



PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA
AL DETERIORO COGNITIVO EN EXTREMADURA

[PIDEX]

DOCUMENTO ANEXO AL PIDEX Nº 2

Detección,
diagnóstico
y tratamiento del
**Trastorno por Déficit de
Atención/Hiperactividad**
en Pediatría

Detección, diagnóstico y tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad en Pediatría

Una guía breve

Publicación avalada por la Sociedad Española
de Neurología Pediátrica [S.E.N.P.]



Código: CCA/00/13/05/CM

EDITA

JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Dependencia

Servicio Extremeño de Salud

Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud

Dirección General de Promoción de la Autonomía y de Atención a Personas en Situación de Dependencia

AUTORES

Mónica Borges Guerra

Neuropsicóloga. Programa de Neuropsicología Clínica. Área Hospitalaria Virgen Macarena. Sevilla

Manuel Cid Gala

Psicólogo. Dirección General de Promoción de la Autonomía y de Atención a Personas en Situación de Dependencia. Consejería de Sanidad y Dependencia. Mérida

Antonio Duque Amusco

Oncólogo. Experto en Bioética. Jefe de Servicio de Oncología Médica. Área Hospitalaria Virgen Macarena. Sevilla

Pablo Duque San Juan

Neuropsicólogo. Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud. Servicio Extremeño de Salud. Mérida

José Ramón Gutiérrez Casares

Psiquiatra. Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz

Nuria Mendoza Olivares

Pediatra. Centro de Salud Las Portadas. Dos Hermanas. Sevilla

Galo Agustín Sánchez Robles

Subdirector de Gestión Farmacéutica. Servicio Extremeño de Salud. Mérida

Julián Vaquerizo Madrid

Neuropediatra. Unidad de Neurología Infantil. Hospital Materno-Infantil Infanta Cristina. Badajoz

DISEÑO, MAQUETACIÓN E IMPRESIÓN

Indugrafic, Artes Gráficas, S. L.

© **JUNTA DE EXTREMADURA**

Consejería de Sanidad y Dependencia

I.S.B.N.

ISBN: 978-84-96958-18-0

DEPÓSITO LEGAL

BA-679-2008



PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA
AL DETERIORO COGNITIVO EN EXTREMADURA

[PIDEX]

DOCUMENTO ANEXO AL PIDEX N° 2

Detección,
diagnóstico
y tratamiento del
Trastorno por Déficit de
Atención/Hiperactividad
en Pediatría

[ÍNDICE]

PRÓLOGO	09
[0] Unos breves apuntes introductorios	11
[1] Anamnesis dirigida	19
[2] Evaluación de la atención [directa y de forma indirecta].....	21
[3] Descartar enfermedades o causas de un posible TDA/H.....	23
[4] Influencia en las actividades de la vida diaria [avanzadas y/o instrumentales]	24
[5] Árbol de decisión para la derivación a Atención Especializada.....	25
[6] Tratamiento farmacológico del TDA/H	27
[7] Tratamiento conductual del TDA/H	31
[8] Tratamiento de estimulación cognitiva en el TDA/H	38
[9] Buena práctica clínica en el tratamiento del TDA/H.....	50
[ANEXO 1] Stroop Test.....	52
[ANEXO 2] Tareas de Atención de LURIA-DNA	53
[ANEXO 3] Escala SNAP-IV.....	54
Cuadro resumen final	56
Informe de datos mínimos para el visado de atomoxetina para niños incluidos en un programa de atención integral	58

[GRUPO DE TRABAJO]

[COORDINACIÓN DEL DOCUMENTO]

Pablo Duque San Juan

Neuropsicólogo. Coordinador del PIDEX. Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud. Servicio Extremeño de Salud

Manuel Cid Gala

Psicólogo. Coordinador del PIDEX. Dirección General de Promoción de la Autonomía y de Atención a Personas en Situación de Dependencia. Consejería de Sanidad y Dependencia

[AUTORES]

Mónica Borges Guerra

Neuropsicóloga. Programa de Neuropsicología Clínica. Área Hospitalaria Virgen Macarena. Sevilla

Manuel Cid Gala

Psicólogo. Dirección General de Promoción de la Autonomía y de Atención a Personas en Situación de Dependencia. Consejería de Sanidad y Dependencia. Mérida

Antonio Duque Amusco

Oncólogo. Experto en Bioética. Jefe de Servicio de Oncología Médica. Área Hospitalaria Virgen Macarena. Sevilla

Pablo Duque San Juan

Neuropsicólogo. Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud. Servicio Extremeño de Salud. Mérida

José Ramón Gutiérrez Casares

Psiquiatra. Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz

Nuria Mendoza Olivares

Pediatra. Centro de Salud. Dos Hermanas

Galo Agustín Sánchez Robles

Subdirector de Gestión Farmacéutica. Servicio Extremeño de Salud. Mérida

Julián Vaquerizo Madrid

Neuropediatra. Unidad de Neurología Infantil. Hospital Materno-Infantil Infanta Cristina. Badajoz

[CONSULTORES Y REVISORES]

Eduardo Agüera Morales

Neurólogo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

José Manuel García Moreno

Neurólogo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Fernando Sánchez López

Neurólogo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

[ABREVIATURAS]

AE Atención Especializada

AP Atención Primaria

AVD Actividades de la Vida Diaria

CEDEC Consultas Especializadas en Deterioro Cognitivo

CIE-10 Clasificación Internacional de las Enfermedades, versión décima

DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Text Revision

FFEE Funciones ejecutivas

IMAO Inhibidores de la Monoaminoxidasa

LURIA-DNA Luria-Diagnóstico Neuropsicológico de Adultos

MFD Metilfenidato

PIDEX Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo

RAE Real Academia de la Lengua Española

SNAP-IV Swason, Nolan and Pelham-IV

TDA/H Trastorno por Déficit de Atención [con o sin hiperactividad]

TGD Trastorno Generalizado del Desarrollo

[PRÓLOGO]

El Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo [PIDEX] es un plan que tiene tres partes claramente diferenciadas. Una de ellas, la tercera parte, es la referida a los trastornos neuropsicológicos que ocurren en el desarrollo. Para ello, la Consejería de Sanidad y Dependencia y la Consejería de Educación trabajan en su elaboración desde hace algún tiempo.

La tercera parte del PIDEX constituirá un gran esfuerzo y dará solución a los niños que presentan distintos déficit cognitivos [dislexias, disgrafias, síndromes disejecutivos, etc.], no olvidando nunca el apoyo tan necesario e importante al núcleo familiar. Esta innovación será posible gracias a los profesionales que integran la red de trabajadores sanitarios y educativos de la Junta de Extremadura.

El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad [TDA/H] es uno de los déficit que serán abordados por dicha parte del plan, y tiene una gran repercusión sobre la persona que lo padece y sobre la familia, provocando en el niño fracaso escolar, baja autoestima, desmotivación, etc. Una de las principales barreras que hay que salvar en el TDA/H es la referente a su detección precoz, su correcto diagnóstico y su afrontamiento terapéutico en las consultas de Atención Primaria. Para ello se ha elaborado esta guía breve, que esperamos que sirva a los profesionales de Atención Primaria como referencia para el correcto abordaje de dicho trastorno.

Con el esfuerzo de todos, los niños con TDA/H y sus familias tendrán la atención que precisan.

Ceciliano Franco Rubio

Director General de Asistencia Sanitaria

[0] UNOS BREVES APUNTES INTRODUCTORIOS

El Trastorno por Déficit de Atención [con o sin hiperactividad; a partir de ahora lo denominaremos como TDA/H, sea o no con hiperactividad], es una entidad nosológica que suele diagnosticarse siguiendo los criterios diagnósticos de la CIE-10¹, DSM-IV-TR² u otras posibles clasificaciones de sociedades o asociaciones científicas privadas.

Realmente, el TDA/H involucra a varias disciplinas médicas [neurología, psiquiatría, pediatría, neuropediatría] y psicológicas [neuropsicología y psicología clínica] a nivel sanitario, viéndose involucrados también sectores educativos [equipos de orientación escolar y psicopedagógicos, etc.] y algunos otros [dependiendo del caso].

El TDA/H no se da solo, sino que por lo general se suele acompañarse de otros déficit cognitivos o de problemas del comportamiento [pudiendo llegar a ser a veces patológicos]. Según define el Consorcio de Neuropsicología Clínica³, el TDA/H, de considerarse un cuadro sindrómico, tendría una prevalencia inferior a la referida en la literatura científica [estudios epidemiológicos]. Es decir, parece claro que el déficit de atención se acompaña por lo general de déficit ejecutivos, retrasos en la adquisición de funciones cognitivas cerebrales de localización posterior, etc., por lo que sería un síntoma más de un síndrome global. No obstante, el diagnóstico se podría hacer de forma sintomática [al igual que lo es su tratamiento], pero sin confundir la parte por el todo.

La definición oficial de la Asociación Americana de Psiquiatría para el TDA/H lo caracteriza a partir de los 3 síntomas nucleares: Desatención, hiperactividad e impulsividad. El TDA/H tiene estas 3 dimensiones clínicas (atención, hiperactividad, impulsividad) y 2 consecuencias vitales (conducta y aprendizaje). Estos niños se caracterizan por tener en realidad una atención imperfecta (dividida, excesivamente focalizada, con déficit en el mantenimiento), por la distrabilidad, o por una posible curiosidad compulsiva en el entorno, que les impide desarrollar una tarea, y por la hiperactividad, siempre reflejada en un comportamiento cognitivo acelerado y muchas veces en un comportamiento motor excesivamente movido. El TDA/H es un concepto del neurodesarrollo válido y aceptado universalmente. Los datos de prevalencia oscilan entre el 3.8% y el 7.4% en los estudios americanos (Barkley, 2006). Datos publicados desde el equipo de Vaquerizo demostró que el 7.5% de los niños de las escuelas

¹ Clasificación Internacional de las Enfermedades, versión décima. Organización Mundial de la Salud.

² [American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000].

³ Documento de trabajo sobre CÓDIGOS DIAGNÓSTICOS EN NEUROPSICOLOGÍA CLÍNICA. El Consorcio de Neuropsicología Clínica es una subdivisión de la Asociación de Neuropsicólogos Clínicos de Centros del Sistema Público Nacional. www.consorciodeneuropsicologia.org

públicas tenía criterios TDAH empleando la escala de Conners (Vaquerizo-Madrid J et al, 2004). Las diferencias de género fueron de tres niños por cada niña.

Así, los criterios diagnósticos generalmente admitidos son los del DSM-IV-TR, en el apartado titulado TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA, subclasificado en TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR y subclasificado en:

- F90.0, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado.
- F90.8, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención.
- F90.0, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.

Dichos criterios son:

Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad

A/ 1 ó 2:

1. Seis o más de los siguientes síntomas de inatención han estado presentes en la persona por lo menos durante 6 meses, al punto de que son inadecuados y tienen un efecto perturbador con el nivel de desarrollo:

Inatención

- a. A menudo no presta la debida atención a los detalles o, por descuido, comete errores en las tareas de la escuela, el trabajo y otras actividades.
- b. A menudo tiene problemas para concentrarse en las tareas o en los juegos.
- c. menudo parece que no escucha cuando se le habla directamente.
- d. A menudo no sigue las instrucciones y no termina las tareas de la escuela, los quehaceres o cualquier otra responsabilidad en el trabajo (no por conducta oposicional o por no entender las instrucciones).
- e. A menudo le cuesta organizar actividades.
- f. A menudo evita, rechaza o se niega a hacer cosas que requieren mucho esfuerzo mental por mucho tiempo (como tareas escolares o quehaceres de la casa).
- g. A menudo pierde las cosas que necesita para hacer ciertas tareas o actividades (p. ej. juguetes, trabajos escolares, lápices, libros, o herramientas).

- h. Se distrae con frecuencia.
 - i. Tiende a ser olvidadizo en la vida diaria.
2. Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han estado presentes en la persona por lo menos durante 6 meses, al punto de que son inadecuados y tienen un efecto perturbador del nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- a. A menudo no deja de mover las manos ni los pies mientras está sentado.
- b. A menudo se levanta de la silla cuando se quiere que permanezca sentado.
- c. A menudo corre o trepa en lugares y en momentos inoportunos (es posible que los adultos y adolescentes se sientan muy inquietos).
- d. A menudo tiene problemas para jugar o disfrutar tranquilamente de las actividades de recreación.
- e. A menudo “está en constante movimiento” o parece que tuviera “un motor en los pies”.
- f. A menudo habla demasiado.

