

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: orientaciones psicoeducativas para los padres

JA. López Villalobos^a, JM. Andrés de Llano^b, S. Alberola López^c

^aPsicólogo Clínico. Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital San Telmo. Palencia.

^bPediatra. Hospital Río Carrión. Complejo Hospitalario de Palencia.

^cPediatra. Atención Primaria del Área de Salud de Palencia.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2008;10:513-31

José Antonio López Villalobos, villalobos@cop.es

Resumen

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

Palabras clave: Psicología educacional, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Abstract

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

Key words: Educational psychology, Attention deficit hyperactivity disorder.

Introducción

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un motivo frecuente, en población infantil, de remisión a pediatras, psiquiatras infantiles y psicólogos clínicos; siendo uno de los más im-

portantes problemas clínicos y de salud pública en términos de morbilidad y disfuncionalidad¹. A su vez, estudios de costes que reflejan un mayor uso de los servicios sanitarios² y una demanda clínica temporalmente creciente³. Cuando uni-

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

mos la creciente demanda a los servicios públicos y la escasez de profesionales que los atienden, somos conscientes de que son necesarios instrumentos que nos ayuden a prestar una atención más integral a nuestros pacientes, con una intervención cada vez más ajustada en el tiempo.

En la actualidad los procedimientos terapéuticos con mayor vigencia en el tratamiento del TDAH son: el farmacológico, las técnicas conductuales y las técnicas cognitivo-conductuales⁴⁻⁸. Existe evidencia científica sobre la eficacia de las intervenciones farmacológicas y su desarrollo excede el propósito de nuestro trabajo. Las otras dos dimensiones ocupan el campo de interés de nuestro análisis.

El modelo de orientaciones que proponemos presenta una base fundamentalmente conductual e incluye intervenciones cognitivas. Ambas dimensiones han mostrado utilidad en el tratamiento de los signos nucleares del trastorno y en la comorbilidad asociada⁹⁻¹³. En esta última dimensión, debemos ser conscientes de que el TDAH presenta una alta tasa de comorbilidad con trastornos del comportamiento, estado de ánimo, ansiedad y del aprendizaje¹⁴⁻¹⁸ y los modelos de intervención propuestos e incluidos en el texto, presentan especial relevancia en estas situaciones.

Paralelamente a las intervenciones citadas, expertos en el manejo de TDAH argumentan que la educación es el medio que cohesiona todo el plan terapéutico y una de las intervenciones aisladas más efectivas¹⁹.

En síntesis, las orientaciones psicoeducativas que se proponen incluyen dimensiones asociadas a los modelos de intervención más aceptados en la actualidad, considerando aspectos informativos, conductuales y cognitivos²⁰⁻²⁷.

Las orientaciones psicoeducativas pueden entregarse a los padres después de una evaluación cuidadosa y de un diagnóstico preciso de TDAH, solicitando su lectura y acordando una reunión posterior para aclarar dudas. Servirán como complemento al tratamiento multidimensional individualizado y aportarán información general necesaria, a la vez que difícil de impartir verbalmente en las saturadas consultas del sistema público.

Orientaciones psicoeducativas para padres de niños con TDAH

El TDAH se caracteriza por un patrón persistente de hiperactividad-impulsividad y/o desatención más frecuente y grave que el observado habitualmente en personas con un nivel de desarrollo similar. Los síntomas, que tienen un inicio temprano en cuanto a la edad, se presen-

tan en dos o más ambientes, como en casa, lugares de recreo o colegio. El TDAH puede tener solamente síntomas de desatención, de hiperactividad-impulsividad o una combinación de ambos.

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

La evolución del TDAH resulta más favorable cuando los niños reciben tratamiento en épocas tempranas, permitiendo con frecuencia controlar la clínica y las complicaciones que pudiera tener. Los profesionales implicados en la actuación terapéutica dependerán de las dificultades observadas e incluyen sanitarios (pediatras, psiquiatras, psicólogos clínicos, neurólogos...), profesionales educativos (psicólogos escolares, psicopedagogos, profesores de apoyo, profesores...) y de servicios sociales cuando fuese necesario. La actuación debe ser coordinada y complementaria, pues la actuación conjunta suele ser más eficaz.

La familia será un elemento clave en la intervención.

Orientaciones

En primer lugar debemos recordar que en el origen del TDAH existe un compo-

nente biológico bastante probable, por lo que es importante no culpabilizarnos por lo que sucede y ponernos manos a la obra de ayudar a nuestro hijo mediante una orientación profesional adecuada.

