

HIPERACTIVIDAD, DÉFICIT DE ATENCIÓN Y CONDUCTA DESAFIANTE, GUIA PSICOEDUCATIVA Y DE TRATAMIENTO PARA PADRES Y PROFESIONALES.

TITULOS ALTERNATIVOS

HIPERACTIVIDAD, DÉFICIT DE ATENCIÓN Y CONDUCTA DESAFIANTE, PSICOEDUCACION Y MANEJO PRÁCTICO PARA PADRES Y PROFESIONALES.

Francisco Montañés Rada

Profesor del Departamento de Psicobiología de la Universidad Complutense de Madrid.

Facultad de Educación.

Responsable de Psiquiatra de la Fundación Hospital Alcorcón.

Responsable del programa de Psiquiatría Infantil.

Colaboradores en la revisión (no suscriben necesariamente todo su contenido):

Maria Teresa de Lucas Taracena. Psiquiatra. Centro Salud Mental Usera. Madrid.

Jose María Fraile. Psicólogo del Colegio Alkor.

Elena Estrada Rollón. Psicólogo.

Asunción García Pérez y Miguel Angel Martinez Granero Neuropediatras, Fundación Hospital de Alcorcón.

Sergio Sanchez Romero y Marisa Curto Benito. DUEs Fundación Hospital de Alcorcón

INDICE.

Prefacio.

- 1. PROBLEMAS DE LA DETECCIÓN PRECOZ Y EL DIAGNÓSTICO**
- 2. ENTENDIENDO EL TRASTORNO.**
- 3. RELACIÓN CON EL FRACASO ESCOLAR y CON LOS SUPERDOTADOS**
- 4. LA AYUDA DEL PSIQUIATRA INFANTIL.**
- 5. OTROS DATOS: INFLUENCIA DEL SEXO, TRASTORNOS ASOCIADOS, ETC.**
- 6. CONSECUENCIAS O EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO.**
- 7. TRATAMIENTO:**
 - 7.1. FASES DEL TRATAMIENTO.**
 - 7.2. FÁRMACOS.**
 - 7.2.1. TOMAS O NÚMERO DE VECES AL DÍA QUE HAY QUE DAR LA MEDICACIÓN**
 - 7.2.2. DOSIS**
 - 7.2.3. EFECTOS SECUNDARIOS.**
 - 7.3. TERAPIA:**
 - 7.3.1. Bases del contrato terapéutico.**
 - 7.3.2 Soluciones fuera de la familia.**
 - 7.3.3. Otras técnicas psicoterapéuticas de apoyo al contrato terapéutico.**
 - 7.3.4 Rabietas.**
 - 7.4. TERAPIAS CONCRETAS PARA PROBLEMAS HABITUALES.**
- 8. AUTORREGISTROS**
- 9. ESCALAS.**

10. RESUMEN.

11. ANEXOS

PREFACIO.

El fin último de cualquier guía como la actual es ayudar al paciente. En el caso de los niños esto requiere promover y monitorizar importantes cambios en su entorno. Esto implica cambiar la forma de relacionarse con el de sus padres, cuidadores, profesores y profesionales que les tratan.

Iniciar y mantener estos cambios de forma coordinada requiere dar mucha información, de forma eficaz y simultánea a todos los implicados en su educación. Esto plantea un serio problema de tiempo, de selección de información. Por otro lado, la información que se da ha de repetirse a diferentes pacientes y con cada uno de ellos, para evitar olvidos, lo cual puede agotar al terapeuta. Una guía escrita puede ser una parte de la solución a todos estos problemas. La otra parte de la solución es que la información básica que se aporta con la guía se ha de complementar con consultas verbales para adaptarla a cada caso concreto.

En todo el proceso de cambios hay otros dos puntos esenciales. El primero es que los padres comprendan que han de convertirse en terapeutas y que se pongan de acuerdo entre sí. El segundo que los profesionales: esencialmente profesores, equipos de orientación y médicos realicen una actividad coordinada.

Esta guía pretende cubrir estos objetivos y aunque inicialmente está dirigida a padres también puede servir como protocolo de tratamiento a seguir para los diversos profesionales que intervienen en el proceso terapéutico. Es por ello que este libro ha sido revisado antes de su publicación por miembros de los equipos de orientación escolares, profesores, psicólogos escolares, pediatras, padres, etc. Desde un punto de vista legalista esta revisión no implica responsabilidad respecto a todos los contenidos del libro.

En esta guía se ha plasmado la experiencia de un programa de tratamiento de 6 años de duración. Nuestra consulta contiene esencialmente niños con déficit de atención (severidad moderada) asociados casi todos ellos a trastornos de conducta y de aprendizaje y, en menor medida, otros trastornos como: ansiedad, tics, etc.

Es por ello una guía práctica que huye de lo teórico y académico ya que está basada en un programa de tratamiento real. En este sentido nos hemos enfrentado con varias dificultades: la necesidad de ser concisos, la dificultad de hablar de terapias que pueden contravenir las modas y utopías ideológicas de todo signo, el buscar un tono desenfadado que no reste credibilidad, etc. Por ejemplo a veces se desdramatizan situaciones serias a fin de poner distancia emocional y así conseguir que la terapia sea tomada como un juego ya que de esta manera todo funciona mejor. Algunos consejos van dirigidos a casos graves, si a usted le sorprenden es que este no es su caso ni su necesidad.

La guía no cubre todas las posibles terapias ni en toda su extensión, los contenidos han sido seleccionados según su utilidad para los casos habituales.

Deseamos que esta guía cubra sus expectativas y agradeceremos todo tipo de comentarios en nuestra dirección de contacto.

1. PROBLEMAS DE LA DETECCIÓN PRECOZ Y EL DIAGNÓSTICO

Detección por el no profesional.

Sin ser psiquiatras todos somos "psicólogos naturales", es decir, enseguida sabemos cuándo alguien padece un problema psicológico aunque no sepamos precisar cuál. Esto se debe a que vemos que el comportamiento de una persona es diferente del de los demás, ya sea porque hace (o piensa) cosas que todos hacemos pero lo hace en

exceso o en defecto (trastorno de tipo cuantitativo), ya sea porque hace cosas completamente diferentes de lo que los demás hacemos (trastorno cualitativo).

La marginación del enfermo.

Los padres de niños que presentan algún trastorno suelen desear que nadie lo sepa, la razón es que temen que puede ser marginado. Este problema es mayor si el trastorno es de tipo psicológico. Por tanto la ocultación al colegio y compañeros es la norma, lo cual puede ser un perjuicio en el caso del niño con déficit de atención ya que el colegio, equipos de atención temprana y de orientación del Ministerio de Educación están preparados en mayor o menor medida para tratar a estos niños. Además puede ser necesario dar medicación a mediodía y aquí hay que contar con el colegio. La evolución final del ocultamiento es que los educadores y resto de profesionales deducen por el comportamiento del niño que algo pasa, se enrarece el contacto con los padres y la marginación se da de todas maneras. Sólo que, como la imaginación es libre, se piensa en peores diagnósticos o en situaciones socio-familiares conflictivas ocultas.

El fenómeno de la marginación del enfermo no es del todo cultural. Existe una capacidad innata para la detección de la diferencia y del comportamiento anormal, lo cual suele llevar a continuación a una conducta instintiva e irracional de evitación y marginación. La cultura influye en decidir si esta tendencia se atenúa o no. De hecho, los niños son constantemente aleccionados para no marginar a otros niños y aún así siguen haciéndolo. Es necesario reconocer el origen biológico de la marginación para poder combatirla.

El origen biológico de la detección instintiva de la conducta anormal y en general de lo diferente pudo ser, por ejemplo, detectar enfermedades infecciosas que en nuestro pasado evolutivo nos diezmaron o la detección de miembros de otros grupos

culturales que eran potenciales enemigos. A nosotros sólo nos interesa el primer supuesto. En todo caso este mecanismo de detección de la conducta anormal y por ende posiblemente patológica se dispara a la mínima y no diferencia de enfermedades infecciosas de las que no lo son. Esto lleva en el momento actual a situaciones injustas e irracionales pero inevitables (pensemos en las histerias colectivas ante amenazas de epidemias como el SIDA, vacas locas, etc). Por tanto cualquier enfermedad produce inicialmente rechazo, que sólo se puede combatir con información, como la contenida en esta guía.

Soluciones a la marginación a nivel social: escolar, amigos, etc.

Aceptado un cierto origen biológico innato para la marginación del enfermo una solución es reforzar con la educación otras tendencias innatas que también tenemos, como es la de la curiosidad por lo nuevo y sobre todo la de ayudar a los demás.

Dado que se rechaza lo que no se considera del grupo, otra estrategia es hacer del grupo, "de los nuestros" al niño que tenga diferencias, buscando las similitudes.

Un tercer abordaje es hacer sentir a todos los niños lo injusto de ser rechazado por ser diferente, poniéndoles en el lugar del marginado mediante cuentos, representaciones teatrales u otros juegos. Al ponerse en el lugar del otro aprenden a entender al otro (empatizar).

Por último hay que premiar los esfuerzos de ayudar, de dar, cooperar y preocuparse por los demás (simpatizar).

De lo que hemos dicho resulta obvia otra conclusión: la tendencia a la marginación es algo más fuerte que la de la aceptación del diferente y la búsqueda de novedad (curiosidad), por lo menos en un primer momento, por lo que tenemos que hacer esfuerzos en colegios y medios de comunicación para explicar enfermedades.

Negación de la enfermedad y sus tratamientos.

Cuando nos ocurre una desgracia o tenemos una mala noticia lo primero que pensamos es que no nos puede estar ocurriendo a nosotros; a esto se le llama en términos psicológicos negación. También hace negación quien afirma estar al corriente de todo pero en la práctica no toma las decisiones obvias para resolver el problema (como tomar la medicación adecuada). La negación se considera un mecanismo de defensa de la mente para no afrontar todo el problema de golpe. Aceptar todo de golpe podría generar ansiedad y bajo estado de ánimo. Así, uno puede poco a poco hacerse a la idea de todas las implicaciones de la mala noticia.

Cuando se nos diagnostica una enfermedad ocurre lo mismo. Es muy habitual pedir una segunda opinión si el médico, sobre todo si el médico no es lo suficientemente empático o convincente o si la enfermedad es grave o difícil de aceptar.

En consulta muchos padres no aceptan el diagnóstico de su hijo que hacemos y necesitan varias sesiones. El problema es mayor con los padres que no acudieron a la primera cita.

Soluciones.

La primera solución la tiene que dar el médico ofreciendo elementos de diagnóstico fiables que permitan que a nivel racional no quepan dudas y dejar que el tiempo haga el trabajo de lo no racional. Por ejemplo a los muy dubitativos nosotros les abrimos un manual psiquiátrico para que lean ellos mismos los síntomas. Una vez conseguida la aceptación racional queda la aceptación emocional y práctica, para tal caso hay que dar una serie de consejos a los padres.

Una segunda solución es que hay que darse un tiempo. Sin embargo, hay que ponerse un límite para adoptar las decisiones, por muy poco preparados que nos parezca que estemos, ya que nunca se está suficientemente.

Otra solución es cambiar la perspectiva y adoptar una más optimista o al menos estóica. En vez de pensar: *¡oh que desgraciados somos de tener este trastorno en nuestro hijo!* Piense: *Estamos en el mundo occidental, tenemos ayuda y asistencia sanitaria gratuita; nos lo han diagnosticado de lo que parece que tiene (hay niños que van a ser desgraciados toda la vida por no haber sido descubiertos a tiempo); además los medicamentos no nos van a costar casi nada; no son peligrosos; son eficaces y este psiquiatra parece cuerdo.* Dentro de lo malo ¡qué más se puede pedir!

DIAGNOSTICO

Primeras definiciones y subtipos del Trastorno por déficit de atención (TDA).