Impulsividad

- g. A menudo suelta una respuesta sin haber oído antes toda la pregunta.
 - h. A menudo le cuesta esperar su turno.
 - i. A menudo interrumpe al que esté hablando o se entromete, por ejemplo, en una conversación o juego.
- B/** Algunos de los síntomas que causan alteraciones están presentes desde antes de los 7 años de edad.
- C/** Alguna alteración provocada por los síntomas está presente en dos o más situaciones (p. ej., en la escuela o el trabajo y en la casa).
- D/** Debe haber clara evidencia de una alteración considerable en el funcionamiento social, escolar o laboral.
- E/** Los síntomas no ocurren únicamente mientras la persona sufre de trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico. Los síntomas no indican la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del humor, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad).

Basándose en estos criterios, identifican tres tipos de TDAH:

- a. **TDAH, tipo combinado:** si en los últimos 6 meses se ha cumplido tanto el criterio 1A como el 1B.
- b. **TDAH, tipo predominantemente inatento:** si en los últimos seis meses se ha cumplido el criterio 1A, pero no se ha cumplido el 1B.
- c. **TDAH, tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo:** si en los últimos seis meses se ha cumplido el criterio 1B, pero no se ha cumplido el 1A.

Los criterios diagnósticos son clínicos en su totalidad. No hay NINGUNA prueba objetiva con la que se diagnostique o apoye el diagnóstico de TDAH. Es más, dado que es un déficit de atención, se supone que es la atención la que tiene que estar deficitaria [y patológicamente; recordemos que un déficit no significa enfermedad]. Y la atención tiene unos fundamentos claros neurobiológicos y neuropsicológicos, por lo que puede ser medida [al igual que se puede medir la altura o el tamaño del bazo, o una función como la respiración o la fuerza muscular]. Ni aun así se ha incluido una escala que haya que pasar al niño para valorar su atención [tan sólo el Consorcio de Neuropsicología Clínica incorpora estas medidas⁴]. Esto parece algo no adecuado tomando en consideración el trastorno del que se habla. Seguramente, el mejor registro para valorar la atención se haga mediante estudios psicofisiológicos, pero su práctica clínica no está muy difundida y precisa de expertos en dichas técnicas.

Los criterios que admite el Consorcio de Neuropsicología Clínica [reproducidos con permiso del Grupo de Trabajo de Diagnóstico en Neuropsicología] están en relativa consonancia con los de la DSM-IV-TR, y se engloban en el apartado SÍNDROMES NEUROPSICOLÓGICOS DEL DESARROLLO, dentro de la subclasificación SÍNDROMES FOCALES, con el código 10 y tres subclasificaciones:

- 10.1. Por afectación del mantenimiento de la atención.
- 10.2. Por afectación de la focalización.
- 10.3. Mixto.

Por otra parte, el Consorcio de Neuropsicología Clínica también los engloba en el apartado SÍNDROMES NEUROPSICOLÓGICOS EN OTRO CONTEXTO, subclasificado en los SÍNDROMES FOCALES, con el código 105, y subclasificado en:

⁴ El Consorcio de Neuropsicología Clínica está elaborando los códigos diagnósticos de las "enfermedades cognitivas", aún no disponibles salvo para el grupo de trabajo de DIAGNÓSTICOS EN NEUROPSICOLOGÍA, que ha facilitado esta información que se expone.

- 105.0. Heminegligencia visoespacial izquierda.
- 105.1. Heminegligencia motora izquierda.
- 105.2. Déficit de atención sostenida.
- 105.3. Déficit de atención focalizada.
- 105.4. Déficit mixto de atención.

Expondremos a continuación tan sólo los del código 10, dado que es una Guía para Pediatría de Atención Primaria:

Código 10. Trastorno por Déficit de Atención

1. El síntoma principal del TDA/H es el trastorno en los procesos de inhibición, entendido éste como la incapacidad para “suspender transitoriamente una función o actividad del organismo mediante la acción de un estímulo adecuado” [RAE], que va más allá de lo esperable por el estado del desarrollo del cerebro. El proceso de inhibición es básico en el control de estímulos externos y/o internos para llevar a cabo, en este caso, una tarea atencional efectiva.
2. Síntomas y signos de déficit de procesos atencionales:
 - a. Se distrae de manera continuada en diferentes entornos [educativo, familiar, etc.] ante una tarea que requiera un tiempo de desarrollo y para la que el niño esté motivado en prestar atención.
 - b. Comete errores en cuestiones nimias por descuido o por no poder controlar su atención.
 - c. Cuando se le habla, parece que está atendiendo a otra cosa.
 - d. No sigue las normas pertinentes o deja las tareas que comienza sin terminar.
 - e. Tiene cierta dificultad en procesos ejecutivos como la organización y la planificación.
 - f. Tiende al olvido de las cosas cotidianas.
3. Puede o no acompañarse de mayor actividad y de impulsividad, admitiéndose los ítemes registrados en la DSM-IV-TR a tal fin. A saber:
 - a. A menudo no deja de mover las manos ni los pies mientras está sentado.
 - b. A menudo se levanta de la silla cuando se quiere que permanezca sentado.
 - c. A menudo corre o trepa en lugares y en momentos inoportunos (es posible que los adultos y adolescentes se sientan muy inquietos).
 - d. A menudo tiene problemas para jugar o disfrutar tranquilamente de las actividades de recreación.

- e. A menudo "está en constante movimiento" o parece que tuviera "un motor en los pies".
 - f. A menudo habla demasiado.
 - g. A menudo suelta una respuesta sin haber oído antes toda la pregunta.
 - h. A menudo le cuesta esperar su turno.
 - i. A menudo interrumpe al que esté hablando o se entromete, por ejemplo, en una conversación o juego.
4. Estos síntomas y signos han estado presentes, en el curso del desarrollo, al menos desde 6 meses antes y, por lo general, "desde siempre" [entendido esto como un niño que siempre ha manifestado conductas de falta de atención y/o hiperactividad-impulsividad].
 5. Este cuadro clínico influye de una manera significativa en las actividades de la vida diaria, entendidas éstas según las edades del niño y, principalmente y en este caso, en el ambiente habitual de la persona, en sus tareas escolares, en la relación con sus iguales, y en la relación sociofamiliar.
 6. Este cuadro clínico no se circunscribe a una sola situación [p. ej., la escuela, la familia, etc.], sino que debe darse en más de una de ellas y de forma continuada.
 7. El déficit de atención no se explica por una alteración psicopatológica [p. ej., Trastorno Generalizado del Desarrollo], y no hay evidencia por anamnesis, signos, exploración y pruebas complementarias de ello. Si esto fuera así, el déficit de atención sería englobable como "síntoma" de dicho trastorno y así se debería clasificar.
 8. El déficit de atención no se explica por una alteración neurológica [p. ej., epilepsia, trastornos metabólicos, etc.], y no hay evidencia por anamnesis, signos, exploración y pruebas complementarias de ello. Si esto fuera así, el déficit de atención sería englobable como "síntoma" de dicho trastorno y así se debería clasificar.
 9. El déficit de atención no se explica en el contexto de otra alteración neuropsicológica del desarrollo tales como los Síndromes Deficitarios Posteriores [código 52], Síndromes Deficitarios Prefrontales [código 50] u otros, y no hay evidencia por anamnesis, signos, exploración y pruebas complementarias de ello. Si esto fuera así, el déficit de atención sería englobable como "síntoma" de dicho trastorno y, a su vez, este trastorno -de no ser primario- como parte de otro [p. ej., un Síndrome Deficitario Prefrontal en el contexto de un Síndrome de Asperger].
 10. Al menos, para el diagnóstico, se precisa que el niño tenga 7 años.
 11. Al menos una prueba para la evaluación de los procesos prefrontales de la atención [inhibición, selección de respuestas, "desenganche" del estímulo, etc.], está

por debajo del percentil 10 según baremos establecidos [es posible, sin embargo, que no siendo estas pruebas concluyentes en este sentido, haya claras evidencias de trastornos de la atención]. Las pruebas recomendadas son:

- a. Stroop Test [sólo parte C].
- b. Tareas de go-no go.
- c. Continuous Performance Test.
- d. Test de inhibición de Luria-DNA.

12. Con respecto a los puntos 7, 8 y 9, el diagnóstico de Trastorno de Atención se hará [englobándolo como parte de un conjunto sindrómico general] siempre y cuando se cumplan las características que se han descrito.

Algunos autores consideran que las pruebas cognitivas pueden ser normales y el niño tener un TDAH igualmente. Efectivamente, esto es así y la evidencia clínica así lo muestra [consideración que ha tenido también el Consorcio de Neuropsicología Clínica]. Pero, sin embargo, a veces este argumento no es más que una “excusa” para un diagnóstico “a la ligera” que no se basa en criterios científicos al uso [tomados de la neurobiología, neuropsicología, neuroimagen, etc.].

Si el pediatra realiza un análisis pormenorizado del caso (perfil familiar, neurodesarrollo, valoración de los signos de alerta/predictores del primer año, predictores de la etapa preescolar, marcadores del temperamento y la conducta, marcadores precoces del aprendizaje, criterios clínicos DSM-IV...), el diagnóstico no se realizará a la ligera, y se evitarán diagnósticos no suficientemente documentados, en los que ni tan siquiera a los niños se les ha evaluado según el cuestionario simple del DSM-IV.

El diagnóstico del TDAH es esencialmente CLINICO, con el apoyo de las pruebas neuropsicológicas y de pruebas médicas complementarias: hasta en un 40-50% de los casos de nuestra experiencia personal y de otros autores, los pacientes con TDAH pueden tener un estudio neuropsicológico normal; las pruebas médicas (EEG, Potenciales evocados, neuroimagen) suelen ser normales y poco informativas, y deben dejarse al criterio del especialista (neurólogo, neuropediatra y psiquiatra).

En Extremadura existe el Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo [PIDEX], plan que engloba 3 partes diferenciadas:

1. Demencias degenerativas y vasculares.
2. Daño cerebral sobrenido.
3. Déficit cognitivos del desarrollo.

Es ésta última parte la que regulará todos los paciente con déficit del desarrollo que cumplan las siguientes características [recogidas así por el Consorcio de Neuropsicología Clínica en su clasificación de los Síndromes Neuropsicológicos del Desarrollo]:

- Déficits cognitivos que aparecen en el curso del desarrollo.
- No secundarios a una lesión cerebral conocida sobrevenida [esto lo regulará la segunda parte del PIDEX].
- Que pueden o no acompañarse de otras alteraciones [físicas o psicopatológicas].
- Que pueden formar parte de una enfermedad conocida [p. ej., epilepsia, TGD, etc.] o ser primariamente cognitivo.
- Que conllevan un retraso en la adquisición de las funciones cognitivas o bien un déficit en la función en sí.
- La lectura, la escritura y el cálculo, por “no ser funciones cognitivas” [realizadas por el cerebro pero “impuestas” en forma de aprendizaje], se clasificarán como síndromes refiriéndose a la función deficitaria.

Se hace perentoria la regulación del diagnóstico, derivación y tratamientos de estos déficit [que, como se ha dicho, regulará la tercera parte del PIDEX], por lo que se propone, en un primer momento, un modelo de coordinación entre las estructuras de Pediatría de AP, Pediatría de AE, Neuropediatría, Salud Mental Infanto-Juvenil, Consultas de Deterioro Cognitivo [neurólogo y neuropsicólogo] y terapeutas ocupacionales [del PIDEX o de otras estructuras].

Las pautas de detección, diagnóstico y tratamiento para el TDA/H serán las siguientes:

1	Anamnesis dirigida [una vez los padres refieran de manera espontánea o en el curso de la visita al pediatra de AP déficit que hagan sospechar un TDA/H].
2	Evaluación de la Atención Sostenida y Selectiva.
3	Descartar causas primarias u otros trastornos diferentes al TDA/H pero que cursen con éste como síntoma.
4	Interferencia de dicho déficit en las AVD.
5	Tratamiento farmacológico del TDA/H.
6	Tratamiento conductual del TDA/H.
7	Estimulación cognitiva en el TDA/H.

Veamos estos puntos paso a paso y brevemente.

