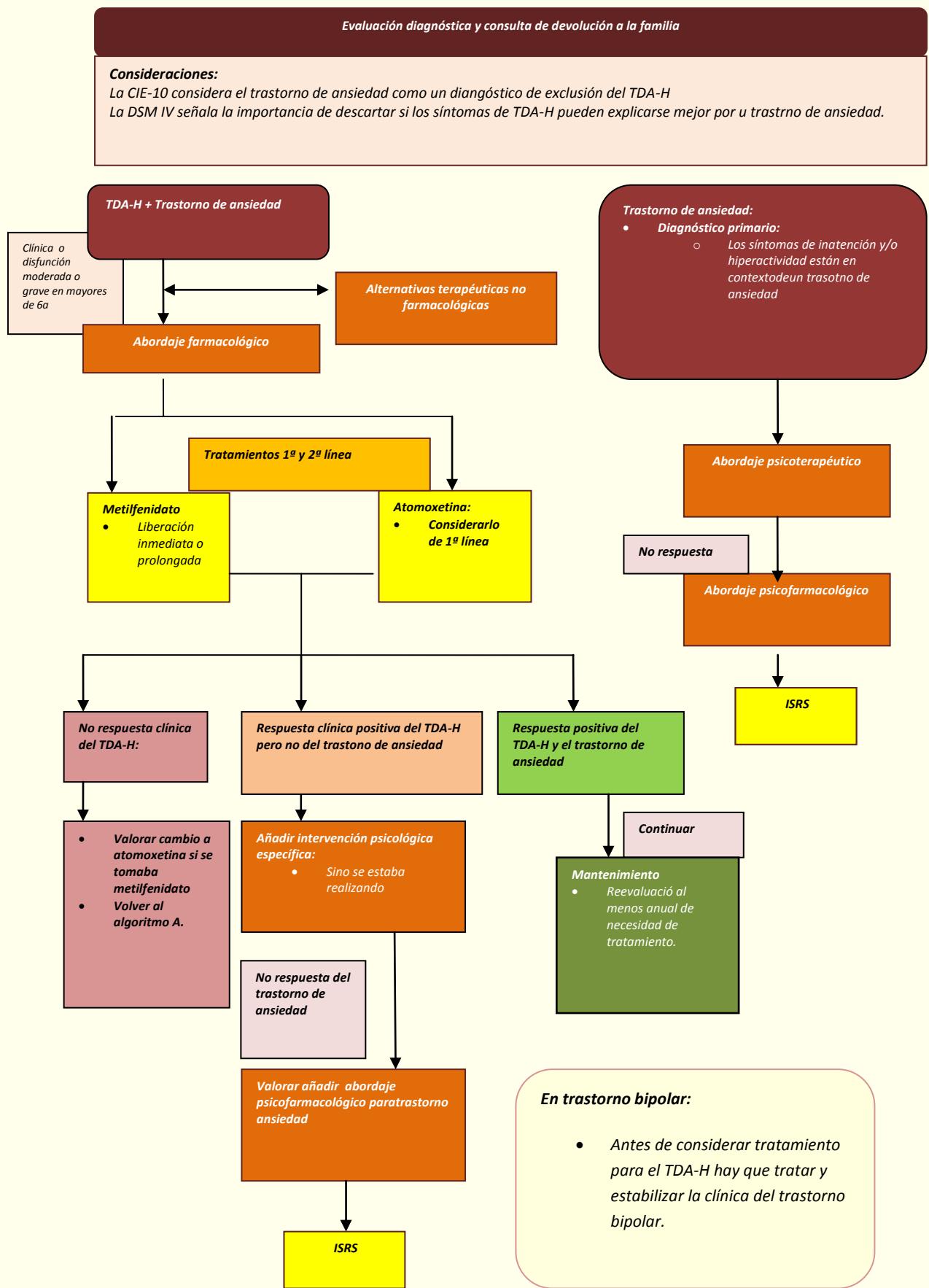
Algoritmo de tratamiento farmacológico del TDA-H con trastorno por tics comórbido