Al actual trastorno por déficit de atención con hiperactividad tiene una historia larga y complicada hasta que se definió como en el momento actual.

Lo primero que tenemos que decir es que el TDA no es un invento del actual sistema de clasificación sino el producto de una serie de largas investigaciones. A los niños que padecían este trastorno antiguamente se le llamaba perezosos, inmaduros, etc.

En las primeras clasificaciones psiquiátricas se hizo hincapié al principio en los problemas de comportamiento, luego en la inatención, posteriormente se creyó que la hiperactividad era el síntoma principal. A partir de 1980 aparecieron estudios que mostraron que existía el TDA sin hiperactividad y que se podían definir tres subtipos: inatento, mixto e hiperactivo-impulsivo.

Los subtipos comentados tienen diferente frecuencia de presentación en un ambiente de consulta que en la población general (en este caso población general equivale a estudiar los niños de un colegio representativo de una determinada población).

En la consulta psiquiátrica el subtipo mixto tiene una frecuencia del 45% al 62% y sin embargo en la población general (el total de los niños de un país) el inatento es el subtipo más frecuente. Este dato explica porque a los médicos nos costó aceptar que la inatención era el problema fundamental y el porqué de tantos cambios en las clasificaciones.

Las frecuencias de los subtipos en población general son (quédese con las cifras más bajas):

- Predominio con déficit de atención 4,5-9%
- Combinado 1,9-4,8%
- Predominio de hiperactividad e impulsividad: 1,7-3,9%

Obviamente si usted está usando esta guía es que está en el ámbito clínico y su hijo tiene probablemente un TDA combinado.

Un trastorno cuantitativo en lo clínico pero no en lo genético.

El TDA es esencialmente un trastorno cuantitativo, es decir, el niño es en exceso: inatento, impulsivo e hiperactivo. Al decir que es patológico por exceso queremos decir que lo es más que los niños de su edad y cultura.

Ahora bien, ¿exceso es patología?. No. Para que algo excesivo sea además patológico ha de causar problemas de adaptación en la vida cotidiana. Es decir, es necesario que este exceso le produzca al niño problemas sociales (con los amigos),

laborales (en los estudios), familiares (con los padres) o de autocuidado (por ejemplo tienen más accidentes, crean mala fama con su conducta, etc). Concretamente los problemas de inatención se asocian a problemas académicos (si bien hasta un 30% de inatentos aprueban todas las asignaturas) y los síntomas de hiperactividad-impulsividad con problemas de comportamiento con los compañeros.

A nivel clínico podemos diferenciar los subtipos ya comentados (inatento, combinado e hiperactivo/impulsivo). A nivel genético lo único que se ha podido determinar es que existen tres clases latentes: leve, moderado y grave.

Estas clases latentes genéticas tienen una alta heredabilidad, pero no son la expresión de un continuo. Esto quiere decir que si un gemelo tiene el subtipo leve su hermano tendrá también el leve y no el grave o moderado.

Criterios operativos del DSM-IV

Una de las clasificaciones que usamos los psiquiatras es la DSM-IV (diagnóstico estadístico médico versión número 4). Se basa en criterios operativos, es decir, se especifican los síntomas y se hacen grupos con ellos. Algunos síntomas hay que tenerlos de forma obligatoria, otros son opcionales.

Así para tener un TDA hace falta cumplir los criterios A, B, C, D y E

Criterios.

Criterio A. Se ha de cumplir el subcriterio (1) o el (2).

Subcriterio (1). Se han de tener seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención de forma persistente por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

(a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores

por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.

(b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.

(c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.

(d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).

(e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.

(f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).

(g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).

(h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.

(i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

Subcriterio (2). Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad o impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Síntomas de hiperactividad:

(a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento

(b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.

(c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).

(d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

(e) a menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.

(f) a menudo habla en exceso.

Síntomas de Impulsividad

(g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.

(h) a menudo tiene dificultades para guardar turno.

(g) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos).

Criterio B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

Criterio C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

Criterio D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

Criterio E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Subtipos.

Reciben el diagnóstico de TDA con hiperactividad-impulsividad aquellos niños que cumplen los criterios previos, si bien dentro del criterio A predominan los síntomas de hiperactividad e impulsividad sobre los síntomas de inatención.

Se les llama TDA sin hiperactividad cuando predominan los síntomas de inatención sobre los de hiperactividad.

Lo más frecuente en consulta es tener tanto por igual hiperactividad-impulsividad como inatención (tipo combinado). Lo más frecuente en la población es tener solo inatención pura.

Leve, moderado o severo.

Se añade la expresión leve, moderado o severo (grave) según el niño sea menos o más inatento e impulsivo. Las formas moderadas y severas no son por tanto difíciles de detectar para el psiquiatra. Para las leves hace falta afinar no solo según discapacidades reales sino también sobre latentes.

¿Porqué se les llama niños hiperactivos a los TDA si no todos lo son?

A estos niños en medios de comunicación e incluso entre psiquiatras se les llama hiperactivos por varias razones.

Una de ellas es que la hiperactividad es lo que “salta más a la vista”, porque molesta en clase, en casa, etc.; por tanto, es lo más fácil de diagnosticar. En cambio, los TDA con predominio de inatención (distráidos, pero no inquietos) pasan muchas veces inadvertidos y no se diagnostican.

Como ya hemos comentado, durante el decenio 1980-1990 aparecieron las primeras investigaciones que demostraban que existía el subtipo de inatención pura.

Esto ha tardado un tiempo en difundirse y como por otro lado los psiquiatras solo veían en su consulta del subtipo combinado o del hiperactivo-impulsivo hasta hace bien poco a los TDA se les denominó por el síntoma que más se veía en la consulta: la hiperactividad.

Otro motivo que hizo recuperar el interés en la importancia de la inatención sobre la hiperactividad son los resultados de estudios de seguimiento. Estos trabajos muestran que la mayoría de los niños son hiperactivos de pequeños (4 años) y luego en algunos niños esta hiperactividad desaparece. Por tanto conforme se acercan a la adolescencia el grupo inicial a los 4 años queda dividido en dos: un grupo que sigue teniendo síntomas de hiperactividad (subtipo combinado o subtipo con predominio de hiperactividad-impulsividad) y otro que se queda con predominio de síntomas de inatención.

Síntomas de Hiperactividad.

En los niños pequeños un síntoma de "hiperactividad" que orienta al TDA es el excesivo correr y trepar. A los padres les decimos, medio en broma medio en serio, (porque hacen falta más síntomas) que se fije si a la hora del recreo su niño corre (habitualmente junto con otro niño igual de *movido*) por dentro del perímetro de la zona de juego dando vueltas sin parar, en un tipo de juego en definitiva con pocas reglas y que atrae a otros TDA. En los niños mayores esta hiperactividad se manifiesta como incapacidad para estarse quietos y por estar muy "activados".

Hay que diferenciar la "hiperactividad normal" donde el nivel de actividad es alto, pero la persona realiza tareas de modo organizado, regular y con metas claras; de la hiperactividad del TDA, que es muy irregular, mal organizada y sin metas específicas.

Síntomas de inatención y funciones ejecutivas superiores.

La maduración hacia la pubertad y la edad adulta se acompaña de la disminución de los síntomas de hiperactividad e impulsividad y en menor medida de los de inatención. Por tanto al llegar a adultos algunos TDA siguen presentando problemas de inatención. Por otro lado, los síntomas de inatención son más resistentes al tratamiento con fármacos.

La inatención suele ir asociada a fallos en otras áreas cognitivas como las llamadas funciones ejecutivas. Dichas funciones ejecutivas se conceptualizan usando modelos. Por ejemplo se puede decir que son un conjunto de facultades que gobiernan, organizan, activan, dirigen, destacan e integran el resto de acciones del cerebro (modelo de funcionamiento del director de orquesta) o que permiten responder a situaciones inesperadas seleccionando alguna táctica (modelo jefe bomberos) o que permiten coordinar y supervisar para adaptarse a necesidades cambiantes (modelo gerente).

Una de las funciones ejecutivas más estudiadas es la llamada memoria de trabajo que no sólo es un sistema de almacenamiento temporal, sino que es un sistema de procesamiento que ayuda a tratar con situaciones inmediatas tanto nuevas como rutinarias a la luz de información recordada, tanto reciente como lejana. Es una parte de la memoria a largo plazo. Tiene capacidad limitada y cada individuo tiene una capacidad diferente para su memoria de trabajo.

Pros y contras de la maduración.

Si bien la maduración hacia la adolescencia puede mejorar los síntomas del TDA, con la edad también aumentan los requerimientos académicos. Por tanto un niño que no presentaba problemas académicos a los 6 años puede empezar a tenerlos a los 12.

Rendimiento parcheado

Muchos niños pueden hacer ciertas tareas pero no otras. Es como si tuvieran habilidades especiales.

Por otro lado las funciones de inatención y ejecutivas asociadas pueden funcionar bien bajo ciertas condiciones: emergencia, alto interés inmediato o espontáneamente.

Estos datos muestran que las funciones que usan los niños están intactas, simplemente no responden o no son bien coordinadas por centros cerebrales superiores. En un lenguaje más psicológico diríamos que no responden al poder de la voluntad

Cultura.

Es importante la mención que hemos hecho de que el niño es más inatento, impulsivo e hiperactivo que los niños de su cultura. Los latinos somos más extrovertidos, lo que nos hace aparentar más actividad y viveza en los gestos que los de individuos de otros países. Por todo ello es más fácil que el TDA leve en nuestro país no sea diagnosticado y que las formas leves y moderadas tarden unos años más que en otros países.

Estas diferencias culturales son responsables también de que varíe la frecuencia con que se diagnostica el trastorno de país en país.

Historia y teorías evolucionistas.

La teoría de la evolución nos dice que aquellos rasgos que no sirven para adaptarse al ambiente son eliminados. El modelo que proponemos inspirado en esta máxima y por ello pensamos que la persistencia de los genes que dan lugar a este

trastorno a lo largo de la evolución de la humanidad, y su alta frecuencia (1 de cada 20 niños), implican que algo bueno tiene que haber en los rasgos genéticos asociados al TDA cuando la evolución no los ha eliminado. Esta forma de ver el trastorno engloba (no vamos a profundizar en cómo) al modelo actual entre los profesionales que ven esta patología como un mero fallo del desarrollo de causa genética (heredado) interaccionando con lo ambiental (educación, etc).

No estamos diciendo que el TDA sea bueno para el paciente, sino que algunos de los genes que producen TDA pueden o pudieron tener algo bueno para la humanidad y que incluso pueden ser buenos cuando se presentan en determinados ambientes y personas. Así, en algunos familiares de los TDA son personas de éxito, y sin embargo presentan muchos de los síntomas (más rebeldía, actividad, capacidad de atender a múltiples estímulos, etc).

Prevalencia (frecuencia).

Este trastorno es muy frecuente. Una cifra media sería 5%. Es decir, al menos uno de cada 20 niños lo presenta.

Lo que es preocupante es que no nos llega a consulta toda esta cantidad de niños. En nuestro país la tasa de detección es muy baja. Parece que el hiperactivo está en “otra clase”.

Baja detección en nuestro país.

Un problema en nuestro país respecto a otros es que hubo y aún hay un peor conocimiento respecto a lo que es el TDA en padres, profesores, psicólogos y psiquiatras con respecto a otros países.. Los fallos son de todo tipo. Hay quien cree que el trastorno no existe, que la causa sólo es de causa ambiental, se desconoce la

preponderancia de los problemas de la inatención sobre los de hiperactividad, su diagnóstico es una moda, etc. Por parte de padres encontramos tanto una gran desinformación como un exceso de buceo en internet, lo cual genera problemas de selección de material válido.

La mala imagen del psiquiatra.