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

Conviene ser conscientes de que el TDAH suele durar años y que deben prepararse para mantener las orientaciones durante largo tiempo. No necesitan ser padres perfectos (nadie lo es), sino únicamente ser consistentes, siempre que puedan, con las dimensiones que desarrollaremos.

Ambiente familiar

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

Resulta interesante que los padres actúen armónica y coordinadamente en la educación de su hijo evitando contradic-

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

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

En este apartado resulta un elemento básico la planificación ambiental, anticipándonos a situaciones de riesgo para el mal comportamiento. Ejemplo de ello

sería el avisarle amistosamente de las normas y las consecuencias de su conducta cuando lleguemos a lugares donde anticipamos problemas, llevar unos lápices para dibujar si hacemos un viaje muy largo, despertarlo más temprano para lavarse y vestirse si es un poco lento, preparar la mochila del colegio la noche anterior en vez de hacerlo con prisas por la mañana, realizar los deberes antes de ver los dibujos animados en vez de a la inversa, etc.

Modelado

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

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

Cuando nuestro hijo está especialmente activo es conveniente intentar

mantener un aire calmado ante sus ojos y utilizar un tono de voz adecuado (pausado, sereno y sin crispación cuando le pedimos que cumpla alguna norma). Esta actitud favorece la imitación y no excluye el ser firme ante la petición de una conducta adecuada.

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

Estímulo-conducta

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

También debemos considerar una realidad: ¿no es cierto que con frecuencia prestamos atención a conductas ne-

gativas y no lo hacemos con las positivas?, ¿no es verdad que prestamos atención cuando interrumpe o molesta y no cuando juega tranquilamente? Con ello conseguimos que el niño sepa que es objeto de atención solo cuando realiza las conductas inadecuadas y por ello las repite siempre que puede. Suele tener utilidad el ignorar la conducta negativa encaminada a llamar la atención y estimular conductas incompatibles con la misma.

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

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

Como no suele resultar sencillo premiar de forma inmediata la buena conducta, podemos utilizar un registro de la misma en el que cada comportamiento adecuado tiene un valor en forma de puntos (los puntos son como el dinero, canjeables por determinados premios).

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

Resulta importante graduar el esfuerzo por conseguir el premio: en un principio se debe poder obtener con facilidad, posteriormente con más esfuerzo y finalmente, cuando se consigue casi siempre, cambiando la conducta obje-

vo para conseguir los puntos o recompensas.

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

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

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

Otra forma de que nuestro hijo aprenda conductas adecuadas es premiar y estimular dicha conducta en un hermano más colaborador, pero sin recordar al primero su mala conducta. Debemos tener cuidado en evitar las comparaciones de

forma explícita ("tu hermano lo hace mejor que tú"), pues puede favorecer la rivalidad, el resentimiento y la baja autoestima.

Existen algunos niños que por diversos motivos, como pudiera ser la dificultad de atención, no tienen claro lo que es una conducta correcta. Son niños a los que hemos corregido muchas veces en aquello que hacen mal, pero no les hemos dicho cómo hacerlo adecuadamente. Es recomendable aleccionarlos sobre lo que es una conducta adecuada en diversas situaciones (enseñarles a comunicarse, a esperar, a reflexionar sobre las consecuencias de las acciones...). La instrucción sobre el modo de comportarse es necesaria y puede ser ejercitada mediante el ensayo de roles o representación del comportamiento. Ensayar, a modo de pequeño teatro, el propio papel o el de los demás, suele ser muy instructivo, potencia las habilidades sociales si se hace correctamente y desarrolla la capacidad para ir apreciando otras perspectivas.

Normas

En casos de TDAH es recomendable que las normas sean pocas, claras, bien definidas y repetidas. Las normas deben aplicarse sistemáticamente, con tranquilidad, asegurándose de que el niño

está atendiendo, evitando dar varias órdenes simultáneamente y adaptándose a las posibilidades del niño (castigar a un niño con TDAH por ser muy activo o inatento, es como hacerlo por la tos a una persona con gripe).