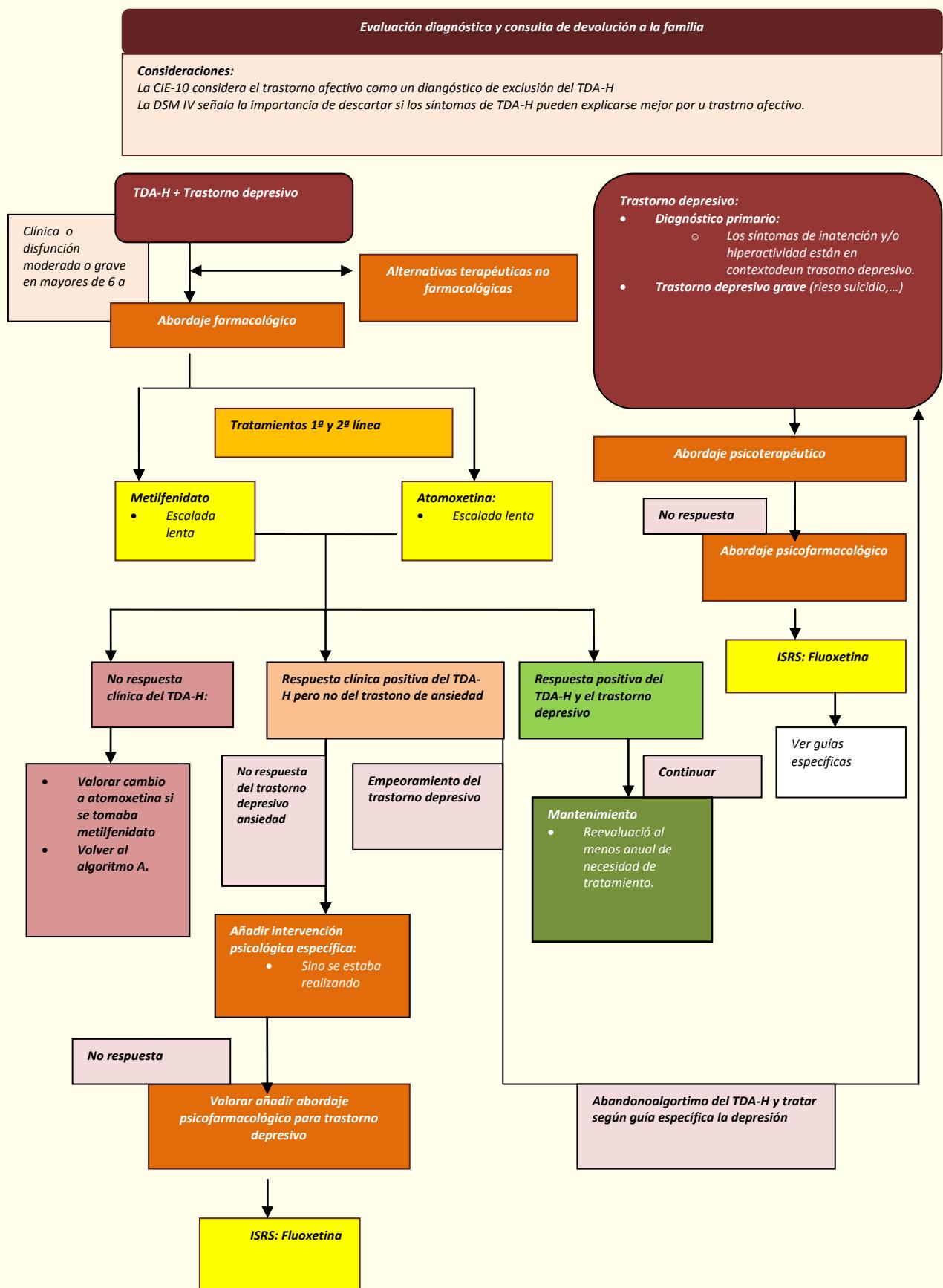
7



Algoritmo de tratamiento farmacológico para el TDA-H y el trastorno de conducta comórbido