En nuestro país decir psiquiatra trae imágenes de pacientes atados y encerrados de por vida, por no hablar del propio "psiquiatra loco".

Hacer terapia puede tener su glamour o ser simplemente aceptable siempre y cuando no lo hagas con un psiquiatra. Para mucha gente acudir a un psiquiatra es un signo de padecer un trastorno más grave ya que la psiquiatría es para "las cosas gordas de la cabeza" y el resto de profe. Por tanto antes que ir al psiquiatra se va a cualquier otro sitio.

A veces esta huida del psiquiatra forma parte del mecanismo de negación. Así, uno puede tener problemas, pero otra cosa es "estar de psiquiatra".

Esta situación, que va cambiando día a día, puede tener aspectos buenos a nivel de gestión de demanda asistencial o de ahorro en psiquiatras, pero tiene un efecto pernicioso y es que los pacientes que llegan, lo hacen tarde y muy deteriorados. En el caso del TDA tenemos habitualmente el problema del niño inteligente que a base de fracasar en sus intentos de estudiar le ha cogido asco a todo lo escolar. Aunque le demos medicación la mejoría esperable en sus rendimientos ya no se produce puesto que el niño sigue sin deseos de estudiar (obviamente la medicación no cambia la voluntad).

¿Quién los detecta primero?

Sin dejar de ser correcto decir que todos apreciamos de forma intuitiva la patología psicológica de otros, son a veces las personas que no pertenecen a la familia o amigos quienes la detectan mejor, sobre todo si son profesionales.

En el caso del TDA el trastorno se hace notar más en determinados ambientes. Es principalmente por estos factores que la mayoría de las veces el diagnóstico de TDA se realiza tras la llamada de atención de los profesores sobre el niño.

Los padres muchas veces no se dan cuenta porque se han ido acostumbrando a la conducta del niño. Les parece que es algo más activo e inatento pero que no precisa ayuda de psiquiatras.

Como hemos comentado, el TDA se nota más en determinados ambientes. En el colegio el autocontrol necesario para comportarse adecuadamente en clase es mayor, el profesor tiene más experiencia y es más fácil comparar quien se sale de la norma. Así, muchas veces la primera señal de que se tiene un niño con trastorno por déficit de atención (TDA) es una carta del colegio avisando de que el niño "no presta atención" o "se porta mal en la clase".

2. ENTENDIENDO EL TRASTORNO.

Todos los humanos adultos tenemos un tiempo en el que podemos mantener la atención. Desde luego no la podemos mantener a tope las 16 horas que solemos estar despiertos. A lo largo del día, la atención sube y baja, según nos cansamos o no.

Tampoco se mantiene constante mientras realizamos una tarea concreta. Lo habitual es que poco a poco vayamos perdiendo la capacidad de mantener la atención (decimos que la tarea nos aburre o agota).

Una vez que nos hemos distraído intentar concentrarse de nuevo en la misma tarea genera un menor tiempo de atención sostenida que la primera vez. La primera vez

que nos ponemos con una tarea aguantamos por ejemplo 30 minutos, la segunda vez ya solo 20. Sólo hay una manera de aumentar el tiempo de concentración, y no siempre funciona: es tener una intensa motivación ya por que hay un premio nuevo e inesperado o ya porque se intenta evitación un castigo.

¿Cuánto tiempo podemos mantener la concentración los adultos en un tema intelectual que interese de forma media? Pues unos 40 minutos. Eso es lo que duran los reportajes educativos, las clases del colegio, las conferencias, etc, Obviamente en situaciones en los que el esfuerzo intelectual baja, aumenta la actividad física asociada y la presentación es audiovisual, se puede mantener la concentración más tiempo (películas, teatro, etc). Por el contrario las actividades que podemos calificar como poco atractivas o directamente como "tostones": discursos en general (y los políticos en particular), música que no es de nuestro gusto, etc, no consiguen mantener la atención ni un minuto.

De todas maneras necesitamos ponernos en la piel de un paciente con TDA para entenderlo y ver soluciones. Imaginemos que vemos un programa de televisión en un idioma similar al castellano como el valenciano en nuestras vacaciones. Sorprendentemente al principio lo entendemos muy bien. Sin embargo conforme pasan los minutos, sin darnos cuenta, zas, ya no pillamos "ni papa". Hemos desconectado sin darnos cuenta, ha bajado nuestro nivel de concentración y nos hemos distraído. En realidad no nos dábamos cuenta pero nos estaba costando más esfuerzo del que nos parecía. Nos esforzamos de nuevo y recuperamos la atención pero al cabo de unos minutos se repite la pérdida de atención. Esto es lo que le pasa al inatento, se concentra con toda su buena voluntad y cuando se quiere dar cuenta está en otra cosa.

Una solución que podremos aplicar para la terapia y que surge del ejemplo que hemos puesto es que hay que programar los descansos si queremos evitar una fatiga

innecesaria. De esta manera evitaremos que el niño rehuya, "les coja manía", a tareas de alta concentración. En realidad la educación está repleta de técnicas para mejorar la atención y rendimiento: hacer actividad física o verbal asociada a la actividad intelectual, asociarla a estímulos visuales atractivos, repeticiones cortas, etc.

3. RELACIÓN CON EL FRACASO ESCOLAR, COEFICIENTE INTELECTUAL y CON LOS SUPERDOTADOS

Lo dicho hasta ahora no tiene nada que ver con los deseos de los niños de ser buenos estudiantes o agradar a sus padres. Aunque el niño con TDA quiera o haya querido ser un buen estudiante, su impulsividad, su incapacidad para concentrarse o para prestar atención se lo suele impedir. Es decir, el futuro sin tratamiento es habitualmente el fracaso escolar. ¿Podemos poner porcentajes? Si, un 30% de niños con TDA aprueban todas las asignaturas año tras año, por tanto un 70% no lo hará.

Algunos niños no han fracasado todavía cuando los vemos y un porcentaje pequeño (30%) no llegan a fracasar. ¿A qué se debe esto?. La causa es que se puede tener un TDA con un cociente intelectual alto, medio o bajo. Cuanto más alto, más protege del fracaso escolar y más tarde se viene a consulta. Algunos, sin darse cuenta, superan el problema con estimulantes caseros tipo cafeína (café con leche, refrescos de cola) y no llegan a acudir nunca al psiquiatra.

Los niños con TDA y cociente intelectual alto son descritos como de notas altas pero con mala conducta, lo que desconcierta a los profesores al principio, quienes tras expulsarles o amonestarles, se ven sorprendidos por la buenas notas. Ponerles en primera fila, darles más estímulos, premios por buen comportamiento y mantener la disciplina a veces arregla el problema temporalmente.

Algunos niños derivados a consulta de TDA acuden con solicitud añadida de descartar que sea un superdotado por que se ha encontrado un coeficiente intelectual (en adelante CI) alto. Advertimos al lector de que para ser superdotado no sólo hay que tener CI alto. Hay otros requisitos, a destacar tener determinadas capacidades especiales y creatividad en una o varias áreas. Determinar todo esto es difícil. Para nosotros, orientados a ayudar al TDA, el problema es que puedan ser ambas cosas y que no está de más una prueba de medicación antes de plantearse un cambio de vida y educación.

Pensemos por ejemplo en la posibilidad de que un niño tenga un cociente intelectual alto y simultáneamente un TDA. Resulta difícil diferenciar si un niño abandona los juguetes uno tras otro porque los domina intelectualmente, o porque es un inatento que pasa de un estímulo a otro sin parar o por ambas cosas a la vez. A veces los TDA tienen áreas de excelente funcionamiento, lo cual nos recuerda a las áreas de especial creatividad de la superdotación.

Siendo prácticos hemos de reconocer que un CI alto o un superdotado puede no desarrollarse en toda su potencialidad académica si presenta simultáneamente un TDA, ya que “se aburre” en las clases y desconecta (y esa desconexión le impide saber que ya se está en otro tema que ya no es el que domina...). Por otro lado no sólo existe lo académico. Un niño con CI alto y TDA puede tener problemas en lo social con sus compañeros o aprobar todo pero a costa de muchas horas de estudio, ansiedad intensa asociada a exámenes, etc.

Soluciones.

Resumiendo lo expuesto, los niños con TDA y coeficiente intelectual alto (al igual que los TDA leves) aunque vayan superando los niveles académicos requieren de evaluación completa de posibles discapacidades. Si no se detecta ninguna y se está seguro de tener un TDA que por motivos ambientales se adapta temporalmente bien,

hay que hacer dos cosas. Primero hay que revisarle, para ver como se desarrolla en el tiempo. Segundo, hay que plantearse la posibilidad de un ensayo de tratamiento corto para ver discapacidades latentes. Por ejemplo determinar el grado en que sus capacidades intelectuales estaban frenadas por el TDA, el tiempo libre que ganaría sin el TDA, de cuanto sobre esfuerzo intelectual y emocional actualmente aceptado como normal se podría liberar, etc.

¿Porqué planteamos un ensayo de tratamiento que casi está en lo preventivo?, ¿porqué si están bien no dejarlos en paz? Por las declaraciones de quienes han pasado por ello. Muchos TDA leves que han sido niños o adultos de matrículas, nos dicen que su infancia fue estudio, estudio, estudio, ansiedad intensa ante exámenes, poco tiempo libre, pocos amigos. Dicen que cuando eran niños les parecía normal y les hacía feliz ya que también se lo hacía a sus padres. Sin embargo, ahora se han dado cuenta de que todo ello fue con esfuerzo excesivo y no lo repetirían. He de decir que estos TDA suelen tener rasgos de ansiedad asociados (lo que les permitió ser tan persistentes). Esta ansiedad asociada les generó mucho sufrimiento sobre todo los días antes de exámenes: diarrea, eczema, dermatitis de piel (en nuestra muestra muchos la tienen desde el nacimiento) y de cabeza (caspa para entendernos), etc . Son niños que usan la repetición y la memoria para superar los rendimientos académicos. Son niños también que a partir de cierta edad necesitaron estudiar menos o estudiando lo mismo sacaron mucho mejores notas (la maduración que puede mejorar al TDA).

4. LA AYUDA DEL PSIQUIATRA INFANTIL

Es necesario que un psiquiatra infantil diagnostique el TDA para obtener la confirmación de la sospecha del trastorno. Ya hemos dicho que existen problemas de diagnóstico en las formas leves y es necesario que se trate sin mucha dilación si se

confirma este diagnóstico aunque sea en grado de sospecha sin esperar “a ver si se le pasa”, ya que el tratamiento no genera efectos secundarios importantes y se puede suspender sin problemas.

5. EPIDEMIOLOGÍA Y TRASTORNOS ASOCIADOS.

El TDA es diez veces más frecuente en niños que en niñas.

Sin diferenciar sexos la frecuencia del trastorno es de alrededor del 5%, es decir un niño de cada 20. En definitiva uno o dos por aula. Algunos colegios seleccionan a los niños por medio de test, entrevistas, etc, por eso nos encontramos diferentes porcentajes de TDA según el colegio que estudiemos.

Ser excesivamente inatento, hiperactivo, e impulsivo se considera normal hasta los 3 años, por lo que no se puede diagnosticar el trastorno hasta cumplida esta edad.

Si un niño tiene un TDA uno o ambos padres con mucha probabilidad han tenido un TDA en la infancia o tienen un Trastorno por Déficit de Atención del Adulto.

El niño con TDA suele presentar otros trastornos asociados (a perro flaco todo son pulgas), concretamente: un 50% de los TDA tienen un trastorno de conducta (sobre todo el trastorno negativista desafiante) y prácticamente todos tienen problemas de conducta aunque no lleguen al diagnóstico de trastorno negativista. Además un 15% tiene un problema del aprendizaje (torpeza motora, de lectura, cálculo, escritura o lenguaje) y un 25% tienen un trastorno de ansiedad.