[1] ANAMNESIS DIRIGIDA

Normalmente es el pediatra de Atención Primaria [en el ambiente sanitario; también los maestros y padres pueden hacer un proceso de detección, pero sería más un proceso de “observación”] quien atiende en primer lugar a los niños con posible TDA/H. En el momento en el que el pediatra sospeche -entre otras cosas, por la queja concreta de los padres al acudir a consulta- por anamnesis que el niño puede presentar un TDA/H, se seguirán los signos de alarma [que son, a su vez, algunos criterios diagnósticos recogidos en la DSM-IV-TR], puntuándolos [y así tener la referencia cuantitativa].

Estos son:

Déficit de atención [6 o más]
No logra prestar atención a los detalles o comete errores por descuido en sus tareas escolares.
Tiene dificultad para mantener la atención en las tareas o juegos.
Parece no estar escuchando cuando se le habla directamente.
No sigue instrucciones y no termina las tareas escolares [no por negativismo].
Tiene dificultad para organizar las tareas y actividades.
Evita, no le gusta o no quiere participar en actividades que requieren esfuerzo mental sostenido.
Pierde los útiles necesarios para completar las tareas y actividades, como los juguetes, los lápices, libros o herramientas.
Se distrae fácilmente.
Es olvidadizo durante las actividades diarias.
Hiperactividad/Impulsividad [6 o más]
A menudo mueve en exceso manos o pies o se remueve en su asiento.
A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en las que debe estar sentado.
A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.



A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
A menudo habla en exceso.
A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
A menudo tiene dificultades para guardar su turno.
A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.

Es importante recordar que el niño tiene que tener al menos 6-7 años para poder hacer un diagnóstico de posible TDA/H [criterio admitido por la DSM-IV-TR: 6 años; por el Consorcio de Neuropsicología Clínica: 7 años].

Es preciso tener en cuenta que se debe huir del “diagnóstico quinielístico” de los criterios todo/nada del DSM-IV. Es esencial llevar a cabo una anamnesis detallada, proponiéndose la siguiente estructura:

- Antecedentes familiares.
- Antecedente personales del embarazo y predictores/signos de alerta del primer año: hábitos alimentarios, comportamiento del sueño y conducta.
- Datos esenciales del desarrollo psicomotor (destacando el área del lenguaje).
- Estilos de aprendizaje y desarrollo preescolar, así como temperamento.
- Aprendizaje (signos de alerta).
- Síntomas nucleares del TDAH.

Para ayudar en este punto, se propone la **entrevista estructurada** que se muestra en el ANEXO 5.

[2] EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN [DIRECTA E INDIRECTA]

La evaluación de la atención se hará preferentemente de la atención sostenida y selectiva. Es fundamental considerar que, en la actualidad, el diagnóstico de TDA/H, es clínico. Por ello, las pruebas de valoración de la atención deben ser tomadas como apoyo -y un apoyo fundamental pero no coercitivo- para el diagnóstico.

Las pruebas cognitivas son las siguientes:

Evaluación directa de la atención

Las pruebas elegidas se pueden administrar en cualquier consulta y no precisan de un soporte informático [como si precisarían pruebas como el Continuous Performance Test]. Son:

1. Stroop Test [se pone un ejemplo en el anexo 1].
2. Tareas de Atención de Luria-DNA [se pone un ejemplo en el anexo 2].

Estas dos pruebas se basan preferentemente en los modelos teóricos de la atención de Posner y Mesulam [aún a pesar de que el test de Stroop fue hecho antes de que estos investigadores emitieran sus modelos teóricos].

Consisten principalmente en valorar las conductas de inhibición, el Stroop a nivel visuo-verbal y las tareas de Luria-DNA a nivel conductual y también verbal.

El Stroop Test tiene baremos de normalidad para niños y se tarda 45 segundos en pasarlo [sólo se pasa la parte C], y las tareas de Luria-DNA tienen percentiles a partir de los 7 años de edad.

Aunque una correcta evaluación de la atención debería requerir unos 10 minutos de exploración sólo y exclusivamente de los factores atencionales, esta guía pretende servir como un primer paso de detección por parte de Pediatría de AP, considerándose, entre otras cosas, el escaso tiempo que se tiene por lo general en dichas consultas.

Evaluación indirecta de la atención

Hay muchas escalas que pueden rellenar médicos, psicólogos, maestros o padres, para valorar estos déficit. Por lo general, las más utilizadas son las Escalas de Conners o bien la SNAP-IV.

Nosotros utilizaremos SNAP-IV, con valores normativos diferentes según las rellene un padre o un profesor, o ADHD Rating Scale-IV [la versión para los padres].

Se pueden consultar en los anexos 3 y 4.

Valoración de otras funciones cognitivas y/o psicopatológicas

Es importante considerar –aunque sólo sea por anamnesis y no por una exploración directa– si existen –o han existido–, otros déficit cognitivos [disfasia o enlentecimiento en la adquisición del lenguaje, en los aprendizajes de la lectura, escritura y cálculo, razonamiento lógico, etc.] y/o alteraciones psicopatológicas [conducta desafiante, negativista, ánimo lábil, falta de ilusión, ansiedad, etc.].

[3] DESCARTAR CAUSAS POTENCIALES DE UN POSIBLE TDA/H

En algunos manuales de Neurología Infantil y Psiquiatría Infantil se propone el planteamiento de diagnósticos diferenciales en el caso de que se sospeche TDA/H pero haya algunos elementos que hagan pensar en una enfermedad neurológica o psiquiátrica de base [p. ej., un cuadro de ausencias] o psiquiátrica [p. ej., un síndrome depresivo en el niño].

Siguiendo a Catalá Ángel [2005; en Tratado de Psiquiatría, II volumen], “el diagnóstico diferencial deberá establecerse con los niños normales muy activos, lo cual puede revestir especial dificultad en niños pequeños; con niños superdotados en ambientes académicamente poco estimulantes; con niños con retraso mental y trastornos del aprendizaje; con niños que viven en ambientes inadecuados desorganizados o caóticos; con niños con comportamientos negativistas; con niños con trastorno de ansiedad u otros trastornos mentales [del estado de ánimo -especialmente el inicio de un episodio maniaco-, trastornos generalizados del desarrollo o psicóticos] o niños que toman cierto fármacos [p. ej., broncodilatadores, fenobarbital, carbamacepina]; con abusadores de sustancias ilícitas; y con niños con déficit sensoriales [auditivo o visual], con epilepsia o hipertiroidismo, trastorno de Gilles de la Tourette, pobre nutrición o sueño insuficiente”.

[4] INFLUENCIA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA [AVANZADAS Y/O INSTRUMENTALES]

Es importante tener en cuenta que el déficit de atención debe causar malestar en la persona que lo padece e influirle en su actividad cotidiana, pero teniendo siempre en cuenta que no es lo mismo el TDA/H en los niños que en los adultos. Dado que, en principio, nos estamos centrando en los niños, se pueden considerar algunos puntos concretos que nos pueden orientar [algunos más que los recogidos en este sentido en la DSM-IV-TR]:

- Dificultad en la adquisición de aprendizajes.
- Dificultad para tener una conversación hasta el final de la misma.
- Dificultad para seguir una tarea que dure algún tiempo [al menos más de 2 minutos], como ver una película o una explicación del profesor.
- Dificultad para jugar con otros niños por su impaciencia e impulsividad.
- Dificultad para memorizar lo que se le enseña.

Éstos son sólo algunos puntos que tienen que ser considerados, pero las preguntas que hay que hacerse para valorar este apartado son:

- ¿Le influye el déficit de atención-hiperactividad en su desarrollo cognitivo o escolar y en la relación con otras personas?
- ¿Influyen estos déficit de forma negativa en otras personas, tanto del entorno familiar como escolar?
- ¿Influyen estos déficit en el desarrollo de su personalidad?

[5] ÁRBOL DE DECISIÓN

Una vez vistos los aspectos principales anteriores, los pasos que habrían de darse serían:

Pediatría de AP				
[o, en su caso, el especialista que atendiera en primer lugar al paciente]				
Anamnesis	Pruebas cognitivas	Otras causas	Otras alteraciones primarias cognitivas y/o psicopatológicas	Interferencias en las AVD
Positiva [al menos 6 síntomas/signos de los delimitados por la DSM-IV-TR] Se recomienda también usar la SNAP-IV o la ADHD Rating Scale-IV	Positivas [Stroop Test y/o LURIA-DNA por debajo del percentil 10]	Descartadas	No	Sí
Abordaje farmacológico y/o medidas conductuales desde Pediatría de AP*				

Pediatría de AP				
[o, en su caso, el especialista que atendiera en primer lugar al paciente]				
Anamnesis	Pruebas cognitivas	Otras causas	Otras alteraciones primarias cognitivas y/o psicopatológicas	Interferencias en las AVD
Positiva [al menos 6 síntomas/signos de los delimitados por la DSM-IV-TR] Se recomienda también usar la SNAP-IV o la ADHD Rating Scale-IV	Positivas [Stroop Test y/o LURIA-DNA por debajo del percentil 10]	Descartadas o posibles	Sí: principalmente cognitivas	Sí
Derivación a Neuropediatría				

Pediatría de AP				
[o, en su caso, el especialista que atendiera en primer lugar al paciente]				
Anamnesis	Pruebas cognitivas	Otras causas	Otras alteraciones primarias cognitivas y/o psicopatológicas	Interferencias en las AVD
Positiva [al menos 6 síntomas/signos de los delimitados por la DSM-IV-TR] Se recomienda también usar la SNAP-IV o la ADHD Rating Scale-IV	Positivas [Stroop Test y/o LURIA-DNA por debajo del percentil 10]	Descartadas o posibles	Sí: principalmente psicopatológicas	Sí
Derivación a los Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil*				

* Hay que tener en cuenta que esto es un esquema que debe ser considerado por el clínico de forma protocolizada y dirigida, pero flexible.

[6] TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TDA/H

El pediatra de AP es, habitualmente, el primer profesional sanitario que valora a un niño con sospecha de TDA/H. Debe estar, por tanto, familiarizado con las herramientas para establecer un diagnóstico [por sí mismo o con la colaboración de otros profesionales] e instaurar un plan de tratamiento personalizado, y su seguimiento. Es importante realizar un diagnóstico preciso, con los recursos disponibles en Atención Primaria [tal como ha sido descrito en los puntos anteriores], o derivando a Atención Especializada si fuera necesario [según el árbol de decisión anteriormente descrito].

Un tratamiento de calidad requiere un profesional [idealmente su pediatra, que es la puerta de entrada al sistema sanitario] que coordine la atención del niño con TDA/H, ofreciendo:

1. un plan de acción;
2. información, educación;
3. tratamiento farmacológico y no farmacológico;
4. revisiones periódicas.

Plan de acción

El tratamiento del TDA/H es multimodal: implica a padres, médicos, profesores, psicólogos, etc. Se debe abordar en AP priorizando los objetivos que se desean alcanzar de forma individualizada y estableciendo estrategias de intervención.

Información, educación

La educación es una parte esencial del tratamiento y debe incluir a padres y profesores.

La decisión de iniciar tratamiento farmacológico debe consensuarse con padres o cuidadores, una vez hayan sido informados de los beneficios que pueden ocasionarle, sus efectos secundarios, y las alternativas terapéuticas que existen.

Los objetivos del tratamiento no sólo se centran en mejorar el rendimiento académico, sino que de forma más amplia busca conseguir:

- Reducir los síntomas nucleares [hiperactividad, impulsividad, déficit de atención].
- Disminuir los síntomas comórbidos acompañantes.

- Minimizar el riesgo de complicaciones.
- Educar al paciente y su entorno sobre el TDA/H.
- Mejorar las habilidades de niños, padres y educadores.
- Cambiar las percepciones desadaptativas.

Tratamiento farmacológico

El estudio MTA demostró que en niños mayores de 6 años con TDA/H se obtienen los mejores resultados combinando el tratamiento conductual con metilfenidato, aunque de forma aislada la terapia más eficaz son los psicoestimulantes [concretamente el metilfenidato]. Por tanto, si se utiliza tratamiento farmacológico, los psicoestimulantes se consideran de primera elección.

Hasta el 70-80% de los niños con TDA/H responden al **METILFENIDATO [MFD]**, que es eficaz en los 3 subtipos de TDA/H. Su mecanismo de acción consiste en bloquear la recaptación de dopamina y noradrenalina en la neurona presináptica, consiguiendo en niños con TDA/H:

- mejorar la capacidad de atención,
- la hiperactividad sin objetivo,
- la capacidad de aprendizaje,
- y el control inhibitorio.