Algoritmo de tratamiento farmacológico en síntomas de TDA-H y ansiedad



Algoritmo de tratamiento farmacológico de los síntomas de TDA-H y depresión

BIBLIOGRAFÍA

1. NICE. *Atencion déficit hyperactivity disorder: diagnosis and management of ADHD in children, Young people and adults.* London: NICE; 2008. Disponible en: www.nice.org.uk (última consulta en diciembre de 2009).
2. *Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A National clinical guideline.* Edinburgh: Intercollegiate Guidelines Network (Part of NHS Quality Improvemet Scotland); 2009. Disponible en: www.sign.ac.uk (última consulta diciembre 2009).
3. *National institutes of health consensus development conference statement: diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity Disorder (ADHD). NIH Consens Statement* 2000; 16:1-37 y *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 39: 2,182-193.
<http://consensus.nih.gov/1998/1998AttentionDeficitHyperactivityDisorder110html.htm>(última consulta en diciembre de 2009).
4. AACAP practice parameters. *Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder.* *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 46:7, July 2007.
http://www.aacap.org/galleries/PracticeParameters/JAACAP_AHDD_2007.pdf(última consulta en diciembre de 2009).
5. AACAP practice parameters. *Use of stimulant medication.* *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2002; 41:2.
<http://www.aacap.org/galleries/PracticeParameters/StimMed.pdf>(última consulta en diciembre de 2009).
6. Pliszka and Cols. *The Texas Children's Medication Algorithm Project: Report of the Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2000; 39(7): 920-927.
7. Taylor, E., Doepfner, M., Sergeant, J., et al. (2004) *European clinical guidelines for hyperkinetic disorder: first upgrade.* *European Child and Adolescent Psychiatry* 2004; 13 (1), 1-30.
8. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). *Diagnosis and Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Primary Care for School Age Children and Adolescents* 2007. Disponible en: http://www.icsi.org/adhd/adhd_2300.html(última consulta en diciembre de 2009).
9. American Academy of Pediatrics. Committee on quality improvement and subcommittee on attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder.* *Pediatrics* 2000; 105:1158-1170. Disponible en: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/105/5/1158> (última consulta en diciembre de 2009).
10. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on attention-deficit/hyperactivity disorder and committee on quality improvement. *Clinical practice guideline: treatment of schoolaged child with attention-deficit/hyperactivity disorder .* *Pediatrics*. 2001; 108:1033-1044. Disponible en: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/108/4/1033> [Fecha de acceso: diciembre 2009].

11. *Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el TDA-H en niños adolescentes. Guía de práctica clínica sobre el TDA-H en niños y adolescentes. Madrid: Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agència d'evaluaciò de Tecnologia i Recerca Mèdiques: 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Nº 2007/xx. Disponible en www.guiasalud. es*
12. *Arcas Martínez J y cols. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes. Recomendaciones farmacoterapéuticas en Salud Mental. Consejería de Sanidad. Dirección General de Gestión Económica y de Compras de Productos Farmacéuticos y Sanitarios: 2009. Disponible en:*
http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Multimedia_FA&cid=1142583616379&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Multimedia_FA%2FPTSA_documentoWebeditpro
13. *AEPNYA: Protocolos de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, 2008. Presentados en la 43 reunión de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el adolescente: Valencia: 2008.*
14. *Fernández Pérez M. La atención primaria y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH): Consenso multidisciplinar y evidencias para la puesta en práctica. Actualización en pediatría. ACINDES: Madrid 2009. Disponible en:*
<http://www.aepap.org/atencion/documentos/tdahconsenso.pdf>
15. *MTA cooperative group. 14-Month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 1088-1096.*
16. *Jensen, P. S., Arnold, L. E., Swanson, J. M., et al. 3-year follow-up of the NIMH MTA study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2007; 46: 989–1002.*
17. *Molina BS, Hinshaw SP, Swanson JM, et al. The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009; 48(5):484-500.*
18. *Krull KR. (2008). Overview of the treatment and prognosis of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents [Internet]. Uptodate versión 16.3. Disponible en <http://www.uptodate.com> (-ultimo acceso diciembre de 2009).*
19. *Barkley RA. Attention-Deficit Hyperactivity disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment. 2 Ed. New York: The Gilford Press; 1998.*
20. *Benjumea, P., Mojarro, M.D.: "Trastorno hipercinético. Clínica. Comorbilidad. Diagnóstico. Tratamiento". En: Psicopatología Infantil Básica. Coords./Eds.: Jaime Rodríguez Sacristán. pp. 253-256. Pirámide. 2000.*
21. *World Health Organization (WHO). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization: 1993.*
22. *American psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4Ed Texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson; 2002. Propuestas para el DSM v disponibles en*
<http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=383> *(Ultimo acceso en abril de 2010).*
23. *Jiménez Pascual AM. Reflexiones sobre algunos trastornos de conducta y de hiperactividad en la infancia. Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente 2003; Número 2.*