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

El niño hiperactivo es difícil de llevar si no se tienen unos límites educativos claros y consistentes, que deben ser aplicados en el momento adecuado, sin descontrol emocional (ejemplo: si está viendo la televisión y deseamos que venga a cenar, no debemos esperar hasta llamarle diez veces crispadamente para hacer cumplir lo solicitado, sino acercarnos tras la primera llamada, comunicárselo y apagar la televisión...). Si usted se encuentra muy alterado puede ser mejor no actuar y posponer lo que pensamos decirle hasta un momento más adecuado ("hablaremos de ello más tarde") o sencillamente ignorarlo en esta ocasión.

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

1. Ser avisadas de antemano. El niño debe conocer las reglas de la conviven-

cia. Hasta dónde puede y no puede llegar.

2. Deberá ser consciente de las consecuencias que puede traerle su conducta desviada. Las consecuencias no serán castigos físicos, sino privación de elementos agradables para él (ejemplo: privación de un programa de televisión o la propina, aislamiento durante un periodo breve de tiempo en un lugar tranquilo destinado a reflexionar sobre su conducta, dejar de salir a la calle, pérdida de privilegios, etc.). El castigo deberá ser limitado en el tiempo, que se pueda cumplir y proporcional a la conducta desviada (ejemplo: no sería proporcional, ni limitado en el tiempo el castigarlo sin salir durante un mes y además resultaría una imposición difícil de cumplir).

3. La aplicación de la norma, una vez que estemos seguros de que atiende y la entiende, deberá establecerse tras un breve período, en el que el niño tenga opción de corregirse, antes de recibir el castigo (ejemplo: " te dije que deberías tener recogida tu habitación a las diez y ya ha pasado la hora; dentro de quince minutos volveré para observar como está y si no está ordenada dejarás de ver tu programa favorito").

4. El castigo o norma deberá ser aplicado, si es posible, en un breve espacio de tiempo tras la mala conducta. Lo

anunciaremos de forma breve (no entrar en discusiones sobre las normas), clara y firme. Sin sermones, ni voces.

5. Deberá explicársele "breve y calmadamente" al niño el por qué de ese castigo (una sola vez por aplicación del castigo) y aplicarlo sistemáticamente (no incumplir lo prometido) cuando ocurre la conducta desviada. No resulta de utilidad el aplicarlo dependiendo del humor en el que nos encontremos, ni de forma inconsistente.

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

En este apartado debemos recordar un principio de aprendizaje que indica que cuando reforzamos la conducta deseable existe más probabilidad de que se mantenga o incremente, que cuando castigamos la conducta contraria indeseable.

Autonomía y autoestima

Es importante estimular la autonomía del niño mediante el desempeño de ac-

tividades apropiadas a su edad (recoger su cuarto, vestirse...) y adjudicarle responsabilidades domésticas aludiendo a la confianza que tenemos en él (ejemplo: "te pido que vayas al comercio para hacer esta compra por que confío en ti...", "eres un mozo y cada vez confío más en ti para hacer...").

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

Sería deseable eliminar las etiquetas negativas del tipo "hijo mío eres tonto", "eres un vago", "eres insoportable", "todo lo rompes", "no hay quien te aguante"; que deben ser sustituidas por comentarios centrados en la conducta, separando la persona del acto (ejemplo: si el niño ha tirado objetos de la mesa, un comentario centrado en la conducta sería "recoge los objetos del suelo"; mientras que la frase "eres un desastre", es un comentario global que califica a la persona, devalúa, no separa a la

persona del acto y además es falso [tirar objetos no significa ser un desastre, al igual que hacer una tontería no significa ser tonto]).

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

Algunos niños con este problema tienen dificultades para evaluar su conducta e interpretar adecuadamente lo que sucede, siendo frecuente que atribuyan sus fracasos o mal comportamiento a factores externos ("saco malas notas porque el profesor me tiene manía"), sin asumir su parte de responsabilidad ("dediqué poco tiempo al estudio", "no me centré bien", "tengo poca base", "el modo de estudio no fue el adecuado"). El reconocimiento de cierta parte de responsabilidad en la conducta es un requisito previo para su modificación, pero debemos tener cuidado en la manera de manejar esta situación que frecuentemente es utilizada por el niño para mantener la autoestima. Podemos ayudar al niño a hacer una valoración

más objetiva de sus errores, sin hacerle sentirse infravalorado o culpable (“tienes mucha calidad y eres listo, pero este resultado también está relacionado con que necesitas más tiempo de trabajo. Vamos a hacerlo de esta manera y verás...”).