Para mejorar estas malas noticias sólo podemos decir que los pacientes con trastorno de ansiedad asociados son los que mejor van con la terapia ya que son más obedientes y persistentes.

Tr negativista desafiante.

De entre todos los trastornos asociados al TDA merece la pena dedicarle más líneas al trastorno negativista desafiante (también llamado opositorista) por su alta frecuencia de asociación y sus temibles consecuencias para la terapia.

El trastorno negativista desafiante (TND) se diagnostica por la presencia de al menos 4 de los siguientes síntomas durante al menos 5 meses: rabietas, discutir con adultos sus órdenes o sugerencias, desafiar activamente cumplir órdenes y reglas, molestar deliberadamente a otros, culpar a otros de la propia conducta, enfadarse fácilmente, estar siempre irritable, ser resentido, usar palabras hirientes (por ejemplo tacos) para hacer daño psicológico y por último buscar vengarse. Todo esto ha de producir discapacidad social, escolar o familiar. El TND genera unos problemas de comportamiento que es más difícil de tratar que el TDA.

En la clasificación psiquiátrica el término trastorno de conducta en la infancia incluye tanto al trastorno disocial como al negativista desafiante. El trastorno negativista desafiante se diferencia del trastorno disocial en que en éste además de los síntomas del trastorno negativista desafiante se va contra las normas o leyes de manera que se cometen actos delictivos como robar, pegar a otras personas, destrozar la propia ajena, etc. Un trastorno disocial que aparezca antes de los 10 años tiene aun peor pronóstico.

Hemos comentado que en el trastorno negativista desafiante el niño se niega activamente a obedecer órdenes. En el TDA con trastorno negativista desafiante asociado existe por tanto una resistencia activa a obedecer órdenes y normas derivada del trastorno de conducta asociado y una resistencia pasiva derivada tanto del trastorno de conducta como de la propia inatención que padece.

La resistencia a hacer tareas es *pasiva*, cuando el niño en vez de enfrentarse y negarse a hacer algo, lo hace mal y/o lento o bien hace como que no oye las órdenes. La resistencia es activa cuando el niño se niega de forma *explícita* y abierta a hacer algo.

Las motivaciones para hacer las cosas mal *activamente* por parte de los niños con trastorno de conducta son muy variadas a nivel día a día, pero la causa de fondo es que estos niños desarrollan a partir sobre todo de su genes y el ambiente una conducta impulsiva, intolerante y sobre todo dominante y rebelde.

Los padres nos dicen que han sido niños de trato difícil desde la cuna. Por otro lado estos niños crean con sus malas conductas un ambiente familiar especial.

En el pasado se culpabilizó a los padres por este ambiente como si los hubieran creado ellos por su forma de ser, pero la verdad es que la mayor parte de la contribución la aporta el propio niño. Por ejemplo la tendencia al dominio hace que eche pulsos por todo. Si el niño gana muchos de los pulsos repetirá constantemente esta estrategia. Por eso pediremos en la parte de terapia unión entre todos los cuidadores. Por otro lado la actitud de rebeldía agota la capacidad de aguante y discriminación de los padres que pueden acabar riñendo por todo. Esto potencia el trastorno, ya que las pocas veces que el niño intenta hacer algo bien pero la cosa le sale mal (por ejemplo lleva un vaso de leche a su hermana pero tropieza) también es reñido, por lo que deja de intentarlo.

En resumen, el niño tiene una tendencia genética a comportamiento difícil y además crea un ambiente familiar negativo que puede potenciar su conducta e incluso hacer que hermanos con buena conducta acaben teniéndola mala. Así, un hermano sano menor puede empezar a portarse mal porque ve que es la única manera de que le hagan caso o porque aunque se porta bien le caen broncas de rebote por culpa de su hermano.

A este respecto más que reñir o decirle al niño cómo se deben hacer las cosas, lo cual genera un enfrentamiento, conviene preguntarle cómo cree que deben hacerse. El niño no puede tomarlo como riña directa y si no da la respuesta correcta siempre se puede seguir preguntando y poniendo ejemplos del pasado hasta que dé la respuesta

correcta. Entonces se le pide que lo haga como el mismo ha dicho. Veremos más soluciones en la zona de terapia.

La resistencia a hacer lo que se le pide, obliga a los padres a estar siempre pendientes de ellos para que ejecuten una tarea, presionándolos, metiéndolos prisa y riñéndolos. Esto es un arma de doble filo. Si no se está encima no se hacen las cosas y si se está todo el rato da la sensación de que no van a aprender nunca a hacer las cosas solos. El equilibrio es difícil.

Hay que valorar siempre hasta qué punto el niño se está portando mal para buscar nuestra atención de cuando se porta mal por su TDA o su trastorno de conducta. Un niño se porta mal para llamar la atención sobre todo por celos (para que su madre esté con él y no con su hermano) o porque se ha dado cuenta de que la manera de tener alguien cerca es portarse mal (prefiere estar con alguien aunque le eche la bronca antes que estar solo)..

Trastornos de ansiedad.

Respecto a los trastornos de ansiedad se pueden incluir varios. El más frecuente es la ansiedad de separación, que se manifiesta como dificultad para separarse de los miembros de la familia (sobre todo el cuidador principal, habitualmente la madre). Como consecuencia de este excesivo apego se resisten a dormir solos, no quieren quedarse en casas ajenas a dormir, etc.

Un trastorno frecuente en adolescentes es la crisis de ansiedad (quejas de falta de aire, mareos y palpitaciones de aparición inesperada y sin causa inmediata).

Muchos trastornos de ansiedad se manifiestan como quejas somáticas inexplicables: dolores, vómitos, etc que sobre todo al inicio del trastorno aparecían por

la mañana y en época escolar. Si tardan mucho en venir a consulta puede que se presenten a todas horas.

Trastornos del aprendizaje.

Respecto a los trastornos del aprendizaje hemos de decir que muchas veces es lo primero en detectarse, ya que este diagnóstico se hace más en el ámbito escolar.

Muchos TDA que acuden a consulta antes han estado en tratamiento logopédico o de la dislexia o con profesor particular o de apoyo.

A veces los esfuerzos de estos terapeutas chocan contra la incapacidad de atender del niño. El niño sólo puede aprovechar la terapia que le dan estos profesionales si toma la medicación.

Los profesionales del tratamiento de los trastornos del aprendizaje más expertos no rechazan la medicación ya que es un complemento que obviamente no sustituye su terapia. No hacerlo a tiempo puede generar frustración en el niño y en el profesional.

Resumen y soluciones.

Por lo tanto, es muy importante recordar que el tratamiento del TDA es el del propio TDA y el de todos estos trastornos comórbidos (los que presenta simultáneamente).

Nosotros de forma sistemática siempre tratamos todos los problemas de conducta asociados, derivamos a profesionales de los trastornos del aprendizaje y dejamos para una segunda consulta el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

6. CONSECUENCIAS O EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO

Sin el tratamiento adecuado, el niño se atrasa en sus estudios y pierde sus amistades como resultado de su falta de cooperación en los juegos y en otras actividades sociales. Su amor propio, su autoestima, sufrirá porque sufre más fracasos que éxitos.

En un momento determinado sus esfuerzos por estudiar sin conseguir resultados le llevarán a rechazar estudiar y no intentarlo siquiera.

El no detectar el problema le va a suponer críticas y reprimendas de educadores, conocidos y familiares.

Por tanto el tratamiento adecuado puede suponer un cambio en la trayectoria vital y cuando este cambio se produce no hay nada más reconfortante para padres y terapeutas.

7. TRATAMIENTO

7.1. FASES DEL TRATAMIENTO.

El trastorno, como ya hemos dicho, suele tener asociado un problema de conducta, habitualmente el trastorno negativista desafiante (TND).

Así por un lado el niño NO PUEDE hacer cosas que quiere hacer (porque su TDA se lo impide). Por tanto, empieza pero no acaba tareas o diversiones, o bien salpica la realización de éstas de continuas interrupciones.

Además, si tiene un trastorno de conducta asociado, éste le lleva a NO QUERER hacer muchas de las tareas que puede y debería saber hacer por su edad, como vestirse sólo, comer o portarse bien en determinadas situaciones, hacer sus tareas para poder disfrutar de sus diversiones etc.

En resumen, el tratamiento requiere conseguir que el niño PUEDA (Trastorno por déficit de atención) y QUIERA (problema de conducta) hacer las cosas. Para lo

primero tenemos que dar un fármaco, para lo segundo hay que realizar terapia de conducta.

Si reflexionamos sobre lo que hemos dicho hasta ahora, sólo sabremos qué cosas no *quiere* hacer una persona (oposicionismo), una vez que hayamos eliminado la patología que genera el que no *pueda* hacer ciertas cosas (inatención). Si no, siempre nos quedará la duda de si no quiere o no puede. Por tanto primero hemos de empezar con el fármaco.

En definitiva el tratamiento consta de dos fases. Una primera con medicación, que es el tratamiento correcto del trastorno por déficit de atención, para que PUEDA hacer las cosas que quiere y le apetece hacer, y otra de terapia conductual para que QUIERA hacer las cosas que habitualmente no querría hacer.

Así, en la primera consulta se da la medicación y en las siguientes se valora la dosis y se enseña a los padres a manejarla. Cuando se ve que la medicación ya empieza a hacer efecto, se inicia la terapia conductual. A veces se dan ya en la primera sesión las instrucciones para empezar la terapia cuando urge resolver los problemas de conducta.

¿Se puede hacer el tratamiento sin medicación?

Si hablamos de mejorar determinados aspectos cognitivos del TDA no. Si hablamos de mejorar los trastornos de conducta asociados en teoría sí pero en la práctica no. Lo explicamos.

Un psiquiatra famoso en el TDA (Dr Siever), explica en sus charlas que un año hizo un experimento de tratamiento del TDA sin fármacos. Los niños fueron llevados a un campamento de verano y aislados de sus padres. Allí no sólo había profesores expertos en el tratamiento de estos niños, también psicólogos y psiquiatras. Se usó una técnica esencialmente conductual. Se iban dando puntos individuales según hacían

cosas bien. Además se hacían grupos de 3 niños y todos recibían puntos cuando uno de ellos se portaba bien, por lo que entre ellos se vigilaban y potenciaban para portarse bien. Los terapeutas se movían por entre los pupitres mientras los profesores explicaban. Al final del campamento mejoraron mucho. Se explicó a los padres lo que se había hecho para ver si luego podían repetirlo. A las pocas semanas de volver a casa y colegio normal todo volvió a ser como antes en la mayoría de casos.

Obviamente en la vida normal no es posible poner tal número de psicólogos, psiquiatras y profesores en las aulas como se pusieron en este campamento de verano. Los padres, abuelos y resto de cuidadores no fueron capaces tampoco de aplicar la misma terapia. Está claro que no podemos aspirar a que los padres y el resto de cuidadores se conviertan en excelentes psicólogos/psiquiatras con un par de lecciones. Además no es lo mismo tratar a tu hijo que al del vecino. El campamento tenía algo de internado militar y hubiera sido bueno ver como acababa la cosa pasados no un mes sino varios. Algunos niños con trastorno de conducta no mejoran con terapia sino que empeoran cuando se vive dicha terapia como una imposición. Algunos trastornos de conducta sólo mejoran con el mismo fármaco que se usa para el TDA asociado. Quizas la objeción más importante sea que con este tratamiento el rendimiento académico no mejoró en absoluto.

En definitiva el uso de fármacos es necesario para mejorar el rendimiento académico, para mejorar algunos trastornos de conducta y para hacer más fácil la aplicación de terapia conductual en el resto. El experimento que ya hemos comentado nos enseña en todo caso que los padres han de ser formados lo más posible como terapeutas y no sólo tener unas nociones del trastorno. Dicha formación es el objetivo de esta guía.