24. Shaffer, Gould, Brasic, Ambrosini, Fisher, Bird y Aluwahlia. A Children Global Assessment Scale (C GAS). *Arch Gen Psychiatry* 10: 1228-1231. Copyright 1983. American Medical Association. Disponible en:
<https://sakai.ohsu.edu/access/content/user/brodym/.../CGAS.doc> Versión en español de Bird en 1987.
25. Clasificación francesa de trastornos mentales del niño y del adolescente, (CFTMEA R-2000). *Classification Francaise des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA-R2000)*. Versión castellana de la AFAPSAM. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2004. Disponible en: http://psydocfr.broca.inserm.fr/biblio_bd/cftmea/cftmea1a.html. (Último acceso diciembre de 2009).
26. M. kis. Lewis' Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. 4Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin; 2007.
27. Rutter, M., and cols. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. 5Ed. Oxford, UK: Blackwell; 2008.
28. Rodríguez Sacristán, J. Psicopatología del Niño y del Adolescente. Universidad de Sevilla: Manuales Universitarios; 1995.
29. Soutullo Esperón C. Atención a la Comorbilidad del TDAH por el pediatra de Atención Primaria. Bases de la Entrevista Psiquiátrica. Actualización en pediatría. ACINDES: 2004. Disponible en: http://www.aepap.org/atencion/documentos/cursoaepap_2004_tdah2.pdf (último acceso diciembre 2009).
30. Tratado de Pediatría de Nelson. (2004). 17^a. Ed. Elsevier: 2004.
31. Bezzchlibnyk-Butler, K., Jeffries, J. J. Clinical Handbook of Psychotropic Drugs. 2 Ed revised. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber; 2007.
32. Agencia española del medicamento: (Disponible en Fichas técnicas de fármacos: Disponibles en: <http://www.agemed.es> (Última consulta diciembre 2009)).
33. Ideas clave en la respuesta educativa al alumnado con TDAH. Consejería de educación y ciencia de la comunidad de castilla la mancha. http://www.educa.jccm.es/educa-jccm/cm/recursos/tkContent?pgseed=1270556722920&idContent=70363&locale=es_ES&extOnly=false
34. Attention Problems: Interventions and Resources Program and Policy Analysis, Mental Health in Schools. Ucla Center; 2001. Disponible en <http://smhp.psych.ucla.edu/pdfdocs/Attention/attention.pdf>
35. Guía del alumno con TDA-H de la fundación ADANA:
<http://www.faroshjsd.net/item.php?id=339&lang=1>
36. Grupo de Trabajo sobre TDA-H de la AEPap. El trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDA-H). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006; 8 (supl 4). Disponible en <http://www.aepap.org/atencion/documentos.html> (último acceso: diciembre 2009).
37. Buitrago F; et al. Prevención de los trastornos de salud mental desde la atención primaria. Fichas resumen de los subprogramas incluidos en el Programa de Salud Mental del PAPPS. SemFYC.
38. Racoosin J. Follow up review of AERS search identifying cases of sudden death occurring with drugs used for the treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Disponible en: http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/06/briefing/2006-4210b_07_01_safetyreview.pdf (último acceso diciembre 2009).

39. American Academy of Pediatrics/ American Heart Association clarification of statement on cardiovascular evaluation and monitoring of children and adolescents with heart disease receiving medications for ADHD: May 16, 2008. *J Dev Behav Pediatr* 2008; 29: 335.
40. American Academy of Pediatrics, Subcommittee of Attencion Deficit/Hyperactivity Disorder and Committee on Quality Improvement. Clinical practice guideline: Treatment of the school aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2001; 108: 1033-44.
41. Warren AE, Hamilton RM, Bélanger SA et al. Cardiac risk assessment before the use of stimulant medications in Children and Youth: A joint position Statement by the Canadian Paediatric Society, the Canadian Cardiovascular Society, and the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *Can J Cardiol* 2009; 25 (11).
42. Grupo cooperativo español para el estudio de los factores de riesgo cardiovascular en la infancia y la adolescencia. Factores de riesgo cardiovascular en la infancia y la adolescencia en España. Estudio RICARDIN II: Valores de referencia. *An Esp Pediatr.* 1995; 43:11-17.
43. Tablas por percentiles y uso de manguitos (Aguilar y Bargall. La presión arterial como marcador de riesgo cardiovascular en la infancia y adolescencia. Task Force 2004).
44. Díaz Martín JJ, Rey Galán C, Málaga Guerrero S. Utilidad de la fórmula de Somu en el diagnóstico de hipertensión arterial en niños y adolescentes españoles. *Med Clin (Barc).* 2003; 121:776-778.
45. Tablas y curvas de crecimiento. Instituto de investigación sobre crecimiento y desarrolloFundación Faustino Orbegozo Eizagirre Bilbao. Disponible en recursos online del SESCAM.
http://sescam.jccm.es/web1/profesionales/AtencionPrimaria/CURVAS_Y_TABLAS_DE_CRECIMIENTO_FUNDACION_ORBEGOZO.pdf
46. Sans, R. Colomé, A. López-Sala, C. Boix. Aspectos neuropsicológicos del daño cerebral difuso adquirido en la edad pediátrica. *Rev Neurol* 2009; 48 (Supl. 2):S23-S26.
47. Anderson P. Assessment and Development of Executive Function (EF) During Childhood. *Child Neuropsychology* 202; 8 (2): 71-82.
48. Heras J. Etiopatogenia del retraso mental. *Revista Complutense de Educación*, 'Vol. 4 (2)—53-65. Edit. Univ. Complutense. Madrid, 1993.
49. Simon AE, Ferrero FP, Merlo MC. [Prodromes of first-episode psychosis: how can we challenge nonspecificity?](#) *Compr Psychiatry* 2001; 42(5):382-92.
50. Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. Falloon IR, Kydd RR, Coverdale JH, Laidlaw TM.
51. Rapoport JL, Chavez A, Greenstein D, Addington A, Gogtay N. Autism Spectrum Disorders and Childhood-Onset Schizophrenia: Clinical and Biological Contributions to a Relation Revisited. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2009; 48 (1): 10-18.
52. Miller T; McQlashan T; Rosen J; Cadenhead K et al. Prodromal Assessment With the Structured interview for Prodromal Syndromes and the Scale of Prodromal Symptoms: Predictive Validity, Interpreter Reliability, and Training to Reliability *Schizophrenia Bulletin* 2003 (29), No. 4.
53. Lemos S. et al. Validez predictiva de la escala de síntomas prodrómicos (SOPS). *Actas Esp Psiquiatr* 2006; 34 (4):216-223.
54. Guía Trastornos del espectro autista: http://www.cogesin.es/data/archivo/GUIA_TEAS.pdf