Hay dos tipos de preparados con MFD [tabla I]:

1. de liberación rápida [vida media de 2-3 horas]: Rubifén®. Se recomiendan tres dosis diarias, lo que disminuye la adherencia al tratamiento y produce un efecto discontinuo, con "picos" y "valles";
2. de liberación prolongada: Concerta® [vida media de 12 horas], Medikinet® [vida media de 8 horas]. La ventaja principal es que sólo se da una dosis al día, matutina, lo cual mejora el cumplimiento y la confidencialidad, pero tienen un precio más elevado.

Tabla I. Preparados con MFD.		
Concerta	Medikinet	Rubifén
Comprimidos 18, 36 ó 54 mgs.	Cápsulas 10, 20, 30 ó 40 mgs.	Comprimidos 5, 10 ó 20 mgs.

Según ficha técnica, el MFD está autorizado a partir de los 6 años.

La **dosificación** de 0.6 a 1 mg/kg/día puede resultar orientativa pero en la práctica el tratamiento se suele iniciar con dosis bajas y, si es necesario, se aumenta hasta llegar a una *dosis óptima*, que controle síntomas sin que aparezcan efectos secundarios o estos sean leves. Dosis superiores a 60 mgs/día de Rubifén®, 54 mgs/día de Concerta® o 40 mgs/día de Medikinet®, son excepcionales en menores de 14 años.

Efectos secundarios. El MFD se considera un fármaco seguro a dosis bajas y medias. Es frecuente que aparezcan anorexia [y a menudo pierden peso al inicio del tratamiento] e insomnio de conciliación. Con menos frecuencia refieren cefaleas, dolor abdominal o tics. Suelen ser leves, de corta duración y responder a ajustes de dosis u otras estrategias.

Cuándo suspenderlo. El tratamiento no cura, pero disminuye la frecuencia e intensidad de los síntomas y facilita su control. En la mayoría de los casos debe darse diariamente durante largo tiempo. Hay que considerar su retirada si:

- no se obtiene respuesta tras 1-2 meses de tratamiento [habiendo intentado optimizar la dosis y descartado otras causas, como el no cumplimiento],
- después de un tiempo prolongado de tratamiento, una vez que el paciente esté asintomático y disponga de habilidades para compensar las demandas personales, familiares y escolares o laborales.

En caso contrario, se recomienda continuar hasta la vida adulta.

Son **contraindicaciones** para el uso del MFD:

- la psicosis,
- la depresión grave,
- la enfermedad sintomática cardiovascular,
- el glaucoma,
- una reacción de hipersensibilidad previa,
- el hipertiroidismo,
- la hipertensión moderada o grave,
- y el uso concomitante de IMAO.

Cuando el MFD obtenga pobre respuesta, aparezcan efectos secundarios indeseables a pesar del ajuste de dosis, o si se asocia comorbilidad que no cede con tratamiento, hay que valorar otros fármacos y la **derivación** a Atención Especializada.

La **ATOMOXETINA** [Strattera®, comprimidos de 10, 18, 25, 40 ó 60 mgs.] es la mejor alternativa al MFD cuando éste no resulta eficaz. Es un antidepresivo que inhibe la recaptación de noradrenalina y, al igual que sucede con otros antidepresivos, no consigue un efecto terapéutico óptimo hasta las 3-4 semanas. No se ha establecido la seguridad de su uso en niños menores de 6 años.

Los **efectos secundarios** más comunes son la disminución del apetito, taquicardia y somnolencia, pero suelen atenuarse con el tiempo.

Su uso está **contraindicado** en pacientes con hipersensibilidad a la atomoxetina, glaucoma y toma simultánea de IMAO.

Seguimiento

Es recomendable revisar periódicamente a los niños en tratamiento, valorando los síntomas, la calidad de vida, el cumplimiento terapéutico, y monitorizando peso, talla, frecuencia cardiaca y tensión arterial.

Los controles serán muy frecuentes al inicio del tratamiento [incluso semanales], pero una vez conseguida la estabilización las citas pueden espaciarse 3 ó 6 meses. NO son necesarias de rutina analíticas de sangre u otras pruebas, al no haber evidencia de su utilidad.

Para facilitar la adherencia al tratamiento hay que fomentar una buena comunicación con la familia y la escuela. También es aconsejable explicar al niño de forma sencilla, según su edad, los motivos del tratamiento y los efectos esperables [por ejemplo, comparando el tratamiento con unas gafas que ayudan a ver mejor].

[7] TRATAMIENTO CONDUCTUAL DEL TDA/H

Los niños diagnosticados de TDA/H poseen unas características conductuales y cognitivas que, si bien no los hacen distintos a los demás, sí difieren de las del resto de población de referencia. De manera general, se frustran antes que sus iguales, son desordenados y descuidados, muestran dificultades a la hora de demorar los reforzamientos [es decir, son impacientes], responden antes de haberles formulado la pregunta, no consiguen terminar las tareas que tienen asignadas [ya sea solos o con el resto de compañeros], etc. Todos estos comportamientos [que tienen que ver con déficit ejecutivos, muy típicos en niños con TDA/H] dificultan su relación social con compañeros, su rendimiento académico y un desarrollo normalizado.

Una vez que existe un diagnóstico delimitado de TDA/H, ya sea con predominio de síntomas relacionados con desatención o con impulsividad-hiperactividad, la figura de distintos profesionales es clave para abordar la problemática conductual, cognitiva y educativa existente. No obstante, el papel que han de jugar los padres y maestros también va a ser decisivo en el buen pronóstico del caso. Por ello, además de los distintos tratamientos de los que se dispone a otros niveles, será fundamental que estos agentes puedan recibir la formación y el entrenamiento necesario al objeto de, al menos, estructurar y programar pautas y normas de interacción con el niño.

Los tratamientos conductuales y cognitivos existentes son variados y de distinta naturaleza y van orientados a conseguir distintos cambios en la esfera del comportamiento y la cognición.

Los dos objetivos generales principales de este tipo de actuaciones son:

1. modificar la conducta disruptiva potenciando comportamientos incompatibles con las mismas;
2. modificar conductas deficitarias generando otros comportamientos alternativos según unas variables específicas [atención, rendimiento académico, impulsividad, etc.].

Brevemente, las técnicas más importantes son las expuestas a continuación.

TÉCNICAS CONDUCTUALES	TÉCNICAS COGNITIVAS
<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas operantes. [economía de fichas, tiempo fuera, reforzamiento diferencial, contratos de contingencias, coste de respuesta, sobrecorrección, etc.]. • Autocontrol. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en . auto-instrucciones • Técnicas de resolución de problemas.

De acuerdo con los principios operantes, el control de la conducta alterada está relacionado con factores, eventos o elementos estimulares del entorno inmediato del sujeto. Esto significa que, al controlar dichas variables estimulares, se conseguirá modificar [aumentando o reduciendo] la conducta objetivo. La premisa esencial en la que se fundamenta cualquiera de **las técnicas operantes** es que cuando una conducta va seguida de una consecuencia agradable [atención, halagos, objetos materiales significativos, actividades significativas, besos, aprobaciones en público...], dicho comportamiento tiene más probabilidades de volver a repetirse en un futuro [lo refuerza]. En cambio, si la consecuencia está compuesta de algún elemento del entorno que la convierte en desagradable, desfavorable u hostil [reprimendas, retirada de objetos y actividades gratificantes...], la probabilidad con que puede volver a darse dicha conducta disminuye [la extingue].

De la misma manera, y aplicando el concepto de refuerzo [elementos significativos para el sujeto que están en la consecuencia de una conducta dada y que proporciona el entorno del sujeto], sabemos que el más importante de ellos –según a qué edades– es la ATENCIÓN que los progenitores u otros adultos dan al niño. La atención es, pues, el reforzador más valioso y la mejor arma que los padres pueden tener a su disposición para manejar gran cantidad de situaciones, ya que, sabiendo de los principios operantes, ignorar conscientemente las conductas no deseables del menor y previamente identificadas, estaremos llevando a cabo el mejor método para no reforzarlas y conseguir extinguirlas de manera paulatina.

De estas técnicas operantes pueden desprenderse actuaciones indirectas relacionadas con otras variables: locus de control y autoestima. El reforzamiento social que los padres den en determinadas circunstancias, va a influir en el fortalecimiento de un sistema de atribuciones adecuado en el niño. En estas situaciones, es necesario que la intervención de los progenitores vaya orientada a que las atribuciones que el menor efectúe después de una determinada conducta no sean externas. Es decir, es muy recomendable que, en las acciones iniciadas por el niño, éste perciba que lo que le ha llevado a comportarse de una manera determinada no le ha venido dado por agentes externos, por elementos del entorno que no dependen de él, sino que el esfuerzo invertido en la tarea efectuada es el responsable directo de su buena ejecución y éxito conseguido. Para llevar a buen término este aspecto será conveniente tener en cuenta dos consideraciones importantes. Una de ellas es valorar el tipo de consecuencias sociales que se dan en la conducta a modificar [no todas las consecuencias van a ser las más propicias para intervenir de esta manera]; y otra, el efecto y significación que dichas consecuencias positivas tienen para el sujeto en relación con su auto-concepto y autoestima [por ejemplo, en el rendimiento académico].

El **exceso de actividad** también puede ser empleado como un elemento terapéutico más, según cómo y en qué momento se disponga de ella. Partiendo del supuesto operante por el que determinadas conductas se mantienen, la hiperactividad puede perseverar porque de alguna manera es reforzante para el sujeto, o bien porque esté asociada a consecuencias positivas concretas. De este modo, muchos psicólogos conductuales emplean la actividad como estímulo instruccional o como estímulo aversivo o reforzante –según el caso–, de manera que la sobre-actividad del niño se convierta en un aliado del tratamiento que pretende conseguir el control de la actividad motora⁵. Algunas de las acciones empleadas hacen referencia a:

- prescribir ejercicio físico pautado como consecuencia aversiva a conductas hiperactivas definidas en situaciones no adecuadas [por ejemplo en el colegio],
- prescribir ejercicio físico -más o menos intenso, según el caso- antes de iniciar algún tipo de aprendizaje o interacción.

En el TDAH, las verbalizaciones internas que el sujeto emplea cuando realiza una tarea son deficitarias. El **entrenamiento en auto-instrucciones** es una técnica que consiste en modificar el lenguaje interno que la persona emplea al realizar cualquier tarea, para, de esta forma, conseguir la ejecución deseada. Se trataría de mostrar al niño cómo ha de hacer determinadas cosas mediante una estrategia de instrucciones paso a paso. El procedimiento a seguir aquí puede resumirse en cinco pasos:

1. El adulto va haciendo y diciendo en voz alta los pasos a dar para realizar la tarea.
2. El niño realiza la tarea bajo las instrucciones que el adulto le va indicando en voz alta.
3. El niño realiza la tarea diciéndose en voz alta las instrucciones que ha de llevar a cabo.
4. El niño efectúa la tarea susurrándose las instrucciones.
5. Por último, el niño realiza la tarea en silencio mientras repite para sí mismo las instrucciones.

⁵ El control de la actividad motora, más que un objetivo final de tratamiento, es considerado como una meta intermedia que ayudará a conseguir el fin último de la intervención. Actuando solamente sobre el exceso de actividad nunca se asegura que el rendimiento académico o la atención se vean beneficiadas. No obstante, para intervenir sobre el rendimiento académico y la atención, sí es preciso que exista el control adecuado de la actividad motora.

Las técnicas a las que muy brevemente se ha hecho referencia deberán ser llevadas a cabo por profesionales entrenados, es decir, psicólogos con experiencia en terapias cognitivo-conductuales. Este profesional será el que decida qué conductas y en qué orden habrán de modificarse, qué técnicas emplear y determinar la eficacia de la terapia. Sin embargo, será muy difícil que este profesional por sí solo sea capaz de llevar a cabo el tratamiento si no cuenta con la participación activa de padres y maestros.

En el ámbito sanitario público, serán los psicólogos clínicos -ubicados en los Equipos de Salud Mental- los que lleven a cabo dicho tratamiento en los casos de mayor complejidad.

¿Qué instrucciones o consejos pueden ofrecerse a padres por parte del pediatra de AP, con el fin abordar situaciones relacionadas con ciertas conductas disruptivas? Las enumeraremos a continuación.