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

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

Saber esperar

Resulta de utilidad enseñar a esperar a los niños hiperactivos. Mediante las instrucciones adecuadas, explicaremos que cuando desee algo y estemos ocupados debe decir las palabras mágicas: “¿puedes atenderme?”.

En un principio lo atenderemos lo antes posible reforzando que nos diga esas palabras. Luego le haremos esperar progresivamente un poco más (“un mo-

mento, enseguida estoy contigo”) y le alabaremos por saber esperar (“da gusto observar cómo estás creciendo y sabes esperar...”).

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

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

Atención

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

1. Tener preparado el material antes de comenzar la tarea. Ayudar al niño a describir todo aquello que será necesario antes de iniciar la actividad.

2. Realizar tareas cortas (segmentadas si es necesario), estructuradas, motivadoras y reforzadas en su finalización. En un principio tareas supervisadas, variadas y con estímulo por el esfuerzo en su realización, con independencia del éxito en el resultado final.

3. La orientación que le aportaremos será breve, asegurando su atención (manteniendo contacto visual) y ocasionalmente solicitando repetición.

4. Estudiar en un lugar tranquilo, sin elementos que favorezcan la distracción como ruidos, televisión, radio...

5. Utilizar periodos de descanso suficientes, para fortalecer una atención más concentrada.

6. Cambiar de actividad cuando el cansancio y disminución de la atención es evidente.

7. Comenzar por periodos cortos y supervisados de actividad académica, incrementando lenta y progresivamente el tiempo de actividad personalizada.

8. Utilizar adecuadas técnicas de estudio.

Enseñar a pensar

Las personas tenemos un lenguaje interno ("lo estoy haciendo bien", "tengo que hacerlo de esta manera...", "pensaré despacio antes de responder...") que regula nuestra conducta y organiza nuestro pensamiento. Los niños con TDAH también tienen este lenguaje interno, pero no son tan hábiles en su utilización como para que pueda servirles de guía para actuar de forma reflexiva. Las autoinstrucciones y resolución de problemas ayudan en este proceso.

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

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

Relación con los compañeros

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

Existen algunas medidas que pueden colaborar en mejorar la relación social:

- Favorecer el contacto controlado con otros niños, invitando a algún compañero a casa y estructurando/supervisando el juego.

- Integrarlo en actividades grupales organizadas y estructuradas de la comunidad, con la supervisión de un adulto.
- Implicar en responsabilidades controladas en el ambiente de clase, puede contribuir a que los demás niños tengan una visión más positiva sobre él y mayor aceptación.
- Educarlo con límites educativos claros puede contribuir a incrementar la resistencia a la frustración y favorecer una mejor comprensión de las reglas del juego y la interacción social.
- Fomentar el análisis reflexivo de las situaciones conflictivas y favorecer la empatía (capacidad de ponerse en la piel del otro). Ej.: "¿cómo piensas que se ha sentido?", "¿cómo te has sentido?", "¿cómo sucedió?" (sin entrar directamente en el "¡qué hiciste!").
- Ayudarlo en la dinámica de la resolución de conflictos e incremento de habilidades sociales, mediante la ayuda de un profesional. Suele ser necesario ensayar habilidades como comenzar una relación, mantener una conversación, compartir con los demás, hacer y captar cumplidos, ofrecer colaboración, saber pedir favores o ma-

nejorar una discusión. Muchas veces deberemos considerar que el problema puede que no sea el conocimiento de la habilidad, sino que fracase en inhibir impulsos, decir algo inoportuno o en ponerse en el lugar del otro.

Grupo familiar

Aunque no lo parezca después de lo que ha leído, los padres también tiene derecho a tener buenas sensaciones y cuidarse.

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

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

El TDAH adolescente

Muchas de las orientaciones previas son válidas para el adolescente con TDAH y otras deberán ser ajustadas. A continuación reflejamos algunas orientaciones básicas:

- La ayuda de un profesional suele ser más necesaria en este periodo vital.
- Infórmese de las peculiaridades de esta época de la vida y procure entenderlas.
- La relación con el adolescente necesita una actitud más democrática que en épocas previas.
- Las normas en el entorno doméstico, social y escolar siguen siendo muy necesarias, pero necesitan de mayor consenso.
- Las expectativas respecto a la conducta de su hijo deberán ser realistas, pues si exige perfección y obediencia absoluta es probable que se sienta decepcionado.
- Procure mantener abiertos los canales de comunicación y permita la expresión emocional de su hijo.
- Procure no atribuir una intención demasiado personal a lo que hace.
- Los estímulos o refuerzos deberán ajustarse a la edad del chico y los acuerdos pueden llegar más fácilmente mediante negociación que por imposición.