55. Bruin. *Multiple Complex Developmental Disorder Delineated from nPDD-NOS*. *J Autism Dev Disord* 2007; 37:1181–1191
56. Newson. *Pathological demand avoidance syndrome: a necessary distinction within the pervasive developmental disorders*. *Arch Dis Child* 2003; 88:595-600.
57. Rutter, M. *Clinical implications of attachment concepts: retrospect and prospect*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1995; 36 (4): 549-571.
58. Schubiner H, Tzelepis A, Milberger S, Lockhart N, Kruger M, Kelley BJ, et al. *Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance*. *J Clin Psychiatry* 2000; 61:244-51.
59. Young S and Myanthy Amarasing J. *Practitioner review: Non pharmacological treatments for ADHD: A lifespan approach*. *The journal of child psychology and psychiatry* 51:2 (2010= pp116-133.
60. Nicolau R y García Giral M. *Terapia cognitivo conductual*. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil 2009; Número Especial, 19. Madrid. ISSN: 1130-9512, IBECS.
61. Michembaum D., Goodman J. *Training impulsive children to talk to themselves: a means of developing self-control*. *J of Abnormal Psychology* 1971; 77:115-126.
62. Pelham, W. E. & Murphy, H. A. *Attention deficit and conduct disorder*. In *Pharmacological and Behavioral Treatment: an Integrative approach*. Ed M. Hersen. New York: John Wiley & Sons; 1986.
63. Antshel, K. M. & Remer, R. *Social skills training in children with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized-controlled clinical trial*. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2003; 32, 153–165.
64. Fehlings D. L., Roberts W., Humphries T., et al. *Attention deficit hyperactivity disorder: does cognitive behavioral therapy improve home behavior?* *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1991; 12: 223–228.
65. Gonzalez, L. O. & Sellers, E. W. *The effects of a stress-management program on self-concept, locus of control, and the acquisition of coping skills in school-age children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder*. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 2002; 15: 5–15.
66. Pfiffner, L. J. & McBurnett, K. *Social skills training with parent generalization: treatment effects for children with attention deficit disorder*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997; 65: 749–757.
67. Tutty S., Gephart H. & Wurzbacher K. (2003) *Enhancing behavioral and social skill functioning in children newly diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder in a pediatric setting*. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 2003; 24: 51–57.
68. Michembaum, D. & Goodman, J. *Training impulsive children to talk to themselves: a means of developing self-control*. *Journal of Abnormal Psychology* 1971; 77: 115–126.
69. Kendall, P. & Wilcox, L. *A cognitive-behavioral treatment for impulsivity: concrete versus conceptual training in non-self-controlled problem children*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1980; 48: 80–91
70. Schneider M, Robin AL. *The turtle manual*. Point of Woods Laboratory School, State University of New York at Stony Brook: Technical Publications: 1973.
71. Vigotsky LS. *Thought and Language*. Cambridge, Mass.: MIT Press; 1962.