1. Introducir ciertas reformas en el entorno cercano del niño y en su funcionamiento cotidiano. Esto se refiere, fundamentalmente, a modificaciones del ambiente más inmediato del sujeto: colocación y orden en su mesa de estudio, definir los espacios donde se ha de jugar, estudiar, comer, dormir; definir distintas rutinas diarias con horarios que se puedan cumplir y acordados con el niño [si es posible], prestando especial atención a los periodos de descanso y alimentación [hay que conseguir reunir las condiciones necesarias para que el descanso del niño sea el adecuado].
2. Evaluar y redefinir el modo en que los padres darán las instrucciones. Éstas habrán de ser simples, con voz calmada, en el momento adecuado. Estos momentos podremos identificarlos, por ejemplo, cuando observemos en el niño cierto nivel motivacional orientado a la tarea en cuestión. Es decir, si ha iniciado o está a punto de iniciar un comportamiento de los considerados como adecuados, sabremos que puede ser un buen momento para introducir la sugerencia, recomendación o consejo de ayuda previamente estipulado. De esta manera, se estará ayudando a que la consecuencia de dicho comportamiento sea también la más adecuada.
3. Las órdenes que hayan de darse serán breves, claras y concretas. En ocasiones, las peticiones se efectúan de manera confusa y contradictoria. De esta manera, en una situación concreta, la madre dice: "en la cama no se salta"; y, en otras, el padre juega con el niño: "venga, yo te cojo: salta a ver hasta

dónde llegas”. Algo parecido ocurre cuando se trata de quitar privilegios o introducir consecuencias negativas a un comportamiento. En estos casos, es muy importante poder cumplir con lo que se ha dicho que se va a hacer, y no solo porque haya de mantenerse el tiempo necesario, sino porque en ocasiones se dice que se va a hacer algo que en realidad será imposible de cumplir. Un ejemplo gráfico es el siguiente: “se acabó jugar en esta casa” [es el mensaje que lanza una madre después de ver cómo dos platos se rompían al ser golpeados con una pelota]. Conclusión: o los padres están el resto de sus vidas procurando que en la casa no se juegue a nada [algo bastante complicado] o el efecto que provocarán será que el niño compruebe cómo vuelve a haber otro mandato de mamá que no se cumple. Otra situación similar contradictoria, y que confunde al receptor, puede ser: “como no te quedes quieto te vas a la cama”. ¿Qué se está intentando decir aquí? Pues más bien poco, porque lo que el niño va a percibir es que irse a la cama es algo con lo que lo están castigando, es algo con lo que se supone están intentando controlar su conducta. Consecuencia: el irse a la cama se convertirá paulatinamente en algo poco agradable para el niño.

4. Dar órdenes de una en una y debidamente espaciadas en el tiempo. Esto dependerá de la ocasión ya que hay padres que, sin caer en la cuenta, suministran un cúmulo de mandatos continuados que dificultan la ejecución. Es decir, NO será muy adecuado intentar hacer cumplir órdenes como: “recoge las cosas que has dejado en tu cuarto, ordena tu ropa, haz los deberes y lleva la taza de leche a la cocina”. Será más adecuado indicar: “coge tu ropa limpia y colócala en el armario” y esperar un tiempo prudencial [en torno a 20-30 segundos para que se cumpla].
5. Utilizar un lenguaje comprensible para el niño y sin que exista hostigamiento en la instrucción. Muchos padres y profesores, presos de la desesperación, incluyen importantes dosis de agresividad en la comunicación que mantienen con sus hijos/alumnos, dificultando esto el lenguaje llano y la calma necesarios para dar la orden. Ser firmes en determinados momentos NO significa ser agresivos, violentos o irascibles.
6. Las demandas se realizarán frente al niño, es decir, dentro de su campo visual. Para ello, en ocasiones habrá que captar su atención siendo suavemente la cara del niño por la barbilla, para que dirija su mirada hacia nosotros. De esta manera, se asegura algo más aparte de que el mensaje sea escuchado.

7. Fomentar la comunicación en formato de instrucciones: ofrecer, en la medida de lo posible, instrucciones paso a paso de cómo se han de realizar determinadas tareas. Un ejemplo de auto-instrucción podría ser:

¿Qué es lo que hay que hacer? Hay que hacer la cama con las sábanas y el edredón que tengo aquí. Voy a hacerlo despacio y sin prisas.	Definición del Problema
Bien, cojo la sábana de abajo, pongo primero esta esquina y después la del mismo lado. Luego paso a colocar los bordes de los pies de la cama y a encajar bien los lados de la cama.	Guía basada en instrucciones
Vale, lo estoy haciendo bastante bien.	Auto-refuerzo
Ahora cojo el edredón y miro cuál es la parte que ha de ir en la cabecera de la cama. Lo extiendo sobre la cama y coloco las esquinas. ¡Huy! Pensé que estaba bien, pero no. Bueno, no pasa nada; solo tengo que poner lo que está a los pies de la cama en la cabecera.	Guía basada en instrucciones Auto-evaluación
Recuerda, hay que ir despacio. Aunque cometa un error puedo continuar.	Auto-corrección
Ahora tengo que colocar bien la almohada. Así está bien.	Guía basada en instrucciones
Estupendo, ya está conseguido.	Auto-refuerzo

8. Establecer un tiempo concreto dentro del cual se deberán ejecutar las órdenes dadas. Este aspecto del tiempo será delimitado pactándolo con el niño [si la edad lo permite]. En caso contrario es adecuado que lo defina el adulto como referencia o criterio para el cumplimiento de la demanda.
9. Ante la negativa del niño a llevar a cabo la petición o instrucción en el tiempo establecido, no realizarla por él y no prestar atención al hecho de desobediencia. Dejar pasar un tiempo [sobre 1 minuto] y volver a dar la orden como si fuera la primera vez que se le manda, es decir, sin hostigamiento, gritos, golpes, etc.
10. Reforzar materialmente o socialmente cualquier avance que pueda darse. Para

saber qué es un avance, será muy importante que se hayan descrito perfectamente los comportamientos que se quieren modificar. Es decir, se deberán delimitar operativamente las conductas objeto de modificación.

11. Para delimitar los comportamientos de manera objetiva y operativa, los padres/educadores deberán realizar el esfuerzo de formular la descripción de dicho comportamiento en conductas más simples. Por ejemplo, "Carla grita y tira cosas cuando le quito la televisión", está definido operativamente [puesto que hace referencia a conductas concretas]. Una descripción poco operativa sería: "Carla tiene mucho genio".
12. Prestar atención [reforzar con la atención y el halago] todas aquellas conductas operativas que tengan relación con:
 - mantener la atención,
 - cooperar,
 - estar sentados,
 - jugar tranquilamente con algún objeto,
 - permanecer sin correr y saltar en las situaciones que así ha de comportarse,
 - terminar alguna tarea por simple que sea,
 - guardar turnos y no interrumpir.

Se trata de "sorprender" al niño haciendo algo bueno, es decir, llevando a cabo conductas adecuadas. En cualquier momento del día, el niño puede emitir ciertas conductas que se aproximen a lo que al final se ha definido que ha de hacer [a la conducta objetivo] y que pasen inadvertidas si no se está lo suficientemente atento. Por ello, la indicación a dar a los padres puede ser la de: "sorprende a tu hijo haciendo algo que te guste y házselo saber". Para ello, será importante haber definido previamente los comportamientos que se pretenden aumentar y los que se pretenden disminuir en frecuencia e intensidad.

13. Ignorar completamente comportamientos disruptivos o relacionados con la desobediencia. Para ello, como ya se ha dicho, será muy importante no mostrar agresividad, enojo o enfado, y sí mostrar **total indiferencia** sabiendo de antemano que la conducta disruptiva no es peligrosa para el niño.

[8] TRATAMIENTO DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA DEL TDA/H

Respecto a la intervención cognitiva de los déficits neuropsicológicos característicos del TDA/H señalaremos varios aspectos que pueden ser de interés para Pediatría de AP:

1. Funciones Cognitivas deficitarias en el TDA/H. Objetivos de Intervención Neuropsicológica.
2. Características del Programa de Estimulación Cognitiva.
 - a. Conocimiento función cerebral/ función cognitiva.
 - b. Perspectiva multidisciplinar.
 - c. Tratamiento Individual.
 - d. Tiempo y Frecuencia.
 - e. Requisitos imprescindibles en abordaje de la atención y la función ejecutiva.
 - f. Prioridad en funciones cognitivas.
 - g. Tipos de ejercicios.

[8.1]

FUNCIONES COGNITIVAS DEFICITARIAS EN EL TDA/H. OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Las alteraciones cognitivas típicas de los niños con TDA/H podemos centrarlas en déficit atencionales y de funciones ejecutivas. Dentro de la esfera atencional, destacamos los trastornos en atención focalizada, selectiva y sostenida. Estos distintos tipos de atención se distinguen en función del tiempo que implica, el número de tareas presentadas conjuntamente, la complejidad de la actividad y de las influencias ambientales que se producen. La **atención focalizada** es la disposición atencional para dedicarse exclusivamente a una actividad. Dicha función se hace más compleja al centrarse en estímulos relevantes e inhibir aquellos irrelevantes. Al producirse esta selección de respuesta nos hallamos ante la **atención selectiva**, que de forma frecuente encontramos alterada en chicos con TDA/H. La **atención sostenida** es la capacidad de mantener la focalización en una actividad durante el tiempo necesario para completar dicha tarea. Vemos con frecuencia que la queja principal de los padres es la incapacidad de sus hijos para concentrarse en tareas, terminarlas o mantener una misma actividad durante periodos de tiempos concretos (muchas veces cortos). Por último, hallamos en múltiples ocasiones dificultades notables en los chicos con TDA/H para cambiar el foco atencional en función de las demandas externas (**atención alternante**).

Todos poseemos la capacidad de enfocar nuestra atención en un estímulo, “desengancharnos” de él para prestar atención a otros, teniendo la posibilidad de retomar ese mismo estímulo si así lo decidimos o lo demanda la actividad. Un niño con TDA/H puede presentar problemas para “desengancharse” del estímulo primario, ignorando el resto de estímulos necesarios para finalizar la actividad.

Las funciones ejecutivas (FFEE) implican un amplio grupo de procesos que podríamos relacionar con actividades como la planificación, la flexibilidad cognitiva, la estimación temporal o la capacidad de inhibir, entre otras. Dichas actividades cognitivas se encargan de coordinar el funcionamiento de otros procesos. Por ejemplo, a través de la anticipación, la selección adecuada de respuestas, la vigilancia del desarrollo de la acción o la verificación de los resultados que se van obteniendo, presentamos una adaptación personal y social adecuada.

Entre las FFEE deficitarias en los niños con TDA/H podemos destacar los trastornos en procesos de inhibición, la capacidad de organización, la estimación temporal y la planificación, todos ellos elementos principales en la resolución de problemas.

El eje central del TDA/H es la capacidad de control de la inhibición, entendida como la habilidad para focalizar nuestra atención en los estímulos relevantes e inhibir los irrelevantes. Los chicos con alteración en la capacidad de inhibición presentan problemas importantes para rechazar o inhibir aquellas contingencias sin importancia, con dificultades para responder adecuadamente a la demanda. Son niños con una atención involuntaria que responde a cualquier estímulo externo, aunque éste no lo requiera. Esta alteración primaria afecta a funciones secundarias como la lectura, en la que hallamos de forma frecuente errores de adivinación o aproximación (por trastorno del control del impulso): el niño inventa a partir de la primera sílaba una palabra, como “confundir por conducir” o “tabla por talla”.

Por último, los niños con TDA/H presentan un déficit en la capacidad de organizar temporalmente sus conductas, tienen dificultades para llevar a cabo planes simples tales como realizar sus tareas diarias, hacer los deberes o preparar los exámenes. Las funciones de organización, así como la planificación, son parte fundamental en la resolución de problemas. Cuando planificamos, determinamos y organizamos los diferentes pasos y elementos necesarios para llevar a cabo una intención o lograr una meta. No nos referimos a una programación sólo motora, sino que en múltiples ocasiones los niños deben planificar sus pensamientos o ideas para un fin, como por ejemplo explicar qué han hecho en el colegio durante la mañana o en una excursión.

[8.2]**CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA**

Todo programa de intervención cognitiva debe poseer unas características esenciales para obtener unos resultados óptimos:

[8.2.1] CONOCIMIENTO DE LA FUNCIÓN CEREBRAL Y DE LA FUNCIÓN COGNITIVA

Se deben conocer en profundidad los circuitos cerebrales implicados en cada una de las funciones ejecutivas y la atención, siendo nuestro abordaje diferente en relación a las funciones afectadas, edad y repercusión.