7.2. FARMACOS.

El objetivo de los fármacos es que el niño PUEDA concentrarse, cese la hiperactividad e impulsividad y mejoren los problemas de conducta asociados.

Los fármacos más usados aumentan la actividad del neurotransmisor dopamina, esencialmente en el lóbulo frontal. La cantidad de dopamina en nuestro lóbulo frontal varía con nuestra constitución genética. Esta explicación es muy general y para que fuera más científica necesitaría de muchas hojas de especificaciones y puntualizaciones. Tomémosla así como la explicación más convincente y válida, pero sepamos que como todo en la ciencia no es la única y puede cambiar conforme se hagan nuevos descubrimientos.

7.21. Tipos de fármacos.

Respecto a la medicación, lo que hay que saber es que el más eficaz y con menos efectos secundarios sigue siendo metilfenidato, por lo que el tratamiento se inicia con el. Otros fármacos de segunda línea son: imipramina, dextro-anfetamina, pemolina, risperidona, bupropion, clonidina, etc.,

Cuando no se puede dar metilfenidato o no funciona se elige de entre los fármacos de segunda línea aquel se ajuste mejor a determinadas características del paciente. Por ejemplo si el niño ya es adolescente y tiene riesgo de abuso de estimulantes se le da pemolina; si tiene tics y/o depresión quizás la imipramina; si tiene Tourette asociado (un tipo especial de trastorno por tics), o tiene trastorno negativista desafiante grave o excesiva hiperactividad puede ser una alternativa la clonidina; si hay un trastorno disocial asociado o un trastorno tipo autista asociado quizás sea mejor risperidona.

Además de estos fármacos van apareciendo nuevos productos como Atomoxetina. Por otro lado algunos fármacos que se usan para otras indicaciones se intentan usar en el TDA (reboxetina, etc).

En definitiva, raramente nos veremos obligados a dar de primera opción un fármaco diferente de metilfenidato. Antes de cambiar de metilfenidato a otro fármaco también hay que valorar si se ha aplicado una terapia adecuada.

7.2.2. Contraindicaciones de metilfenidato.

Respecto a cuando no se puede dar metilfenidato las contraindicaciones absolutas son: esquizofrenia, arritmias cardiacas, angina de pecho, glaucoma e hipersensibilidad (alergia a metilfenidato). Como se ve casi todas estas patologías son de adultos salvo la rarísima hipersensibilidad al metilfenidato (lo ponemos porque está en los libros). En definitiva prácticamente nunca nos veremos forzados a dar otro fármaco diferente de metilfenidato por sus contraindicaciones.

Hay otras situaciones que se pueden presentar junto al TDAH en las que se puede revalorar la indicación de metilfenidato. Son la hipertensión, depresión, Tourette, enfermedad del espectro autista, retraso mental muy profundo, abuso de drogas. Sólo el Tourette, autismo y retraso mental muy profundo y en menor medida depresión, se pueden presentar en niños. En estas situaciones cada médico evalúa lo que conviene hacer de forma individual ya que no existen criterios claros y en muchos casos el beneficio que se puede esperar compensa el posible riesgo de darlo.

Por ejemplo, nosotros sí que damos metilfenidato en el Tourette, ya que nuestras investigaciones, publicadas en revistas especializadas y apoyadas por otras publicaciones previas, sugieren que en el Tourette los tics pueden tanto mejorar como

empeorar. En todo caso si los tics empeoran con metilfenidato su suspensión deja al niño en la situación previa a su administración.

En el caso de la depresión ésta mejora con metilfenidato por lo que el único peligro es que la enmascare.

7.2.3. Comercializaciones del metilfenidato.

Actualmente existen dos fármacos en nuestro país que contienen metilfenidato.

El primero de ellos es Rubifen® que era el único metilfenidato que existía hasta el 2004. Rubifén® lleva muchos años usándose por lo que con el existe una larguísima experiencia.

El segundo fármaco con metilfenidato apareció en abril del 2004 es Concerta®. Concerta® es un comprimido que libera metilfenidato de forma lenta (se llama técnicamente comprimido de liberación prolongada tecnología OROS). Para entendernos el concerta® es como si a un comprimido de rubifén® le recubrimos con una cápsula y le hacemos un agujero en un extremo para que por dicho agujero se libere lentamente el metilfenidato del interior.

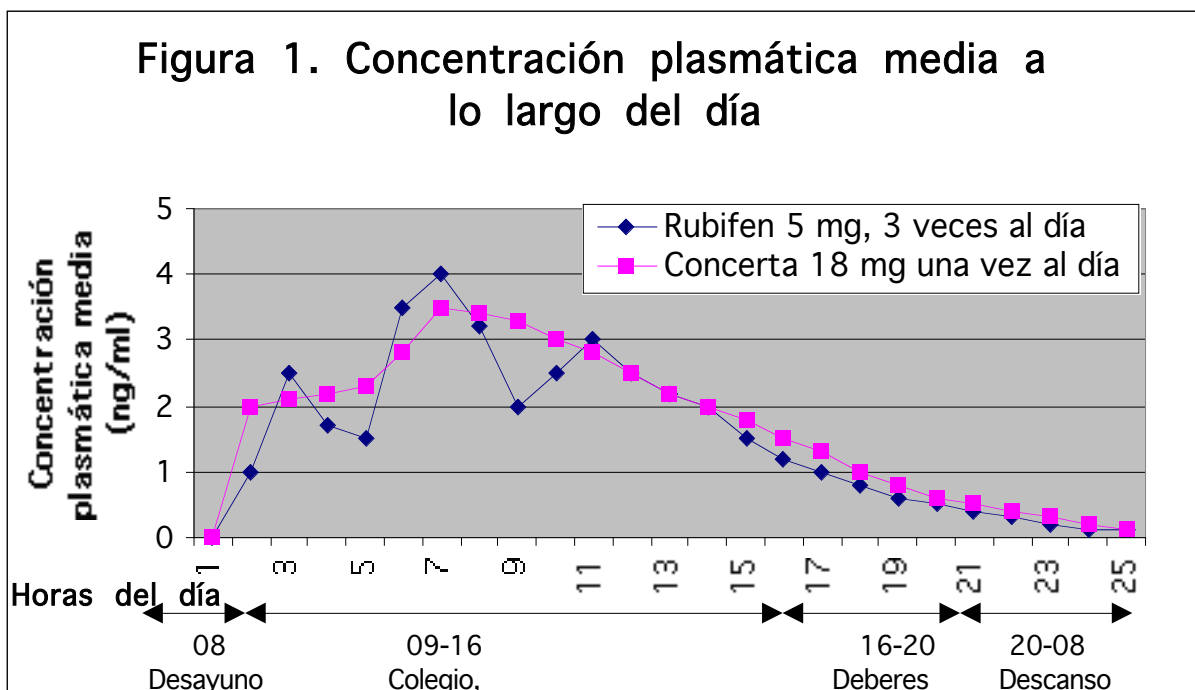
Los estudios realizados con Concerta® prometen menos efectos secundarios manteniendo la misma eficacia que Rubifén®, pero esto es algo que hay que mirar con mucha cautela ya que hemos de recordar que ambos contienen el mismo producto: metilfenidato,. El elevado precio de Concerta® por incompleta financiación en algunas Comunidades Autónomas es un problema para su receta. Es posible la combinación de ambos por ser el mismo fármaco, y la combinación es lo habitual en consultas como la nuestra. Rubifén® se presenta en 5, 10 y 20 mg, lo cual nos permite ajustar la dosis para cada toma mejor y tener así una idea de la dosis necesaria para cada paciente. Esto con concerta® es más difícil de hacer ya que hay que dar múltiplos de 18 mg por sólo

haber presentaciones de 18 y 36 mg. Rubifén® se puede machacar y tiene tamaño pequeño. Concerta® no se puede machacar y es de un tamaño mayor que rubifén ®.

En resumen, fuera de las posibles diferencias en efectos secundarios (que sólo futuros estudios demostrarán de forma fiable), la diferencia esencial es la duración del efecto de cada producto, Rubifén ® dura 4-5 horas y Concerta ® 12 horas (ver la figura 1). Esto tiene en cada caso sus ventajas e inconvenientes.

Los inconvenientes de las dosis de corta duración es que hay más posibilidades de olvidarse la toma, a veces hay que conseguir la colaboración de alguien en el colegio y esto puede generar estigmatización.

La ventaja de las tomas cortas es que dan más flexibilidad ya que permite tener efectos sólo cuando se necesitan y en la intensidad deseada, por tanto no se da nunca dosis de más. Este ajuste es desde luego conveniente en todos los casos, y en muchos



casos es necesario por lo que muchos niños han de mantener en menor o mayor grado el rubifén ®. Las ventajas y desventajas de Concerta ® son justo las contrarias de las que hemos dicho para Rubifén ®.

Teniendo en cuenta todo lo dicho nosotros en general seguimos iniciando el tratamiento con rubifén ®. Ajustamos dosis a lo largo de un mes o más y vemos a qué hora hace falta más o menos. Esto es importante en fines de semana, donde suele hacer falta sólo una dosis previa a la hora de estudio. Posteriormente si vemos necesario una dosis prolongada o no va bien con rubifén ®, añadimos concerta ® y mantenemos la vigilancia de en qué momentos el paciente necesita dosis extra, para añadir en tal caso rubifén ®. Para hacer una conversión de Rubifen ® a Concerta ® o viciversa se puede usar la tabla 1.

A pesar de todo lo que puedan decir los estudios, la realidad es que los pacientes van bien con uno otro fármaco sin que aparentemente podamos predecirlo. En general en nuestra consulta, acertamos más con rubifén ® ya sea sólo o combinado con concerta®, porque así cubrimos mejor todos los grados de severidad, cosa más difícil de lograr con concerta ® en exclusividad. Por ejemplo muchos pacientes con concerta ® pierden efecto antes de lo esperado o no es lo suficientemente fuerte a última hora del día. Para intentar paliar este problema, subir la dosis de concerta ® por la mañana parece menos adecuado que dar rubifén ® por la tarde.

| TABLA 1 Tabla de conversión entre Rubifén ® y Concerta ® | |
|--|--------------------------------|
| Dosis de Rubifén® | Dosis recomendada de Concerta® |
| 5 mg 3 veces al día | 18 mg 1 vez al día |
| 10 mg 3 veces al día | 36 mg 1 vez al día |
| 15 mg 3 veces al día | 54 mg 1 vez al día |

7.2.4. TOMAS O NÚMERO DE VECES AL DÍA QUE HAY QUE DAR LA MEDICACIÓN.

El efecto de cada pastilla de Rubifén ® dura 4-5 horas. Es decir, si damos *una* pastilla a las 9:00, el efecto dura hasta las 13:00. Si damos *dos* pastillas a las 9:00, el efecto *también* dura hasta las 13:00, sólo que el efecto durante esas 5 horas será mayor (hemos puesto que el efecto será mayor ya que tampoco se puede asegurar que dos pastillas tengan doble efecto que una).

La pastilla empieza a tener efectos a los 20 minutos. Este dato es importante de cara a descubrir niños que simulan efectos secundarios de las pastillas, porque en realidad no las quieren tomar o temen hacerlo (consciente o inconscientemente). En tal caso suelen quejarse de dolores de cabeza, náuseas y sueño de forma *instantánea*.

Por tanto tenemos que dar pastillas cada 4-5 horas todo el tiempo que queramos que haga efecto, que suele ser desde que se levanta hasta que tenga que hacer su última labor intelectual. En caso de niños con muchos problemas de conducta hay que dar medicación a las 16:00-17:00 horas para conseguir que tenga efectos de la medicación hasta cerca de las 21:00.