72. Luria AR. *The Role of Speech in the Regulation of Normal and Abnormal Behavior*. Nueva York: Liveright; 1961.
73. Scott, S. Parent training programmes. In *Child and Adolescent Psychiatry*. 4 Ed. (Eds M. Rutter & E. Taylor), pp. 949–967. Oxford: Blackwell; 2002.
74. Camp, B. & Bash, M. A. *Think Aloud: Increasing Social and Cognitive Skills - A Problem-Solving Program for Children: Primary Level*. Champaign, Illinois: Research Press; 1081.
75. Michembaum, D. *Cognitive Behavior Modification: An Integrative Approach*. New York: Plenum; 1977.
76. Jacobs, B. W. Individual and group therapy. In *Child and Adolescent Psychiatry*. 4 Ed. (eds M. Rutter & E. Taylor). Oxford: Blackwell; 2002.
77. Compas, B. E., Benson, M., Boyer, M., et al. Problem-solving and problem solving therapies. In *Child and Adolescent Psychiatry*. 4 Ed (eds M. Rutter & E. Taylor). Oxford: Blackwell; 2002.
78. Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M. Treating children with early-onset conduct problems:intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2004 Mar;33(1):105-24.
79. Sanders MR, Mazzucchelli,TG, Studman L. Stepping Stones Triple P - An evidence-based positive parenting program for families with a child who has a disability: its theoretical basis and development. *J Intellect Dev Disabil*. 2004;29:1-19.
80. Cunningham CE, Bremner R, Secord M. *Community Parent Education Program: A schoolbased family systems oriented course for parents of children with disruptive behavior disorders*. Ontario, Canadá, Hamilton Heath Sciences Corp. 1998.
81. Barkley R. *ADHD and the nature of self-control*. New York: 1997.
82. Berger M. *El niño hiperactivo y con trastorno de atención. Un enfoque clínico y terapéutico*. Ed: Síntesis 2007.
83. Biederman, J.; Faraone, S.; Milberger, S., et al. Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: Results from a four years prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996; 35 (3): 343- 351.
84. Cohen, P., Cohen, J. y Brook, J. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence, II: Persistence of disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1993; 34 (6): 869-877.
85. Satterfield, J.H.; Satterfield, B.T.; Cantwell, D.P. Three-year multimodality treatment study of 100 hyperactive boys. *Journal of Pediatrics* 1981; 98: 650-655.
86. Weiss, G.; Kruger, E.; Danielson, U.; et al. Effects of long-term treatment of hyperactive children with methylphenidate. *Can Med Ass Journ* 1975; 112: 159-165.
87. Schachar, R. J., Tannock, R., Cunningham, C., et al. Behavioral, situational and temporal effects of treatment of ADHD with methylphenidate. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36: 754–763.
88. May DE, Kratochvil CJ. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Recent Advances in Paediatric Pharmacotherapy. *Drugs* 2010; 70 (1): 15-40.
89. Biederman J, Spencer T and Wilens T. Evidence-based pharmacotherapy for attention-deficit hyperactivity disorder. *International Journal f Neuropsychopharmacology* (2004), 7, 77-97.