[8.2.2] PERSPECTIVA MULTIDISCIPLINAR

Como ya se ha señalado en apartados anteriores es importante destacar la necesidad de un tratamiento integral multidisciplinar en el TDA/H. Deben coordinarse diferentes especialistas abordando necesidades de tratamiento farmacológico, conductual y neuropsicológico.

[8.2.3] TRATAMIENTO INDIVIDUAL

La terapia cognitiva debe ser individual, y debe estar enfocada en las dificultades cognitivas y necesidades del niño. Debemos tener en cuenta que no todas las técnicas terapéuticas son aplicables a todos los chicos.

[8.2.4] TIEMPO Y FRECUENCIA

No existen datos concluyentes sobre la duración de los programas de intervención neuropsicológica en TDA/H. Sin embargo, basándonos en estudios de estimulación en otros trastornos cognitivos del desarrollo e infantiles, y en nuestra práctica diaria, podemos aconsejar que los programas de estimulación cognitiva en TDA/H deben plantearse de cuatro a seis meses como mínimo, con una frecuencia de 2-3 días semanales a razón de 45 minutos/sesión.

Autores como Frosting plantean en sus terapias cognitivas seis meses de duración con una o dos sesiones semanales, pudiendo alargarse incluso 2 ó 3 años.

Otros autores no creen necesario alargar los tratamientos más de dos años consecutivos, evitando por tanto la dependencia del niño y el familiar. Nuestro objetivo terapéutico es dar independencia al sujeto y alargando eternamente nuestra intervención estamos consiguiendo todo lo contrario.

[8.2.5] REQUISITOS IMPRESCINDIBLES EN ABORDAJE DE LA ATENCIÓN Y LA FUNCIÓN EJECUTIVA

Si nos centramos específicamente en las funciones atencionales y ejecutivas debemos tener en cuenta una serie de características imprescindibles en toda terapia de intervención neuropsicológica. En los recuadros siguientes se exponen algunos de los requisitos objeto del proceso.

Características generales de los programas atencionales

- a. Reducir estímulos distractores (ruidos, televisión, etc.).
- b. Comenzar por tareas simples que vayan progresando en complejidad.
- c. Aumentar paulatinamente el tiempo de exposición en las tareas.
- d. Variar las actividades frecuentemente para mantener el interés (combinar los distintos tipos de fichas) .
- e. Entrenar en identificación de signos de fatiga

Requisitos esenciales del abordaje de los déficits ejecutivos

- a. Simplificación y división de las tareas en sus componentes. Graduación de la complejidad.
- b. Impartir instrucciones simples y claras que ayuden a estructurar y ejecutar las tareas.
- c. Intervención ecológica. El objetivo del programa es una generalización de los resultados obtenidos en consulta a las actividades cotidianas del sujeto. Así, por ejemplo, si enseñamos a un niño a organizar secuencialmente una conducta en consulta, esperamos que una vez que se presente una conducta parecida en su ambiente natural tenga la capacidad de utilizar la estrategia enseñada.
- d. Feedback. Durante el proceso de intervención se debe proporcionar al niño una retroalimentación sobre la terapia cognitiva. Debe conocer el objetivo de cada ejercicio así como el resultado de su ejecución

[8.2.6] PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN EN LAS FUNCIONES COGNITIVAS

Otro elemento fundamental en el programa de intervención sería establecer un orden de prioridades. Esta jerarquización se llevará a cabo entre funciones cognitivas y funciones conductuales.

Orden de Trabajo de las funciones cognitivas a estimular

- Atención focalizada
- Atención sostenida
- Atención alternante
- Control del impulso
- Organización
- Estimación del tiempo
- Planificación

En primer lugar trabajaremos de forma conjunta las funciones de atención focalizada y sostenida.

Las **matrices atencionales** son quizás las primeras herramientas de utilidad en el tratamiento de trastornos atencionales, sobre todo de la focalización. Exigen por parte del niño la discriminación de elementos particulares de otros que funcionan como distractores o irrelevantes. El grado de complejidad de una matriz dependerá de la cantidad de estímulos en total, de la disposición espacial (que puede incluir superposición de los elementos) y de las características físicas diferenciales del estímulo a focalizar con los irrelevantes.

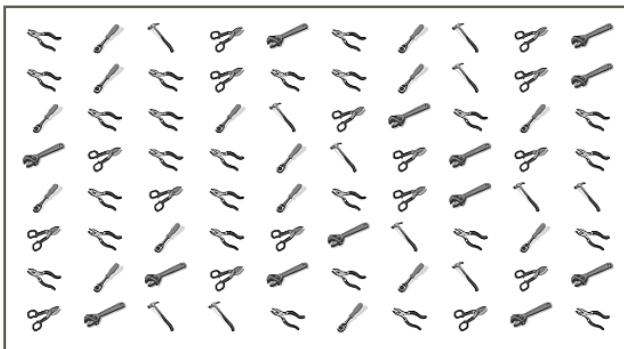
NOMBRE _____ FECHA _____

TIEMPO EMPLEADO _____

¡Tacha todas las figuras que sean iguales que el modelo!



Modelo



¿Cuántas te salen?

Ejemplo de Matriz de Cancelación

NOMBRE _____ FECHA _____

TIEMPO EMPLEADO _____

10 3 7 2 9

8	5	7	4	6	3	8	5
6	9	8	6	7	2	5	10
9	5	7	2	7	4	8	10
6	3	10	3	2	6	4	10
10	9	4	9	9	2	5	7
5	3	5	2	6	8	4	7
8	7	8	9	2	10	5	4
5	7	10	6	8	4	10	8
9	6	9	3	3	8	7	9
7	3	10	9	6	3	4	6

Programa de Neuropsicología Clínica
Área Hospitalaria Virgen Macarena

Ejemplo Matriz de búsqueda. Números

En los recuadros de abajo aparecen algunas de las indicaciones en la estimulación de los diferentes tipos atencionales:

ENTRENAMIENTO EN ATENCIÓN FOCALIZADA

Entrenamiento con o sin interferencias. Empezaremos trabajando sin interferencias y posteriormente con distractores [centrar la atención con la televisión puesta, alguien sale o entra de la habitación, etc.].

Identificar estímulos en un matriz de dibujos, de cancelación y búsqueda.

ENTRENAMIENTO EN ATENCIÓN SOSTENIDA

Tareas sin interrupción y con menor número de errores.

Categorías (En 1-2 minutos decir todas las frutas y verduras que recordemos, palabras que empiecen o terminen por una determinada letra o sílaba, juego de palabras encadenadas en 2 minutos,...). En anexo algunos ejemplos.

Matrices de cancelación o búsqueda.

- Normas de realización:
 - Anotar tiempo de realización.
 - Búsqueda de estímulos de izquierda a derecha (barrido organizado de los elementos a comparar)
 - Primero tachar y después recuento

Progresión numérica directa e inversa (algunos ejemplos en anexo).

Ejercicios aritméticos mentales (algunos ejemplos en anexo).

Al principio ejercicios en tiempo límite y progresivamente aumentar exposición.

Tareas que requieran flexibilidad: el tipo de respuesta debe cambiar al cambiar situación o estímulo.

Tareas tipo Stroop.

Tareas de "cambio".

ENTRENAMIENTO EN ATENCIÓN ALTERNANTE

Tareas que requieran flexibilidad: el tipo de respuesta debe cambiar al cambiar situación o estímulo.

Tareas tipo Stroop.

Tareas de "cambio".

La estimulación de la capacidad de control de inhibición se basa en las autoinstrucciones, como se ha explicado en el apartado 6. Esta técnica se basa en enseñar al niño a usar el lenguaje interno como regulador de la conducta y como fuente de autocontrol. Respecto a la función cognitiva propiamente dicha estas técnicas son de gran utilidad en la intervención de las dificultades en la resolución de problemas aritméticos. Combinamos estrategias de organización, planificación y control del impulso (a través de los 5 pasos de Meichenbaum).

PROBLEMA DE MATEMÁTICAS

Ejemplo: "Primero leo todo el problema y veo de qué trata y qué me piden. Después marco lo que me exigen. A continuación repaso si lo he puesto bien. Luego realizo las operaciones matemáticas necesarias. Y por último repaso para ver que no me he equivocado".

Como hemos dicho, la conducta se organiza en un tiempo y contexto. Los niños con TDA/H no son capaces de estimar este tiempo, por lo que se trabaja a través de actividades en consulta y en su contexto natural. Se utilizan autorregistros en el que se compara el tiempo real y el que se estima necesario en diferentes actividades diarias.

NOMBRE _____ FECHA _____

Estimado el tiempo y el dinero

INSTRUCCIONES. Cada día de la semana elige una actividad que hagas frecuentemente e intenta adivinar el tiempo que vas a utilizar para hacerla. Apunta esta duración estimada. Después coge un reloj o cronómetro y comprueba cuánto tardas realmente. ¿Te has acercado?

TIEMPO	ACTIVIDAD	DURACIÓN ESTIMADA	DURACIÓN REAL
LUNES			
MARTES			
MIÉRCOLES			
JUEVES			
VIERNES			
SÁBADO			
DOMINGO			

El resto de funciones ejecutivas, como la organización y planificación, se deben trabajar a través de tareas complejas en las que dividimos sus componentes y en las que pausamos cada uno de sus elementos, en la literatura científica existen programas estructurados de reconocidos resultados que podemos utilizar de base para preparar nuestros propios programas

[8.2.7] TIPOS DE EJERCICIOS

El material de intervención en TDA/H combina por un lado tareas de papel/ lápiz y tareas informatizadas. Existe mucho material de fácil acceso en papelerías y tiendas especializadas. El problema de estos ejercicios es la falta de objetivos de trabajo y pautas de realización, por lo que creemos necesario que dicha actividad esté dirigida por profesionales que indicarán en cada caso las pautas y tareas necesarias.

En la actualidad, para que la terapia de estimulación cognitiva sea más motivante, usamos habitualmente juegos didácticos. Esto es interesante siempre que las reglas se basen en el conocimiento cognitivo que poseemos. Es muy importante analizar las funciones cognitivas que se están desarrollando al participar en un juego y adaptar éstas a las necesidades del programa. Antes de emplear un juego en consulta debemos tener muy claro qué estimulamos.

Debemos tener claro que no todo vale para todo ni que cuanto más se hace mejor para el niño; lo importante es hacer lo que se debe hacer en cada momento y nada más.

1. EJEMPLO DE PROGRESIONES DIRECTAS E INVERSAS/OPERACIONES ARITMÉTICAS MENTALES

OPERACIONES ARITMÉTICAS MENTALES COMPLEJAS

1. 46×7
2. 39×7
3. 78×9
4. 68×7
5. 86×3
6. 39×3
7. 94×7
8. 67×9
9. 95×9
10. 75×8

PROGRESIONES NUMÉRICAS INVERSAS

1. $76 - 3 =$ $- 3 =$ $- 3 =$ $- 3 =$
2. $100 - 7 =$ $- 7 =$ $- 7 =$ $- 7 =$
3. $195 - 5 =$ $- 5 =$ $- 5 =$ $- 5 =$
4. $793 - 8 =$ $- 8 =$ $- 8 =$ $- 8 =$
5. $103 - 9 =$ $- 9 =$ $- 9 =$ $- 9 =$

PROGRESIONES NUMÉRICAS DIRECTAS

1. $98 + 3 =$ $+ 3 =$ $+ 3 =$ $+ 3 =$
2. $76 + 7 =$ $+ 7 =$ $+ 7 =$ $+ 7 =$
3. $38 + 4 =$ $+ 4 =$ $+ 4 =$ $+ 4 =$
4. $67 + 6 =$ $+ 6 =$ $+ 6 =$ $+ 6 =$
5. $89 + 8 =$ $+ 8 =$ $+ 8 =$ $+ 8 =$

ESCRIBIR ALFABETO A LA INVERSA

Z, Y, X...

2. EJEMPLO DE EJERCICIO DE PALABRAS ENCADENADAS

NOMBRE _____ FECHA _____

TIEMPO EMPLEADO: **tienes 3 minutos para escribir tantas como puedas**

INSTRUCCIONES. Tienes 3 minutos para escribir tantas palabras como puedas. Continúa la lista de palabras encadenando unas con otras. Cada palabra debe empezar con la sílaba con que acaba la anterior [en negrita en los ejemplos].