Con Concerta® sólo es necesario en teoría una sola toma diaria a las 08:00 pero en algún caso hay que completar con rubifén ® a las 16:00-17:00.

Su médico en todo caso se lo dará por escrito. Nosotros vamos a poner dos ejemplos extremos de toma de medicación.

Niños con problemas leves de conducta y TDA.

Pongámonos en el caso de niños con problemas de conducta menores, quejas de profesores de inatención en clase y problemas de rendimiento académico en el colegio.

Se da medicación al menos 20 minutos antes de entrar en clase. En general, tras el desayuno que suele ser a las 8:00. Si hay clase por la tarde hay que dar otra toma entre 13 y 15:00.

Decimos entre las 13 :00 y 15:00 porque ajustamos la toma a justo después de comer, ya que hemos comentado que su conducta no es excesivamente mala y puede estar 2 horas sin efecto de pastillas en el rato que precede a la comida. Así, si descansan a las 13:00 para comer y acaban el descanso a las 14:00 pues a las 13:40 se da la siguiente toma. Si en realidad no empiezan de nuevo hasta las 15:00 pues se da a las 14:40. En el caso de que vayan a casa a comer y tengan clase por la tarde, pues se da tras la comida en casa. En definitiva: 20 minutos antes de las tareas intelectuales.

Al final, como estas tomas requieren de la colaboración de otras personas: profesores, abuelos, etc, tampoco se puede afinar tanto, ni exigir estricto cumplimiento, pero conviene saber cómo se hace en plan rígido para poder hacer luego ajustes menores.

Si hay problemas de atención en las comidas habrá que dar la medicación antes de ellas y cruzar dedos para que no quite apetito.

Por la tarde, estos niños puede que requieran un extra de medicación para hacer deberes. En tal caso la recomendación es que la última toma sea 5 horas antes de echarse a dormir. Para la mayoría de familias esto se traduce en que la hora que más tarde se puede dar la medicación son las 17:00.

Estos niños no requieren de medicación el fin de semana ni vacaciones, por lo menos en el largo plazo. Sin embargo, en los 3-5 primeros meses de tratamiento puede merecer la pena tomar la mitad de dosis en fin de semana para evitar el efecto “Jeckyll y Hyde”, es decir que el niño se vea de una manera unos días y de otra el fin de semana.

Dando la medicación de forma continua buscamos estabilizar el cambio de personalidad. Así, el niño se verá así mismo de otra manera durante una temporada larga, para que precisamente en el futuro se sienta incómodo siendo hiperactivo. Intentamos conseguir que su mejoría de conducta se estabilice más rápido.

Algún niño se puede sentir incómodo al principio del tratamiento. "Es más divertido ser hiperactivo" nos puede decir, o simplemente "me veo raro" o quizás lo notemos muy parado (no tiene costumbre de estar concentrado y necesita que le guiemos en hacer cosas, hasta ahora sólo mariposeaba). Sin embargo, lo normal es lo contrario, que nos digan que no notan nada, lo cual se usa a veces paradójicamente como argumento en niños mayores para dejar la medicación.

Algunos de estos niños no necesitan medicación más allá de la comida por lo que Concerta ® tendría un efecto que superaría el tiempo de administración que se conseguiría con Rubifén ®. Esto para los padres que no quieren dar excesiva medicación puede ser un factor importante para inclinarse por Rubifén ®. En todo caso esta situación hay que valorarla con su médico ya que hay que ver si realmente el comportamiento en su casa además de ser tolerable para los padres es conveniente que se tolere.

Niños con problemas moderados o severos de conducta y TDA.

El caso contrario al ya comentado es el de niños que tienen un problema serio de conducta, de manera que no sólo tienen malos rendimientos académicos (hay alguna excepción como en todo), sino que casi es peor el problema de desafío constante a la autoridad, broncas, peleas, agresiones en casa y también en la escuela.

Estos niños requieren más medicación y más tomas por día, de manera que la han de tomar obligadamente a las 8:00, a las 13:00 y a las 17:00. Lo que quiere decir que tienen medicación haciendo efecto de 8:00 a 22:00 horas.

Estos niños suelen tener que tomar medicación el fin de semana y vacaciones. En general toman en estos periodos dosis menores (la mitad aproximadamente). En menos ocasiones toman las mismas dosis que las de entre semana.

De lo que acabamos de decir se deduce una cosa que sólo explicada parece de perogrullo. La dosis para el rendimiento académico suele ser mayor que la que se da para control del comportamiento social. Es decir, comportarse de forma medianamente adecuada a nivel de relaciones sociales requiere menos concentración de medicación que los cálculos matemáticos o que el estar quieto y atender en clase.

En estos niños que requieren dosis de metilfenidato todo el día Concerta ® se puede quedar corto de dosis en algunos momentos, sobre todo al final del día por lo que requerirá suplementos de rubifén ®.

Situaciones intermedias.

La gran mayoría de los niños están en situaciones intermedias entre estos dos casos extremos.

Lo que hay que hacer en los casos intermedios es o bien coger lo que nos interese de los casos extremos ya mencionados o adoptar el tratamiento del caso extremo al que más se parezca el caso del niño que nos preocupa. En general el médico tiende a dar el tratamiento de dosis continuas a lo largo de todo el día por lo que Concerta ® también podría darse pero a dosis más moderadas que en el caso de niños severos.

En resumen, la terapia es la misma sólo que aplicada con más presión o menos según el caso.

7.2.5. Combinaciones de Rubifén ® y Concerta ®

Algunos pacientes que toman Concerta ® nos comentan que si lo toman muy temprano (8:00) a las 18: 00 ó antes ya se ha acabado el efecto. A estos pacientes les estamos dando un extra de rubifén ® antes de las 17:00. Esto es tanto más frecuente cuanto más severo sea el caso y más edad tenga el niño. Los casos severos en nuestra experiencia necesitan rubifén ® combinado con concerta ® o rubifén ® sólo.

7.2.6. Fin de semana y vacaciones.

Salvo los niños con patología moderada/severa y problemas de conducta, los fines de semana se pueden hacer descansos y no tomar nada o bien tomar sólo rubifén ® 20 minutos antes del momento de estudiar que suele ser una de las mañanas del sábado o domingo.

A los niños del grupo moderado/severo con problemas de conducta se les suele dar la mitad de dosis que se daba en días escolares en cada una de las tomas. En estos casos concerta® tiene muy buena indicación, dándose la dosis equivalente a la mitad de lo que se da en días escolares. Algunos de ellos pueden saltarse una toma si van a estar haciendo actividades deportivas o de tiempo libre, sobre todo si hasta la fecha no hubo problemas sin medicación.

Al grupo de niños leves-moderados al principio del tratamiento les damos también en fin de semana medicación (a mitad de dosis) para conseguir cambios estables en la personalidad.

Para excursiones, campamentos puede ser más cómodo dosis únicas de rubifén para no enredar a los cuidadores con múltiples tomas o mejor comprimidos de concerta ®.

7.2.7. La toma de fármacos en el colegio.

La toma en el colegio de fármacos genera en algunos casos problemas por falta de comunicación e información. Tenemos por un lado a un niño en quien no podemos confiar pero al que le conviene tomar una medicación y por otro lado tenemos un colegio al que le conviene participar en el control de la toma de pastillas para lograr dos objetivos. Uno que el alumno mejore y así mejore el ambiente escolar y su rendimiento. Dos, si el colegio no interviene en las tomas de pastillas es inevitable que los niños traigan por su cuenta pastillas que se pueden perder e ingerir por otro alumno. Meter la cabeza bajo tierra prohibiendo que se traigan medicamentos necesarios, a parte de conllevar los problemas mencionados puede entrar en colisión legal con los derechos para la salud. Sin embargo puede que el colegio no tenga enfermero y que los profesores se nieguen a dar un medicamento incluso con autorización por escrito ya que esta actividad no entra en sus competencias.

La solución que nos ha funcionado muy bien para solventar todos estos problemas es que los médicos hagamos una nota de tratamiento que explique dosis y hora aproximada de tratamiento y que ésta se entregue al colegio junto a las pastillas. Las pastillas se pueden dar ya por lotes semanales, ya día a día. Las personas (al menos dos) que designe el colegio recuerdan al niño que ha de tomar las pastillas a la hora prefijada, y *si* el niño las quiere tomar se le dan en mano para que *las tome el propio niño pero delante de ellos*. Si el niño no las toma se recogen y se avisa cuando proceda a sus padres.

Es decir los profesionales del colegio recuerdan y hacen de testigos de la toma. Con este método los profesionales del colegio no asumen ningún riesgo legal, el colegio evita una circulación no controlada de pastillas y todos se benefician de la mejoría en la conducta del niño. Obviamente esta situación de mínimos que proponemos y que es muy legalista puede ser mejorada según los medios y voluntades y ajustarse a la legalidad conforme vaya cambiando.

7.2.8. Experiencia con ambos fármacos a día de hoy.

Es justo reconocer que muchos padres tras haber probado ambos fármacos ven mejor a sus hijos con uno de ellos. En ocasiones podemos intuir que esto tiene que ver con una mejor o peor cobertura de tiempos o dosis por el medicamento, otras veces nos faltan datos para saber la causa de esta diferencia.

En la comparación entre concerta ® y rubifén ® el primer problema que se plantea es el precio de concerta ® ya que en algunas comunidades autónomas la subvención parcial hace que el tratamiento pueda costar entre medio a dos euros al día según la dosis.

En la práctica diaria a juicio de los pacientes y padres estos fármacos presentan algunos problemas que no han sido recogidos en los ensayos clínicos y por tanto no están tampoco en la ficha técnica.

Los problemas más frecuentes que da concerta ® son: quedarse corto de dosis, ya sea todo el día ya sea a ciertas horas, quedarse corto en la duración del efecto, empezar tarde en el inicio, no poder machacar la pastilla, no conseguir el tratamiento completo con unidosis. Lo explicamos punto a punto a continuación.

Respecto al cálculo de dosis este problema aparece más frecuentemente si no se ha dado previamente rubifén ® para ajustar dosis, ya que rubifén ® permite mejor ajuste por tener más posibilidad de dosis intermedias.

El ajuste según necesidades horarias es otro problema ya que podemos tener un niño que sólo necesite dosis para el tiempo escolar y con concerta ® le damos medicación para 10-12 horas. Este problema es mayor en fin de semana o vacaciones ya que en este tiempo los niños menos graves, que son la mayoría, sólo necesitan tener 2-3 horas de intensa concentración para hacer mejor los deberes. En tal caso muchos niños toman rubifén ® 20 minutos antes de hacer los deberes. Si el niño tiene un trastorno moderado y con problemas de conducta suele ser conveniente dar concerta ® o varias dosis de rubifén ®.

La dosis de 10-12 horas puede suponer la presencia de efectos secundarios todo este tiempo y de entre todos los efectos secundarios el que más quejas promueve es el de la pérdida de apetito. Con rubifén ® tenemos la posibilidad de intentar dar la dosis tras las comidas.

Según informes de padres y profesores concerta ® no empieza a ser eficaz a los 20 minutos como rubifén ® sino a la hora o más tarde. La demora de inicio de acción de concerta ® puede en estas primeras horas dar problemas de manejo en casa (vestirse a la hora, etc), conflictos el transporte escolar y menor rendimiento las primeras horas de clase, por lo que a veces hay que añadir un extra de rubifén ® nada más despertarse.

Concerta ® puede no ser clínicamente eficaz las 12 horas prometidas sino que a eso de las 10 horas o antes puede perder efectos clínicamente significativos por lo que nos vemos obligados a cambiar a rubifén ® o añadir alrededor de las 16:00 un extra de rubifén ® para cubrir mejor el periodo de 17 a 21 horas.