- Procure conectar de forma genuina y empática con sus intereses, considere sus opiniones y comuníquese sin acusaciones ("¿qué sucedió?" en vez de "¿qué has hecho!").
- El ejercicio físico y la relajación son actividades recomendables que inciden en el autocontrol (respiración profunda/relajación), así como en la descarga de energía mediante un canal apropiado y saludable desde la perspectiva física y psíquica (deporte).

Comentarios y discusión

En la actualidad los procedimientos terapéuticos con mayor vigencia y validez empírica son el farmacológico, las técnicas conductuales y las técnicas cognitivo-conductuales⁵⁻⁸.

El modelo propuesto se enmarca en estas líneas de evidencia y comparte las principales tendencias actuales en materia de la necesidad de pautas educativas para padres y/o de entrenamiento de padres en el manejo de la conducta de casos con TDAH. Esta argumentación es compartida por la guía de tratamientos psicológicos eficaces²⁸, la Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud y por la declaración de consenso publicada en *European Neuropsychopharmacology*²⁹.

Diversos estudios avalan el interés de las técnicas conductuales en la mejoría de los síntomas de TDAH y de su comorbilidad. Existe una importante declaración de consenso realizada por autores de máxima relevancia europea, que aconseja que el tratamiento óptimo de TDAH y/o trastornos de comportamiento debe combinar la farmacoterapia con la intervención psicosocial, y que las intervenciones no farmacológicas que incluyen una modificación conductual han mostrado eficacia a corto y medio plazo en el tratamiento del TDAH/trastorno negativista desafiante²⁹. En esta misma línea existe evidencia científica de que la combinación de medicación y terapia conductual es eficaz en el tratamiento de la clínica del TDAH y de su frecuente comorbilidad^{6,29-31}.

En el mismo marco argumental los paquetes de intervención cognitivo-conductual han mostrado eficacia en el tratamiento de la clínica de TDAH y síntomas asociados en el ámbito familiar/escolar⁹⁻¹³.

El contenido de las orientaciones psicoeducativas que hemos desarrollado incluye procedimientos que se enmarcarían claramente entre las técnicas conductuales con evidencia de eficacia en el tratamiento del TDAH. Nos encontramos con procedimientos como el refuerzo de conductas incompatibles con la

problemática, refuerzo social y material, programación de refuerzos, castigo, coste de respuesta, extinción, tiempo fuera o economía de fichas. Existe también una consideración de elementos antecedentes de la conducta mediante la planificación ambiental y una organización de las consecuencias de la conducta. En síntesis, el documento integra elementos conductuales con evidencia de eficacia en el tratamiento de TDAH, avalado por las últimas investigaciones y consensuado por revisiones sobre la utilización de diferentes técnicas de modificación conductual para el tratamiento del TDAH y su eficacia en síntomas primarios y secundarios^{9-13,23,32,33}.

El documento incluye intervenciones en el margen cognitivo. Los procedimientos terapéuticos cognitivos se encuentran entre los más utilizados en la actualidad, referenciados por los principales autores en la materia y con evidencia teórica de utilidad en casos de TDAH. Estos procedimientos muestran eficacia en casos de TDAH^{23,32,33} y se encuentran inmersos en prácticamente todos los paquetes terapéuticos cognitivo-conductuales que presentan evidencia científica de buenos resultados en los síntomas básicos de trastorno y en la clínica asociada^{9,10-13}.

La perspectiva teórica hace pensar que los procedimientos cognitivos pare-

cen "ideales" y prometedores para abordar los síntomas claves de los niños con TDAH en el control de los impulsos, solución de problemas y autorregulación. Según una propuesta cognitiva del TDAH el trastorno estaría determinado por un modelo que se basa en el análisis de las interrelaciones entre la inhibición conductual, las funciones ejecutivas y la autorregulación²⁰. La capacidad disminuida para inhibir o "detener" la tendencia a responder a lo inmediato o más atractivo, interfiere con las funciones ejecutivas que son necesarias para desarrollar el autocontrol o dominio de sí mismo y dirigir la conducta, ofreciendo como resultado la clínica del TDAH.