RAMO - MOQUETA -TABLERO -

Número total de palabras escritas

3. EJEMPLO DE EJERCICIO DE EVOCACIÓN: PALABRAS QUE EMPIECEN

NOMBRE _____ FECHA _____

TIEMPO EMPLEADO: **tienes 2 minutos para cada sílaba**

INSTRUCCIONES: Escribe todas las palabras que se te ocurran que comiencen por las sílabas siguientes. Tienes 2 minutos para cada sílaba.

PE	MA	GA
Petardo	Mariposa	Gato

4. EJERCICIO DE EVOCACIÓN CATEGORIAL: CATEGORÍAS

NOMBRE _____ FECHA _____

TIEMPO EMPLEADO _____

INSTRUCCIONES: Escribe todas las palabras que se te ocurran que pertenezcan a cada una de las categorías siguientes:

FRUTAS	ANIMALES	MEDIOS DE TRANSPORTE

[9] LAS BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS EN EL TRATAMIENTO DEL TDA/H

Lo que caracteriza a la práctica de la Medicina y a otras “ciencias” afines es la incertidumbre. Esta incertidumbre nos obliga a tomar decisiones razonables aunque no sean las más acertadas. Como dice el Prof. Gracia Guillén, el médico necesita no sólo saber ciencia sino que, además, ha de ser prudente. Esta prudencia se basa en el empleo de la racionalidad en la toma de decisiones en el desempeño de la actividad.

Para que esta práctica no se contamine por factores extrínsecos e incluso intrínsecos, disponemos de lo que se ha dado en llamar Medicina Basada en la Evidencia (nada más inexacto porque *evidence* es, en castellano, “pruebas”): si en la medicina hubiera hubiera verdaderas evidencias, no habría más que dejarse llevar por ellas para no errar.

Pero casi nada responde a este modelo: la búsqueda de la sensatez, de la prudencia y de la razonabilidad tienen un método: la deliberación. Pero deliberar es harto complicado. Nada se puede dejar a la intuición, al criterio personal, a la experiencia sin más.

En el TDA/H todavía hay mucho camino por recorrer a nivel del diagnóstico y el tratamiento. Muchos profesionales afirman tajantemente que el diagnóstico es “sólo clínico” al no existir -por ahora- ninguna prueba objetiva para el mismo. Siendo esto así, no permite, por supuesto, hacer las cosas a la ligera sino, principalmente, ser mucho más cautos y utilizar todas las herramientas que tengamos a nuestro alcance para delimitar correctamente el diagnóstico y plantear, pues, un posible tratamiento.

Para hacer más compleja una práctica que se nos puede antojar fácil e improvisable, hemos de centrarnos siempre en dos de los principios bioéticos que presiden o deben presidir las buenas prácticas clínicas:

- la **beneficencia** (a la que están obligados el médico, el psicólogo y cualquiera de los se dedican a sus diferentes especialidades),
- y la **autonomía**, entendida como la capacidad de cualquier paciente para tomar sus propias decisiones tras una información lo más exhaustiva y real posible.

Conjugar estos dos principios no es tarea fácil cuando aún en la medicina y profesiones afines el afán de protagonismo del profesional sanitario, la idea de sus ineludibles privilegios, se opone frontamente a los derechos de los pacientes y a su posibilidad real para tomar sus propias decisiones. Todavía es usual que los enfermos deleguen su respo-

sabilidad en los profesionales arguyendo que “ellos son los que saben”, “yo hago lo que usted me diga” y frases parecidas.

En el TDAH, además, nos encontramos con el hándicap de que el enfermo es, por lo general, un niño de entre 6 y 12 años, que no tiene capacidades cognitivas [todavía la función ejecutiva está en un rendimiento medio] para tomar decisiones sobre su salud y son, por tanto, los padres, los encargados de esta toma de decisiones.

Los protocolos asistenciales, cada día más necesarios, se basan -teóricamente- en el resultado, tanto de los ensayos clínicos, como de los conseguidos a través de la Medicina Basada en Pruebas. Pero no siempre es posible recurrir a estos medios, por inexistentes o porque arrojan escasa luz sobre nuestras posibles decisiones. En estos casos hemos de recurrir a lo ya conocido y reconocido, a lo que hasta ese momento se ha considerado como estándar a pesar de conseguir resultados no excesivamente brillantes. Aquí la tentación a utilizar nuevos tratamientos, con indicación autorizada, es lo suficientemente fuerte como para modificar lo previamente establecido.

El necesario humanismo profesional no está ya en la cultura ni en el conocimiento; los valores son el objetivo fundamental de este humanismo, indiscutibles e insoslayables; los valores son cualidades y por tanto no están sujetos a cuantificación sino a coherencia. Hemos de ser conscientes de nuestras limitaciones, especialmente en el saber y que de la reflexión ha de salir una aproximación a la verdad.

Lo novedoso, si no ofrece una clara superioridad sobre lo ya existente, ha de quedar como segunda opción, tanto en las herramientas diagnósticas como en la terapia, siendo -en el caso del tratamiento farmacológico y/o conductual- su uso pensado para cuando fracasa la terapia de primera línea. Nunca sustituirla desde el principio. Esto es lo propio de la falta de razonamiento y de la irreflexión. Todo lo contrario de los auténticos valores que han de presidir la práctica clínica de todos los días.

[Anexo 1] STROOP TEST

Se le pide al niño que diga el color del que está escrito la palabra, no que la lea. La tarea dura 45 segundos y los baremos son los propuestos por TEA.

Ejemplo de la tarea:

ROJO	ROJO	VERDE	VERDE	AZUL
VERDE	AZUL	AZUL	AZUL	VERDE
AZUL	ROJO	VERDE	ROJO	ROJO
VERDE	AZUL	ROJO	AZUL	VERDE

En estos casos, el niño debería decir [si consideramos la lectura columna a columna]: azul, rojo, verde, azul y así sucesivamente.

[Anexo 2] TAREAS DE ATENCIÓN DE LURIA-DNA

El Test LURIA-DNA es la adaptación de las pruebas de Luria a la población española mayor de 6 años. Pondremos algunos ejemplos de estas pruebas:

ÍTEM 1. Haga lo contrario que yo: si yo doy dos golpes dará usted uno, y si yo doy uno dará usted dos.

PRIMERA SERIE * (2) ** (1) ** (1) *(2) (1 punto)

Se golpea la mesa por debajo para que el niño no lo vea.

ÍTEM 3. Cuando yo diga “b”, levante el brazo derecho, cuando yo diga “p”, levante el brazo izquierdo.

- “p” (brazo I)
- “b” (brazo D)
- “b” (brazo D)
- “p” (brazo I)

[Anexo 3] ESCALA SNAP IV

INSTRUCCIONES

Se debe contestar con una cruz valorando en qué grado el niño presenta cada una de las conductas de la columna de la izquierda.

PUNTUACIÓN

Se hace por tramos: DESATENCIÓN, HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD, TOTAL.

NADA	0 PUNTOS
POCO	1 PUNTO
BASTANTE	2 PUNTOS
MUCHO	3 PUNTOS

Se sumarán los ítems de cada una de las partes de la escala [DESATENCIÓN: 9 ítems; HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD: 9 ítems], y se dividirán por el total de ítems de cada escala [es decir, 9]. Por otro lado, se sumará el total que da en la escala general y se dividirá por el total de ítems de toda la escala [es decir, 18].

Se corregirán aparte el relleno por los padres o el relleno por los profesores.

Los puntos de corte son, con una probabilidad de error del 5%, los siguientes:

	PADRES	PROFESORES
DESATENCIÓN	1,78	2,56
HIPERACTIVIDAD/IMPULSIVIDAD	1,44	1,78
TOTAL	1,67	2

Escala SNAP-IV

Rellenada por PROFESOR / PADRES [subráyese lo que proceda]

Nº	Frase	Nada	Poco	Bastante	Mucho
DESATENCIÓN					
1	No presta atención a los detalles	0	1	2	3
2	Tiene dificultades para mantener su atención en actividades o juegos	0	1	2	3
3	Parece no escuchar cuando se le habla	0	1	2	3
4	No sigue las consignas o abandona sin terminar su trabajo escolar o deberes	0	1	2	3
5	Tiene dificultad para organizar sus trabajos o actividades	0	1	2	3
6	Evita o le desagrada empezar actividades que requieren de un esfuerzo mental sostenido	0	1	2	3
7	Pierde los elementos necesarios para sus actividades	0	1	2	3
8	Se distrae por motivos ajenos a su tarea	0	1	2	3
9	Es muy olvidadizo en sus actividades diarias	0	1	2	3
HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD					
10	Es inquieto con sus manos y pies cuando debe permanecer sentado	0	1	2	3
11	No puede permanecer sentado en clase o en situaciones donde se espera que lo haga	0	1	2	3
12	Corre o salta en situaciones inapropiadas	0	1	2	3
13	Tiene dificultad para jugar o involucrarse en actividades placenteras de manera callada	0	1	2	3
14	Está en actividad constante como si estuviera impulsado por un motor	0	1	2	3
15	Habla excesivamente	0	1	2	3
16	Responde sin que se haya terminado la pregunta	0	1	2	3
17	Tiene dificultades para esperar el turno	0	1	2	3
18	Interrumpe las actividades de otro o cuando otros están hablando	0	1	2	3
	Desatención			TOTAL	
	TOTAL/9		Hiperactividad	Total/18	
			TOTAL/9		

[Anexo 4] ADHD RATING SCALE-IV [VERSIÓN ESPAÑOLA PARA PADRES]⁶

NOMBRE _____

EDAD _____ SEXO: H/M _____

Escoja la opción que *mejor describa* la conducta de su niño/a en los últimos 6 meses

Nº	Ítem	Nunca o raramente	Algunas veces	A menudo	Con mucha frecuencia
1	No logra prestar atención a detalles o es descuidado/a con su trabajo escolar	0	1	2	3
2	Continuamente mueve sus manos o pies o se mueve en el asiento	0	1	2	3
3	Tiene dificultad en mantener su atención en las tareas o actividades de juego	0	1	2	3
4	No permanece en su asiento en el salón de clases o en otras situaciones en las cuales se requiere que se mantenga sentado	0	1	2	3
5	No parece escuchar cuando se le habla	0	1	2	3
6	Corre y se encarama de forma exagerada en situaciones en las cuales esta conducta no es la apropiada	0	1	2	3
7	No sigue instrucciones y no logra terminar su trabajo	0	1	2	3
8	Tiene dificultad jugando o envolviéndose calladamente en actividades recreativas o de descanso	0	1	2	3
9	Tiene dificultad para organizar sus tareas o actividades	0	1	2	3
10	Está siempre "de prisa" o actúa como si estuviera "activado/a por un motor"	0	1	2	3
11	Evita tareas que requieren un esfuerzo mental continuado	0	1	2	3
12	Habla excesivamente	0	1	2	3
13	Pierde cosas que son necesarias para sus tareas o actividades	0	1	2	3
14	Responde impulsivamente antes de que se le termine de preguntar	0	1	2	3
15	Se distrae muy fácilmente	0	1	2	3
16	Tiene dificultades para esperar su turno	0	1	2	3
17	Es olvidadizo en sus actividades cotidianas	0	1	2	3
18	Interrumpe o se entromete sin la autorización de otros	0	1	2	3

⁶ DuPaul, Power, Anastopoulos y Reid. 1998.

[Anexo 5] ENTREVISTA ESTRUCTURADA ANTE LA SOSPECHA DE TDAH⁷

Bloque 1. Predictores del neurodesarrollo.

Bloque 2. Perfil de Temperamento difícil/Trastorno oposicional-desafiante.

Bloque 3. Atención, Hiperactividad, Impulsividad y Comorbilidad.

Bloque 4. Habilidades sociales, comunicación y flexibilidad cognitiva.