El comprimido de concerta ® no se puede machacar y por tanto algunos niños no son capaces de tragarlo. De no existir alternativa (rubifén ®) padres y profesionales harían más presión. La realidad es que no se hace y muchas veces este problema acaba en cambio de fármaco.

Muchos padres quieren usar concerta ® por que buscan una única toma de una sola pastilla para arreglar el problema, ya por comodidad, ya por la idea mágica de que una única pastilla implica medicar menos al niño que dar varias. Sin embargo a veces se requieren combinaciones de dos pastillas de concerta ® o añadidos extras de rubifén ® a lo largo del día para lograr más efecto donde se busca.

El problema habitual con rubifén ® es el olvido de tomas o que el niño se niegue a tomar tantas pastillas a lo largo del día. Otros efectos que también generan quejas si no se informa previamente son el inicio rápido y el final brusco del efecto que se ven en algunos pacientes. La solución es cambiar o combinar con concerta ®.

Ya sea por el mejor ajuste, la acción más rápida y recortada o que en nuestra consulta tratamos a pacientes que requieren de estas características, es en primer lugar con el rubifén ® y en segundo lugar con la combinación de ambos como hemos obtenido mejores resultados. Sin embargo, insistimos en que algunos niños van mejor con uno que con otro sin que podamos decir el motivo. El cambio de uno a otro o la combinación es necesario cuando se ha intentado todo tipo de dosis y ajustes razonables con uno de ellos.

7.2.10. DOSIS

Cuánto

Vamos a hablar como si pensáramos siempre en Rubifén ® y si damos Concerta ® hacemos la conversión según la tabla 1 ya mencionada.

7.2.4. Dosis.

Tradicionalmente se ha usado como referencia el cálculo de miligramos por kg (mg/kg). Se recomendaba dar desde 0,5 hasta 1 mg/kg.

En nuestro caso empezamos con 0,7 mg/kg y vamos subiendo hasta que se obtiene el beneficio esperado o los efectos secundarios no compensan seguir subiendo. En la mayoría de casos los pacientes toman durante un tiempo largo la dosis de 1 mg/kg.

La práctica de dar la dosis según el peso (mg/kg) aunque extendida no es necesario ni a veces conveniente seguirla. La realidad es que cada niño puede requerir una dosis que no tenga nada que ver con su peso. También es cierto que cuanto más dosis más efectos tanto beneficiosos como secundarios podemos esperar.

Por ello lo ideal es dar la medicación que logre una mejoría suficiente a juicio de todos los implicados: padres, profesores y médicos sin efectos secundarios. Como no sabemos cual es la dosis para un niño concreto tenemos que subir lentamente desde una dosis moderada (0,7mg/kg).

Como ya hemos dicho, la dosis de 1 mg por kg de peso es una dosis que a nosotros en nuestra unidad nos va bien. Puede ser que otros médicos tengan buena experiencia con otras dosis, todo depende del nivel de gravedad de los niños que uno ve y que viene determinado por la fuente de derivación (colegio, otros médicos, padres, etc). Si los niños tienen un TDA muy leve pueden ir bien con 0,5mg por kg. Otros niños necesitarán sin embargo 1,5 mg por kg.

Los padres ayudados al principio por su psiquiatra han de calcular cómo repartir la dosis. Por tanto si un niño de 40 kg necesita 40 mg/día, estos 40 mg hay que repartirlos en dos o tres tomas.

En niños pequeños y en niños con problemas de conducta asociados severos hay que dar algo más de la dosis que toca por su peso. Para entender por qué en niños pequeños paradójicamente hay que dar a veces más de 1 comprimido de 10 mg por 10 kg, hay que recordar que el trastorno es un retraso en la maduración de la atención. Es decir el sistema sigue madurando, con la medicación le mejoramos hasta que madure lo suficiente.

Así, por un lado a más edad, más maduración del sistema atencional y por tanto menor necesidad de medicación. Pero por otro lado a más edad más aumenta el peso y esto implica más dosis. Sin embargo habitualmente la maduración del sistema atencional es más rápida que la subida de peso. Por eso los niños mayores a veces siguen con dosis de cuando eran pequeños a pesar de haber aumentado mucho su peso.

En todo caso con las dosis se ha de ser algo flexible, tirando siempre que haya duda a la dosis más alta que no genere efectos secundarios. Esto es porque los estudios científicos hasta la fecha dicen que cuanto más tome mejor le va a ir al niño en su adaptación social, escolar, familiar y de autocuidados, es decir en las áreas de discapacidad. También hay que tener sentido común y ser prácticos. Si con una dosis le va muy bien no hay que empeñarse en subir más.

En definitiva ajustar la dosis requiere de entrevistas con padres y obtención de información del colegio y otros profesionales.

Ajuste según asignaturas y clases particulares.

En el ajuste de dosis intervienen también valoraciones sobre qué asignaturas tocan por la tarde y a última hora de la mañana, que es cuando la medicación pierde efecto con el Rubifén ® (con el Concerta ® no habrá tanto problema por su duración). Hay que averiguar si saca peores notas en estas asignaturas para añadir medicación en las horas previas.

También hay asignaturas que requieren de conocimientos de años previos (matemáticas, lenguaje, idiomas) y el retraso acumulado hace que aparezca un nuevo fracaso durante el año en curso a pesar de la medicación. Por todo ello necesitamos del apoyo de clases particulares, y asegurar que cuando tengan clase con estos profesores estén bajo los efectos de la medicación. No vale lo de que “ya tuvo clases particulares y no le han servido de nada”. Si no tomaba medicación cuando daba estas clases, como si nada.

Si sólo hay problemas de conducta en algunas asignaturas (gimnasia, música y otras) en las que el ambiente es más relajado y esto promueve salidas de tono de los pacientes, hay que conseguir que estas asignaturas estén en horas cubiertas por la medicación.

Nomenclatura

Antes de dar una orientación más concreta de dosis, conviene explicar la nomenclatura que usamos los médicos para anotar la medicación. Rubifén ® 1-1-0-0 significa: desayuno 1 comprimido, comida 1 comprimido, merienda (a las 17:00) cero comprimidos, y cena cero comprimidos.

Verá usted en las recetas de médicos que cuando no damos medicación a las 17:00 horas a veces se suprime el tercer dígito y así lo anterior se puede escribir: 1-1-0. Es decir cuatro números incluye merienda, tres no.

Si ponemos 1 1/2-1-1/2-0. Significa: en desayuno un comprimido y medio, comida uno, 17:00 horas (merienda) medio comprimido y cena cero.

Presentaciones de Concerta ® y Rubifen ®.

Tenemos Rubifén ® de 5, 10 y 20 mg; si en algún momento no queda claro de qué tipo de comprimido estamos hablando hay que suponer por defecto que hablamos del de 10 mg.

De Concerta ® tenemos comprimidos de 18 y 36 mg.

Dosis en los dos ejemplos extremos ya expuestos de niños con TDA.

1. Niño con leves problemas de conducta.

Supongamos que el niño tiene unos 25 kg. En tal caso se da de lunes a viernes un comprimido de rubifén 10 mg a las 8:00 y otro a las 13:00. La primera semana que se da al niño medicación se empieza con un comprimido en el desayuno durante dos días (Lunes y martes) y el tercer día (miércoles) se da ya el del desayuno y la comida. En sucesivas semanas, si esto no ha dado problemas empezaremos cada lunes directamente con los dos comprimidos de rubifén ® 10 mg.: uno en desayuno y otro alrededor de las 13:00. Con Concerta ® habría que empezar con 18 mg en desayuno directamente.

Una vez que ya toma sus dos comprimidos se deja para la revisión (que suele ser a los 15 días) un posible ascenso a un comprimido y medio de rubifén 10 mg en el desayuno manteniendo el comprimido de la comida.

A veces si hay dificultades con los deberes se da medio comprimido más antes de hacerlos (suele ser a las 17:00).

El fin de semana no se da nada.

Estas dosis de rubifén ® no tienen equivalencia clara con concerta ® por lo que la solución será dar a Concerta ® 36 mg una en el desayuno y si produce efectos secundarios bajar a 18 mg y añadir rubifén ® .

2. Niños de severidad moderada o grave con problemas de conducta.

En el caso de niños con problemas de conducta. Se empieza igual y se suele llegar a 1 1/2-1-1/2-0 para esos 25 kg de peso. Eso equivale a Concerta ® 36 mg una pastilla a las 8:00.

Hemos puesto un ejemplo a propósito de un peso (25 kg) que dificulta el cálculo de dosis. Los redondeos que hemos hecho se aplican de forma similar a niños con pesos de 35, 45, etc.

Los niños cercanos a los 60 kg que es el peso de un adulto, suelen tomar en casos leves rubifen de 10 mg 2-1-0 y en casos más graves 3-2-1-0. Obviamente aquí sustituimos el rubifén de 10 por el de 20 mg para quitar pastillas. Eso equivale a Concerta ® 36 mg 2 comprimidos en el desayuno.

Escalada de dosis

Como se ha explicado, la primera vez que damos el fármaco siempre empezamos dando una dosis muy baja y vamos subiendo. Sin embargo una vez que hemos calculado la dosis necesaria la reiniciamos tras la suspensión del fin de semana a la misma dosis que le dimos el viernes previo. Es decir no vamos subiendo de lunes a viernes cada semana.

En psiquiatría somos muy precavidos siempre que damos medicación, aunque no tenga efectos secundarios graves. El subir y bajar dosis puede ayudar a los padres a entrenarse en dar medicaciones psiquiátricas (normal general: siempre subir y bajar

dosis lentamente). No olvidemos que el niño lleva meses o años requiriendo la medicación y no pasa nada por esperar unos días más hasta determinar la dosis justa.

7.2.11. EFECTOS SECUNDARIOS.

Definición.

Se llaman efectos secundarios de la medicación a aquellos que acompañan a los efectos que buscamos. Así cuando damos una pastilla para el dolor de la cabeza, podemos tener sin embargo como efecto secundario dolor de estómago.

Usamos la terminología “secundarios” y no la de “indeseables” porque pueden ser secundarios y deseables. Así, la pérdida de apetito es un efecto secundario de Rubifén ® o Concerta ® , sin embargo este efecto es conveniente en un niño obeso.

Cuándo suelen aparecer los efectos secundarios.

Cuando la medicación no es efectiva, se suele subir la dosis y ahí suelen aparecer los efectos secundarios. El colmo de la mala suerte es, por supuesto, no conseguir los efectos beneficiosos buscados con la medicación y obtener sólo los secundarios. Lo normal en el caso de los estimulantes como el metilfenidato y, para tranquilidad del lector, es que sólo aparezcan a dosis altas (por encima de 1 mg/kg) y no de forma severa.

Nosotros hacemos referencia a continuación a los efectos secundarios que han aparecido publicados hasta la fecha con frecuencias del 10%, es decir que han aparecido en al menos 1 de cada 10 niños.

Tipos.

Pérdida de apetito, peso y talla.

Con Rubifén ® el efecto secundario más importante es la pérdida de unos centímetros de talla (2 cm según algunos estudios) a lo largo de los años de tratamiento. Uno de los factores que pueden influir en la pérdida de peso es la disminución del apetito que algunos niños desarrollan. Por eso damos el estimulante después de las comidas y en la cena o en fines de semana les hacemos comer más fuerte. También por eso evitamos darlo, salvo necesidad académica o conductual, los fines de semana y épocas estivales.

Esta pérdida de talla se suele recuperar en forma de rebote (crece mucho más rápido que un niño normal) cuando suspende la medicación, por eso también suspendemos (si podemos) fines de semana y vacaciones.

Los estudios sobre alteraciones de la talla con Concerta ® a día de hoy no son definitivos. La lógica dice que si es el mismo producto debe tener el mismo efecto por lo que la duda sigue vigente. De hecho, respecto al peso, la ficha técnica recoge que sí se pierde en más del 10% de niños como Rubifén ®, sin embargo para la talla no aparece de momento este efecto en más del 10% de niños como en el caso de rubifén ®.