Técnicas cognitivas como las autoinstrucciones y resolución de problemas se encuentran en íntima relación con el abordaje de la problemática del TDAH, cuando son utilizadas como entrenamiento metacognitivo.

Paralelamente a las intervenciones terapéuticas, expertos en el manejo de TDAH argumentan que la educación es el medio que cohesiona todo el plan terapéutico y una de las intervenciones aisladas más efectivas¹⁹.

Las orientaciones psicoeducativas incluyen una referencia a la importancia del modelado de los padres en el aprendizaje de conductas en general y de la reflexiva

en particular. Se han realizado numerosas investigaciones observando que el aprendizaje de conductas no depende solamente del refuerzo inmediato y que la observación facilita el aprendizaje de nuevas respuestas y la adquisición de reglas de evaluación para el autorrefuerzo. La perspectiva del aprendizaje social y la documentación científica acreditan la influencia del modelado en la imitación y aprendizaje de conductas, considerando los procesos implicados de atención, retención, ejecución y motivación³⁴. Esta inclusión pudiera considerarse improcedente al valorar que muchos de los padres de estos niños también son hiperactivos, no favoreciendo el modelado de conductas adecuadas. Sin embargo, esta situación particular puede ser adecuadamente canalizada y facilitar el proceso mediante una mejor comprensión de la situación vivenciada por su hijo y la consideración "ventajosa" sobre la mayor influencia del modelado por incremento de semejanza y por la utilización de modelos que cometen errores, aprendiendo a rectificar a tiempo en la resolución de conflictos (modelado de afrontamiento). Padres con TDAH residual, bien instruidos por su terapeuta, pueden ser modelos adecuados.

El documento que hemos propuesto incluye referencias a la importancia de

la autonomía, el cuidado de la autoestima, la potencial ayuda de la relajación y el deporte, la posible utilidad del estímulo de habilidades sociales, así como la necesidad del cuidado del sistema de relación familiar. Todas estas inclusiones están justificadas por la experiencia profesional, el conocimiento de las dificultades de muchos niños con TDAH y nuestro sentido clínico.

- Autonomía: en muchas ocasiones son niños inmaduros, dependientes y con deficiencias en el auto cuidado, lo que suele hacer necesario el estímulo de conductas autónomas y responsables.
- Autoestima: con frecuencia son niños poco comprendidos, criticados y muy devaluados. Esta situación suele conducir a baja autoestima o a una autoestima falsamente inflada. Ello hace necesario el estímulo de su autoestima.
- Relajación: el procedimiento puede contribuir a reducir ansiedad e incrementar el autocontrol.
- Deporte: aconsejable en cualquier niño. Ayudaría a canalizar energías adecuadamente, aprendizaje de reglas y de la convivencia en juegos de equipo y potencialmente en el autocontrol (el monitor deportivo debe ser instruido).

- Habilidades sociales: con frecuencia estos niños tienen problemas de autocontrol que dificultan el desempeño de habilidades sociales potencialmente conocidas. En otros casos el autocontrol y las habilidades sociales son deficitarios. El aprendizaje de habilidades sociales con la metodología que incluye instrucción, modelado, ensayo de conducta y retroalimentación, puede ayudar en ambas dimensiones.
- Sistema familiar: resulta frecuente que la temática del TDAH se asocie a una relación familiar excesivamente centrada en la persona que lo padece y su problemática, con olvido de necesidades básicas de algunos de sus miembros y deterioro de la dinámica familiar. Es necesario prestar atención a la familia considerada globalmente, a su dinámica y a las necesidades de sus miembros.