90. Garcia Giral M y Nicolau Palou R. Actualizaciones en el tratamiento por déficit de atención con hiperactividad. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de l'Eixample. Sección de Psiquiatría Infanto- Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona. Aula médica psiquiatría año iii-nº3: 2001.
91. F. Montañés-Rada a, A.B. Gangoso-Fermoso c, M.A. Martínez-Granero b .Fármacos para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad REV NEUROL 2009; 48 (9): 469-481. Disponible en http://www.icd.go.cr/sitio/downloads/uploads/web_icd_pdf/boletines_uid/Bol_3_2009.pdf
92. King, S., Griffin, S., Hodges, Z., et al. Assessment Report: Attention Deficit Hyperactivity Disorder – Methylphenidate, Atomoxetine and Dexamphetamine. 2005. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action> (último acceso en diciembre de 2009).
93. Wang Y., Zheng Y., Du Y., et al. (2007) Atomoxetine versus methylphenidate in pediatric outpatients with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized, double-blind comparison trial. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2007; 41: 222–230.
94. Newcorn, J. H., Kratochvil, C., Allen, A. J., et al. Atomoxetine and osmotically released methylphenidate for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder: acute comparison and differential response. American Journal of Psychiatry 2008; 165: 721–730.
95. Montoya A, Hervás A, Cardo E, et al. Evaluation of patients' and parents' quality of life in a randomized placebo-controlled atomoxetine study in attention-deficit/hyperactivity disorder. J Child Adolesc Psychopharmacol 2009; 19(3):253-63.
96. Adler, L., Dietrich, A., Reimherr, F. W., et al. Safety and tolerability of once versus twice daily atomoxetine in adults with ADHD. Annals of Clinical Psychiatry 2006; 18: 107–113.
97. Kahbazi M, Ghoreishi A, Rahiminejad F, et al. (2009) A randomized, double-blind and placebo-controlled trial of modafinil in children and adolescents with attention deficit and hyperactivity disorder. Psychiatry Res 2009; 168(3):234-7.
98. Hazell, P. L. & Stuart, J. E. A randomized controlled trial of clonidine added to psychostimulant medication for hyperactive and aggressive children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2003; 42: 886–894.
99. Strange BC. (2008). Once-daily treatment of ADHD with guanfacine: patient implications. Neuropsychiatr Dis Trat 2008; 4:499-506.
100. Rostain AL. Guanfacine extended release in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. Curr Psychiatry Rep 2009;11(5):339-40.
101. Garfinkel BD, Wender PH, Sloman L, et al. Tricyclic antidepressant and methylphenidate treatment of atención deficit disorder in children. Journal of the America Academy of Child Psychiatry 1983; 22 (4):343-8.
102. Rapport MD, Carlson GA, Kelly KL, et al. Methylphenidate and desipramine in hospitalized children: I. Separate and combined effects on cognitive function, Journal of the American Academy of Child and adolescent psychiatry 1999; 32 (2):333-42.
103. Wilens, T. E., Spencer, T. J., Biederman, J., et al. A controlled clinical trial of bupropion for attention deficit hyperactivity disorder in adults. American Journal of Psychiatry 2001; 158: 282–288.
104. Conners CK et als. Bupropios hydrochloride in attentione déficit disorder with hyperactivity. J Am Acad Child Adolesc Psyahiatry. 1996 Oct; 35(10): 1314-21.

105. Cohen-Yavin I, Yoran-Hegesh R, Strous RD, et al. Efficacy of reboxetine in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in boys with intolerance to methylphenidate: an open-label, 8-week, methylphenidate-controlled trial. *Clin Neuropharmacol* 2009; 32(4):179-82.
106. Arabgol F, Panaghi L, Hebrani P. Reboxetine versus metilphenidate in treatment of children and adolescents with attention deficit-hyperactivity disorder. *Eur Child Adolescent Psychiatry*. 2009 Jan; 18(1): 53-9.
107. Niederhofer H. An open trial of buspirone in the treatment of attention-deficit disorder. *Hum Psychopharmacol* 2003; 18(6):489-92.
108. Findling RL, Greenhill LL, McNamara NK, et al. Venlafaxine in the treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2007; 17(4):433-45
109. Gehricke JG, Hong N, Whalen CK, et al. (2009) Effects of transdermal nicotine on symptoms, moods, and cardiovascular activity in the everyday lives of smokers and nonsmokers with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychol Addict Behav* 2009; 23(4):644-5
110. Cubo E, Fernández Jaén A, Moreno C, et al. Donepezil use in children and adolescents with tics and attention-deficit/hyperactivity disorder: an 18-week, single-center, dose-escalating, prospective, open-label study. *Clin Ther* 2008; 30(1):182-9.
111. Weiss, G.; Hechtman, L.T. *Hyperactive Children Grown Up.* New York: Guilford Press; 1994.
112. Poulton A. *Growth on stimulant medication; clarifying the confusion: a review.* *Arch Dis Child* 2005; 90:801-806.
113. Wingo AP, Ghaemi SN. Frequency of stimulant treatment and of stimulant-associated mania/hypomania in bipolar disorder patients. *Psychopharmacol Bull* 2008; 41(4):37-47
114. Wernicke J. F., Faries D., Girod D., et al. Cardiovascular effects of atomoxetine in children, adolescents, and adults. *Drug Safety* 2003; 26: 729-740.
115. Janin, B. *Niños desatentos e hiperactivos: reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (AAD/ADHD).* Buenos Aires: Centro de publicaciones educativas y material didáctico; 2005.
116. Lasa Zulueta A. El TDA-H en el momento actual: controversias, divergencias y convergencias. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 2007. ISSN 1695-8691, Nº. Extra 2,
117. Menéndez Benavente, I. *Rev Psiquiatr Psicol Niño y Adolesc.* 2001; 4(1): 92-102.