BLOQUE 1. PREDICTORES DEL NEURODESARROLLO

Antecedentes y marcadores de durante el 1º año de vida
¿Diría que durante el primer año de vida, desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad su hijo/a tuvo algún problema en los siguientes aspectos?
1. Excesivamente inquieto o tenso cuando estaba despierto; llorón o continuamente irritable; muy sensible a los ruidos y sobresaltos, etc.
2. Trastornos de la alimentación: ¿rechazo de las tomas, cólico del lactante intenso, regurgitaciones o vómitos, excesivamente “caprichoso” con las comidas?
3. Trastornos del sueño severos: dificultad para dormirse, sueño intermitente, despertares con llanto, etc.
Marcadores del juego de los 12 meses a los 5 años
¿Cómo describiría el juego del niño?
4. Prefiere los juegos “deportivos” o “de ejercicio”: pelotas, balones, etc. y le gusta “gastar energías con ellos” en lugar de los juegos educativos como puzzles o encajables.
5. Le gustan los juguetes de piezas, pero sólo para desmontarlos , con una actitud destructiva, rechazándolos y abandonándolos luego sin interés por los mismos. No le da la función adecuada a cada uno de los juguetes.
6. No es capaz de jugar con otros niños, así como compartir y proponer juegos y actividades.



⁷ Vaquerizo-Madrid J. Evaluación clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad, modelo de entrevista y controversias. REV NEUROL 2008; 46: S40-41. Vaquerizo-Madrid J, Cáceres-Marzal C. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad: guía pediátrica. VOX PAEDIATRICA, 14, 2 [22-23]. 2008.



Marcadores del aprendizaje, conducta y socialización
7. ¿Tiene problemas de aprendizaje escolar: letras, números, colores, formas?
8. Problemas en el uso de las manos: motricidad fina (hacer torres, ensartar anillas, etc.).
9. Dibujo: realizar figuras y entender la figura humana a través del dibujo.
10. ¿Tiene algún problema en sus conductas alimentarias?
11. ¿Tiene problemas de sueño?
12. Manifiesta conductas violentas hacia otros niños.

BLOQUE 2. PERFIL DE TEMPERAMENTO DIFÍCIL Y COMPORTAMIENTO INFLEXIBLE-EXPLOSIVO (13-20); Y CONDUCTA OPOSICIONAL DESAFIANTE DE LA INFANCIA (21-27)

13. Dificultad para controlar las emociones.
14. Bajo umbral y tolerancia para las frustraciones.
15. Capacidad limitada para ser flexible y adaptarse a las situaciones nuevas. Mala reacción a los cambios en sus rutinas, acontecimientos nuevos o no familiares y tendencia a pensar siempre como “blanco-negro”.
16. Protestan ante nuevos alimentos, lugares o personas.
17. Episodios de “explosión” desmesurados.
18. Manías sobre temas concretos para los cuales es inflexible (ropa, comida, etc.).
19. Humor negativo (irritable, rarezas).
20. Sobre-reaccionan ante ruidos o luces inesperados.
21. Tiene mal genio.
22. Discute con adultos.
23. Desafía o niega cumplir con las normas o peticiones de los adultos. A menudo, deliberadamente, enfada a la gente.
24. Culpa a los otros por sus errores o mala conducta.
25. Es sensible y fácilmente enfadado por los otros.
26. Está enfadado o resentido.
27. Es vengativo o rencoroso.

BLOQUE 3. ATENCIÓN, HIPERACTIVIDAD, IMPULSIVIDAD Y COMORBILIDAD (COPELAND SYMPTOMS CHECKLIST MODIFICADO)

Inatención- distrabilidad
28. Manifiesta pobre nivel de atención para aquellas tareas y actividades que le proporcionan poco interés.
29. Tiene dificultades para completar sus tareas.
30. Refieren somnolencia diurna y/o se le pueden aplicar apodosos como “soñador”.
31. Comienza sus actividades con gran entusiasmo pero tiene dificultades para concluir las.
Inmadurez
32. Ha tenido retraso en el desarrollo físico o psicomotor.
33. Su conducta se parece a la de los niños pequeños y prefiere relacionarse con niños de menos edad.
Hipoactividad
34. Observan cierto grado de letargia (apatía) en su actividad diaria.
35. Durante el día “está siempre en las nubes” y completa sus tareas lentamente y con dificultad.
Dificultades emocionales
36. Se frustra con facilidad, se irrita y tiene rabietas o explosiones de ira y rabia.
37. Es poco sensible al peligro o muestra poca reactividad al dolor.
38. Muestra baja tolerancia a las frustraciones.
39. Tiene a menudo rabietas o explosiones de cólera.
40. Describiría a su hijo/a como malhumorado/a.
41. Cree que se caracteriza por su baja autoestima.
Hiperactividad
42. Tiene incapacidad para estar en reposo.
43. Sus necesidades para dormir son menores a la media.
44. Habla en exceso.
45. Corre o salta excesivamente.
46. Está continuamente en movimiento durante el sueño. Da patadas continuamente a la ropa de la cama.
47. Tiene dificultades para estar sentado durante las comidas o en el pupitre. A menudo camina alrededor de la clase.



Impulsividad

- 48. Actúa antes de pensar.
- 49. Puede considerarse a su hijo de "fácilmente excitable".
- 50. Es desorganizado y requiere continua supervisión de sus tareas y actividades.
- 51. Continuamente cambia de una actividad a otra.
- 52. Tiene dificultades para las reuniones en grupo que requieran paciencia y hablar por turno.

BLOQUE 3A. ANSIEDAD

- 53. Se preocupa fácilmente y tiene pensamientos o sentimientos negativos.
- 54. Se siente inseguro/a de sí mismo/a, le da demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirse y puede sentir miedo.
- 55. Le sudan las manos hasta en días fríos o le tiemblan las manos y le duele la cabeza. Su cuerpo está siempre en tensión; en ocasiones tiene palpitaciones o el corazón le late muy deprisa y a veces le falta el aire o su respiración es muy agitada.
- 56. Trata de rehuir o evitar algunas situaciones y se queda paralizado/a o sus movimientos son torpes.
- 57. Tartamudea o tiene otras dificultades de expresión verbal.

BLOQUE 3B. CONDUCTAS OBSESIVO-COMPULSIVAS

- 58. Han observado tics o muecas en la cara, el cuello o el cuerpo especialmente ante situaciones de ansiedad.
- 59. Tics de carraspeo o picor de nariz.
- 60. Rituales motores o conductuales.
- 61. Tiene obsesiones por algunos temas o conductas que puedan definirse como manías.
- 62. Miedos inexplicados y fobias.
- Comportamientos de captación de la atención y signos de disconformidad**
- 63. Necesita ser el centro de atención.
- 64. Constantemente pregunta o interrumpe.
- 65. Irrita o molesta a sus hermanos, amigos o adultos.
- 66. Se comporta como el payaso de la clase.
- 67. Usa un lenguaje peculiar (muchas veces infantil) para llamar la atención.





68. Desobece o discute frecuentemente y con facilidad.
69. Es incapaz de seguir las mínimas normas sociales.
70. Usa los olvidos como excusa de forma intencionada.
Pobreza de logros y déficits cognitivos
71. Tiene problemas de aprendizaje.
72. Pierde bolígrafos, libros, etc.
73. Presenta las tareas emborronadas y desordenadas con escasa calidad de escritura.
74. Muestra pobre memoria para direcciones, instrucciones y todas aquellas tareas que requieran aprendizaje por repetición.
Pobreza de relación con los niños de su edad
75. Golpea a otros niños, incluyendo a los hermanos, como forma de llamar la atención.
76. Tiene dificultades para seguir las reglas del juego o las normas sociales, lo que ocasiona que a veces moleste a otros niños de su edad, incluyendo a sus hermanos.
77. Es rechazado o evitado por los niños de su edad.
Problemas de interacción familiar
78. Hay frecuentes conflictos familiares derivados de su conducta. Las comidas en familia son poco placenteras.
79. La madre dedica más horas a su hijo que a otros miembros de la familia.
80. El estrés es continuo en la familia debido a los problemas sociales y académicos de su hijo.

BLOQUE 4. HABILIDADES SOCIALES, COMUNICACIÓN Y FLEXIBILIDAD COGNITIVA

81. Es solitario, no tiene amigos íntimos o evita a los demás. No está interesado en hacer amigos y le gusta estar solo.
82. Falta de captación de las claves sociales. Conducta social y emocional inapropiada.
83. Interés focalizado por un tema, exclusión de otras actividades. Más repetición que significado.
84. Rutinas repetitivas en aspectos de la vida de uno o en la de los demás.
85. Expresión facial limitada; no mira a los demás. Tiene gestos torpes y patosos y se acerca demasiado a los demás.
86. Habla demasiado y tiene un lenguaje expresivo superficialmente perfecto, a veces formal y pedante con una prosodia extraña.

CUADRO RESUMEN FINAL

PACIENTE	
-----------------	--

Criterios DSM-IV-TR

Rodear con un círculo lo que presenta

Déficit de atención [6 o más]	
No logra prestar atención a los detalles o comete errores por descuido	1
Tiene dificultad para mantener la atención en las tareas o juegos	1
Parece no estar escuchando cuando se le habla directamente	1
No sigue instrucciones y no termina las tareas escolares [no por negativismo]	1
Tiene dificultad para organizar las tareas y actividades	1
Evita, no le gusta o no quiere participar en actividades que requieren esfuerzo mental sostenido	1
Pierde los útiles necesarios para completar las tareas y actividades	1
Se distrae fácilmente	1
Es olvidadizo durante las actividades diarias	1
TOTAL DE LOS ÍTEMES QUE PRESENTA [máximo 9]	
Hiperactividad/Impulsividad [6 o más]	
A menudo mueve en exceso manos o pies o se remueve en su asiento	1
A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en las que debe estar sentado	1
A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado	1
A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente al ocio	1
A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor	1
A menudo habla en exceso	1
A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas	1
A menudo tiene dificultades para guardar su turno	1
A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros	1
TOTAL DE LOS ÍTEMES QUE PRESENTA [máximo 9]	

Y estos cuatro los tiene que cumplir:

Algunos de los síntomas que causan alteraciones están presentes desde antes de los 7 años de edad	1
Alguna alteración provocada por los síntomas está presente en dos o más situaciones (p. ej., en la escuela o el trabajo y en la casa)	1
Debe haber clara evidencia de una alteración considerable en el funcionamiento social, escolar o laboral	1
Los síntomas no ocurren únicamente mientras la persona sufre de trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico. Los síntomas no indican la presencia de otro trastorno mental (p. ej. trastorno del humor, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad)	1

TOTAL NUMÉRICO DE LOS CRITERIOS DSM-IV-TR [= 14] [tiene que tener los 4 últimos y al menos 10 de los anteriores]		
Influencia significativa en las AVD [teniendo en cuenta edad del paciente]	No	Sí

PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS [al menos una baja del percentil 10]			
Stroop Test		Tareas de Luria-DNA	
Percentil		Percentil	

**INFORME DE DATOS MÍNIMOS PARA EL VISADO DE ATOMOXETINA PARA NIÑOS
INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL**

DATOS DEL PACIENTE ⁸			
Nombre			
CIP		Fecha de nacimiento	

DIAGNÓSTICO			
DIAGNÓSTICO	<i>Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA/H)</i> <input type="checkbox"/>		
Otros datos clínicos de interés			
¿Es nueva indicación o prescripción tras un periodo de "descanso"?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Es continuación de tratamiento?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

*Rellene las siguientes 3 casillas si es NUEVA INDICACIÓN
(primera indicación o vuelta a prescripción tras un periodo de "descanso")*

Cumple los criterios de la DSM-IV-TR:	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Tiene al menos una medida de un test de atención por debajo del percentil 10?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Qué prueba de éstas dos es la que ha utilizado como test para medir el percentil de atención?	STROOP TEST <input type="checkbox"/>	LURIA-DNA <input type="checkbox"/>

TRATAMIENTO	
MEDICAMENTO	
POSOLOGÍA	
DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	
FECHA DE LA PROXIMA REVISIÓN	

DATOS DEL FACULTATIVO QUE INDICA EL TRATAMIENTO

Apellidos y nombre _____

Nº de colegiado _____

Centro Sanitario (*nombre y dirección*) _____

Servicio o Unidad _____

Especialidad⁹ _____

Teléfono de contacto _____

En _____ , a _____ , de _____ de 20 ____

Firma y sello CIAS del facultativo responsable de la indicación:

⁸ Niños a partir de 6 años y adolescentes.

⁹ Pediatra, Neurólogo, Psiquiatra.

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Dependencia



Para cualquier información
pablo.duque@ses.juntaextremadura.net
pidex@juntaextremadura.net

JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Dependencia



Servicio
Extremeño
de Salud

Publicación avalada por la Sociedad Española
de Neurología Pediátrica [S.E.N.P.]