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

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

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

Bibliografía

1. López-Villalobos JA, Serrano I, Delgado J, Ruiz F, García MJ, Sánchez MI. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una alteración psicopatológica con impacto multidimensional. *An Psiquiatr.* 2004;20:205-10.
2. Leibson CL, Katusic SK, Barbaresi WJ, Ranson J, O'Brien PC. Use and costs of medical care for children and adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA.* 2001;285:60-6.
3. López-Villalobos JA, García MJ, Ruiz F, Sánchez MI. Adversidad en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psiquiatr Biol.* 2002;9:46.
4. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Committee on Quality Improvement. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics.* 2001;108:1033-44.
5. López-Villalobos JA, Rodríguez L, Sacristán A, Garrido M, Martínez T. El psicólogo clínico y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: vinculación con el pediatra. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2006;8 Supl 4:S157-73.
6. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Evidence based clinical practice guideline for outpatient evaluation and management of attention deficit/hyperactivity disorder. 2004 [consultado el 25/03/2008]. Disponible en www.cincinnatichildrens.org/svc/alpha/h/health-policy/ev-based/adhd.htm
7. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. American Academy of Pediatrics. *Pediatrics.* 2000;105:1158-70.
8. Miranda-Casas A, García-Castellar R, Melià-de Alba A, Marco-Taverner R. Aportaciones al conocimiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Desde la investigación a la práctica. *Rev Neurol.* 2004;38:156-63.
9. Calderón C. Resultado de un programa de tratamiento cognitivo conductual para niño/as con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *An Psicol.* 2001;32:79-98.
10. Miranda A, Soriano M, Presentación MJ, Gargallo B. Intervención psicoeducativa en estudiantes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol Clin.* 2000;1:203-16.
11. Miranda A, Jarque S, Rosel J. Treatment of children with ADHD: Psychopedagogical program at school versus psychostimulant medication. *Psicothema.* 2006;18:335-41.

12. Arco JJ, Fernández FD, Hinojo FJ. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica. *Psicothema*. 2004; 16:408-14.
13. Ardoin SP, Martens BK. Training children to make accurate self-evaluations: effects on behavior and the quality of self-ratings. *J Behav Educ*. 2004;1:1-23.
14. Buñuel JC. Diagnóstico del trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad: evaluación en la consulta pediátrica. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8 Supl 4:S25-37.
15. Rodríguez-Salinas E, Navas M, González P, Fominaya S, Duelo M. La escuela y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8 Supl 4:S175-98.
16. Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC, Lenora N, Newcorn JH, Abikoff HB, et al. ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:147-58.
17. López-Villalobos JA, Serrano I, Delgado J. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema*. 2004;16:402-7.
18. López-Villalobos JA. Perfil evolutivo, cognitivo, clínico y socio-demográfico de las personas con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, atendidas en una unidad de salud mental [tesis doctoral]. Salamanca: Univ. Salamanca; 2002.
19. Culbert TP, Banez GA, Reiff MI. Trastornos de la atención: tratamiento. *Pediatr Rev*. 1994; 15:43-53.
20. Barkley RA. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment. New York: Guilford Press; 2006.
21. Eddy L. Intervenciones no farmacológicas en el entorno familiar de niños con trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8 Supl 4:S557-67.
22. Brown TE. Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños adolescentes y adultos. Barcelona: Masson; 2003.
23. Miranda A, Rosello B, Soriano M. Estudiantes con deficiencias atencionales. Valencia: Promolibro; 1998.
24. Orjales I, Polaino-Lorente A. Programas de intervención cognitivo conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad. Madrid: CEPE; 2001.
25. Orjales I. Déficit de atención con hiperactividad. Madrid: CEPE; 1998.
26. Polaino Lorente A, Ávila C, Cabanyes J, García Villamisar DA, Orjales I, Moreno C. Manual de hiperactividad infantil. Madrid: Unión Editorial; 1997.
27. Serrano I. Agresividad infantil. Madrid: Pirámide; 1997.
28. Corral P. Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la hiperactividad. En: Pérez M, Fernández JR, Fernández C, Amigo I. Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Madrid: Pirámide; 2003. p. 137-49.
29. Kutcher S, Aman M, Brooks SJ, Buitelaar J, Van Daalen E, Fegert J, et al. Declaración de consenso internacional sobre el trastorno de déficit de atención/hiperactividad y los trastornos de conducta disruptiva: implicaciones clínicas y sugerencias de tratamiento. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2004;14:11-28.
30. Conners CK, Epstein J, March JS. Multimodal treatment of ADHD (MTA): an overall measure of treatment outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:159-67.
31. Swanson JM, Kraemer HC, Hinshaw SP. Clinical relevance of the primary findings of the MTA: success rates based on severity of symptoms at the end of treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:168-79.

32. Miranda-Casas A, Presentación-Herrero MJ, Soriano-Ferrer J. Multicomponent program for the treatment of children with ADHD. *J Learn Disabil.* 2002;35:546-62.
33. Miranda-Casas A, Presentación-Herrero MJ. Efficacy of cognitive behavioral therapy in the treatment of children with ADHD, with and without aggressiveness. *Psychol Sch.* 2000;37: 169-82.
34. Bandura A. Principios de modificación de conducta. Salamanca: Ediciones Sigueme; 1983.