Escalas de acceso online

118. Escalas ATIENZA: <http://www.paidopsiquiatria.com/TDA-H/evaluacion.htm>
119. NICHQ escala de evaluación Vanderbilt (Academia Americana de Pediatría): <http://www.cincinnatichildrens.org/NR/rdonlyr>
120. Escala de **Efectos secundarios CADDRA:** Disponible en: http://www.caddra.ca/cms4/index.php?option=com_content&view=article&id=26&Itemid=70&lang=en
121. **Solicitud de valoración psicopedagógica a los colegios: colegios.** Disponible en: <http://www.caddra.ca/cms4/pdfs/caddraGuidelinesAppendix18.pdf>
122. Escala SDQ. Disponible en: www.sdqinfo.com

123. **Calidad de vida.** Disponible en: <http://bibliopro.imim.es/new-ficha.asp?id=107>
124. Escala CHAT espectro autista: Disponible en:
<http://espectroautista.info/tests/espectro-autista/infantil/MCHAT>
125. Escalas psicosis temprana. Disponible en:
<http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/reprint/22/2/271.pdf>
126. Kidie SADS. Disponible en:
http://aepnya.info/index.php?option=com_content&task=view&id=25&Itemid=2

Recursos online para profesionales:

2. Información general sobre el TDAH
 - a. <http://emc.medicines.org.uk>
3. Acceso a las guías internacionales y artículos de interés:
 - a. <http://www.aepap.org/atencion/documentos.html>

Asociaciones

1. **Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental: FEADES Castilla la Mancha (CLM).** 925 28 43 76 / 925 28 32 60. E-mail y Web: info@feafesclm.com / www.feafesclm.com
 - **Asociación Luz de la Mancha.** Dirección: C/ Irlanda, 3 - 13600 - Alcázar de San Juan (Ciudad Real). Teléfono y Fax: 628 61 87 56. E-mail y Web: aluzdelamancha@hotmail.com
 - **PUERTAS ABIERTAS.** Dirección: C/ San Antonio, 42. 13700-Tomelloso (CIUDAD REAL). Teléfono y Fax: 926 51 38 66 / 926 51 38 50. E-mail y Web: puertasabiertas@terra.es
2. **Federación de Asociaciones de Padres y Madres y Afectados de TDA-H de Castilla la Mancha.** 946339785/ 619060990. E-mail: presidenta.facam.tdah@gmail.com; g-lr@hotmail.com.
 - AMHIDA (Asociación manchega de hiperactividad y déficit de atención. Ciudad Real.) Tlf: 628534431. E-mail: jleondiaz@jccm.es
 - AVANZA-TDAH (Albacete). Tlf: 634294026. E-mail: mateosecretariaha@telefonica.net.
 - HADA (Asociación de Padres y Familiares de Niños con Hiperactividad y Déficit de Atención. Ciudad Real). Tlf: 676195164. E-mail: hadalcazar@yahoo.es
 - APANDAH (Asociación de Padres y Niños con Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. Albacete). Tlf: 636904894. E-mail: apandah@gmail.com.
 - AFYMDA (Asociación de Familiares y Menores con Dificultades de Aprendizaje. Cuenca). Tlf: 666960690. E-mail: anapicazo2@hotmail.com.
 - SERENA (Cuenca). Tlf: 969691929. E-mail: socioserena@hotmail.es
 - Asociación TDAH Guadalajara. Tlf: 696752095. E-mail: tdahguadalajara@gmail.com
3. Fundación Ayuda al Déficit de Atención en Niños, Adolescentes y Adultos (ADANA):
<http://www.f-adana.org>.



SINOPSIS

La presente guía es el resultado de un trabajo de coordinación multidisciplinario llevado a cabo en el área sanitaria de la Mancha Centro con el objetivo de clarificar y unificar las vías de derivación intra e inter dispositivos de los pacientes con sospecha de TDA-H, la realización de un diagnóstico diferencial fiable y la planificación responsable de las intervenciones terapéuticas de los niños y adolescentes con diagnóstico de TDA-H. El texto contiene diversos anexos de utilidad para la práctica clínica diaria de los profesionales implicados en la evaluación y tratamiento de este trastorno: tratamientos psicológicos y farmacológicos, monitorización de efectos secundarios, instrumentos de evaluación neuropsicológica y tablas de diagnóstico diferencial, entre otros.