Lo mejor para quedarse tranquilo es hacer un curva de crecimiento y ver si se producen desviaciones.

Cefaleas o dolores de cabeza. Es un síntoma que aparece con cualquier fármaco y algo más con metilfenidato. Puede tomarse paracetamol o similar.

Parada o lentificación conductual.

Muchos de los expertos en el trastorno no creen que exista este efecto secundario y que éste es una mala interpretación de los padres, pero nosotros lo

ponemos porque se oye en la consulta, unas veces con alarma otras con cierta satisfacción.

Lo que comentan los padres es que el niño se queda como desconectado, parado, mirando al vacío, perplejo. Lo más similar a esto es la actitud de hiperconcentración cuando ven la televisión, un videojuego o aprenden algo que les interesa (boca y ojos abiertos, sin parpadear casi y con gran desconexión de todo lo demás). En realidad están por tanto hiperconcentrados pero la falta de estímulos hace que se queden mirando al vacío. En un ambiente muy estimulante (que antes le ponía hiperactivo) ahora podrá desenvolverse bien.

Por tanto si a alguien alarma este efecto secundario hay que tranquilizarle diciéndole que esto es un efecto de unos minutos de duración y enseñar a guiar al niño en la búsqueda de estímulos en estos momentos.

El niño no suele sentir esto como molestia, pero puede quejarse sobre todo si ve a otros preocupados. Puede sentir que todo va más lento. En este caso puede requerir una explicación sobre su nuevo estado.

Para explicarle su estado de hiperconcentración se le se puede poner el símil del videojuego. Con la medicación el niño pasa de la velocidad del videojuego a la que discurre su vida estando hiperactivo a la de la velocidad normal. Cuando está hiperactivo es como ir en un coche a toda velocidad en el videojuego, por ejemplo no puede leer los carteles al margen de la carretera, sólo puede leer palabras sueltas y además derrapa y se sale en la primera curva. Al concentrarse con la medicación de repente puede leer entero alguno de los carteles y llega primero sin salirse porque ha mantenido mejor la velocidad y el control.

Este efecto aparece al inicio de la toma; es un efecto de inicio de dosis y significa que el niño está notando el cambio con su estado previo. Por el contrario, al

final del efecto (fin de dosis, en terminología médica) se inicia un cambio gradual de estar bien a estar inquieto, irritable y, poco a poco, volverse travieso e iniciar malos comportamientos. Nosotros lo hemos estudiado en un grupo de 30 pacientes, comprobando que estos efectos de fin e inicio de dosis son menos frecuentes con Concerta ® por sus subidas y bajadas más suaves.

Inquietud en la tripa, molestias gastrointestinales, etc.

Este grupo de molestias lo encontrará usted en cualquier tipo de medicamento. En realidad corresponde las quejas somáticas más frecuentes de los seres humanos debidas al normal funcionamiento del cuerpo. Se presentan con más frecuencia si hay un estrés o preocupación, por ejemplo, estar tomando una pastilla nueva. En definitiva, que no hay manera de saber con seguridad si es o no por la medicación.

Cambios en tensión arterial, frecuencia cardiaca, calor corporal.

Puede subir un poco, pero nada significativo ni importante. El fármaco no produce hipertensión, ni problemas cardiacos.

Resumen.

El metilfenidato en cualquiera de sus presentaciones es de los fármacos más seguros que existen en psiquiatría. El hecho de que se dé a niños hace que se haya estudiado más y tengamos todos los efectos secundarios estudiados al detalle. La mayor información transmitida a los padres al ser un niño crea la falsa sensación de gran cantidad de efectos secundarios (recomendamos leer cualquier otro prospecto para comparar).

7.3. TERAPIA

7.3.1. Bases del contrato terapéutico.

La terapia se basa en motivar a que el paciente QUIERA hacer las obligaciones que debería asumir por su edad (recordemos que la medicación hace más efecto en que PUEDA hacer las cosas).

Cuando el trastorno de atención se asocia a trastorno negativista desafiante todo lo que vamos a explicar hay que aplicarlo con más meticulosidad ya que vamos a tener más problemas para conseguir una terapia exitosa.

Al niño hay que reeducarlo, pero hay que evitar que vea la reeducación como algo coercitivo. Precisamente los niños con trastorno negativista desafiante tienen una predisposición biológica a la rebelión y tienden a “echar pulsos” ante toda situación de cooperación social convirtiéndola en una competición. Así, no es de extrañar que los consejos se vean como imposiciones, que los niños se sientan siempre con derechos y sin obligaciones, etc. Por ello la terapia puede resolver pero también complicar una situación si se hace mal.

Puntos clave.

Para evitar que se vea la terapia como una imposición hay que poner un sistema de premios por su conducta.

Este sistema ha de tener una forma tal que el niño perciba que el recibir o no premios depende exclusivamente de él. Él ha de ser el que se da o se quita los premios.

Además hemos de conseguir que el sistema tenga una base de premio fijo (para no perder la ilusión) y otra de extra (incentivos) si se hacen bien las cosas. El premio fijo ha de ser de cuantía suficiente como para recordarle lo que se pierde (picarle).

Por otro lado hay que conseguir un cambio de mentalidad que conlleva dejarle claro que los juguetes, tiempo de tv, consola, etc no son algo a lo que se tiene derecho, sino un extra que se da esperando buena conducta. Lo obligatorio según la sociedad es: alimentación, alojamiento, vestido, afecto, educación, etc. Si no se deja claro esto desde el principio la confrontación es segura ya que el niño siente que se le quitan cosas a las que cree tener derecho en vez de darle extras que se le dosifican según su conducta.

Por último hay que hacerle ver que en esta terapia que proponemos no existen puntos negativos. Puede que haya castigos por otras conductas pero para las conductas de la terapia solo se dan puntos positivos.

Un ejemplo sencillo y comprensible de este sistema de terapia conductual que puede explicarse al niño es que se ha de imaginar a un canguro (ponga aquí el animal que más le guste el niño) que cuando toca una palanca le cae azúcar, sino lo hace habrá de conformarse con su ración fija de comida. Obviamente tocar la palanca es el equivalente a portarse bien. La ración fija de comida es tener cubiertas las ya mencionadas necesidades de alimentación, alojamiento, vestido, afecto, educación, etc y el azúcar son los privilegios extra (juguetes, tiempo de tv, consola, etc), que como el resto de niños tendrá que ganárselos portándose bien.

Este sistema nos lo aplican a adultos cuando nos dan puntos o descuentos en las tarjetas de crédito y funciona. Es necesario por tanto “cogerle el truco” para conseguir que funcione.

La cultura de la abundancia.

Aceptar que el niño tiene derecho al uso sin límites de juguetes, TV, etc, para no provocarle un trauma o no discriminarle con respecto a sus amigos es un disparate cultural, fruto de una moda que no pasa, puesto que es ya casi un deber educar en la abundancia. En otra época a estos niños se les llamaba niños mimados. Todas las

generaciones quieren dar más que lo que tuvieron pero ahora es para todas las clases sociales mucho más fácil, rápido y económico dar en exceso lo material, sin contrapartida de esfuerzo y muchas veces sin merecerlo. Las explicaciones para hacerlo son variopintas: “para que se espabilen antes” o “no pasen por lo que pasé yo”, “malo no debe ser” “si veo que le perjudica lo retiraré”, etc . Las consecuencias: una epidemia de niños mimados, estoy por decir que una sociedad mimada.

Este cambio de mentalidad, ha sido transmitido al sistema educativo y otros como el sanitario en el que prácticamente hemos pasado de usuarios a consumidores. Las presiones, reformas y contrarreformas han generado en algunas áreas del sistema educativo un funcionamiento disfuncional. Se busca por ejemplo la no discriminación promoviendo la igualdad, pero la cosa acaba en que la igualdad se hace por abajo en vez de por arriba (es más económico no meter profesores de apoyo para los que tienen dificultades que aprobar a todos). Con esto estamos no decimos que un sistema darwiniano de educación sea mejor, que no lo es, como médico he de creer en la igualdad hacia arriba ayudando al que tenga problemas. Grandes áreas del actual sistema no promueven suficientemente el esfuerzo y restan autoridad al profesorado. Lo mismo ocurre en casa, en donde el niño es un tesoro al que se mima y se obedece.

Todas estas medidas antipedagógicas de padres y del mundo de la política educativa ha calado muy profundo en los niños que se sienten con derechos ilimitados y sin obligaciones, al menos los que vienen a consulta, que obviamente son la punta de iceberg. No perciben que el recibir algo sin esfuerzo o sin merecerlo merece una reflexión sobre las motivaciones de quién hace la dádiva. Si se da para hacerle a uno callar o tenerle a uno contento no deja de ser algo humillante aceptar el regalo sin más. La diferencia entre subvención, regalo, ayuda social y limosna es muy sutil. Cuando hablamos del tercer mundo decimos hay que enseñar a pescar no dar peces, pero no nos

lo aplicamos. Use todos estos ejemplos con su hijo para hacer entender que recibir sin esfuerzo merece una reflexión y en principio no es conveniente.

Efectos en la personalidad y terapia.

El efecto del mensaje de los “premios o derechos sin esfuerzos o sin merecerlo” es devastador en el desarrollo de la personalidad de los niños y no digamos si estos niños tienen una propensión biológica a la rebelión contra las normas sociales como los TND. Los niños más inteligentes se dan cuenta de que se les da sin tino y sienten que se pasa de ellos. Por otro lado los padres en el culmen de su despiste se quejan de que su hijo no se porta bien ¡con todo lo hacen por el!. Los niños que han interiorizado tener solo derechos y no obligaciones contestan a estas quejas en consulta de la siguiente manera: *“En realidad todo va bien pero tengo unos padres muy exigentes, quejicas o enfermos de los nervios. Mis amigos tienen padres normales, que dan sin quejarse. Tengo que esforzarme porque vean lo equivocados que están. Si no es posible lucharé hasta el final por lo mío y si no me lo dan ya me encargaré de que estemos fastidiados todos ”.*

Mensaje para la terapia.

Aprovechando que el símil del canguro ya mencionado lo entienden bien los niños (recordemos el poder de las fábulas de Esopo) podemos enviar el siguiente mensaje para transmitir las ideas claves: *"si el canguro toca la palanca cae azúcar, si orgulloso o tonto no lo hace, no cae. El se da el premio o se lo quita. Puedes hacer lo mismo, si trabajas y haces las cosas como se debe tendrás más premios, nadie te los niega, ni te los quita, están ahí esperándote, eres tú el que se los administra. Así funciona en la vida de adultos, si trabajas te pagan. Si pides dinero sin trabajar ¿estamos hablando de pedir limosna?. La ventaja de la terapia es que como ves no hay castigos, sólo hay premios. Como ves te damos siempre un premio fijo de todas*

maneras por lo que es un sistema que te favorece". En este mensaje están las claves de lo que queremos transmitirle: queremos que sea un poco más adulto (así funciona en la vida de adultos), que hay un premio fijo (sus derechos) y un extra (el verdadero premio) y que hay que esforzarse por las cosas y sentir orgullo por conseguirlas con el propio esfuerzo (no a las limosnas). Este mensaje ha de adaptarse a la edad del niño.

Casos más difíciles.

Con muchos niños desgraciadamente tenemos que echar las manecillas de tiempo para atrás y reiniciar la educación. En la educación de un niño normal se da todo por parte de los padres sin esperar nada a cambio, pero estos premios se retiran o cuesta más conseguirlos si el comportamiento es inadecuado. Por otro lado el niño normal obedece a los padres porque ve que les complace o para evitar su enfado.

En este toma y daca aunque se dan objetos o privilegios en realidad lo que se da son muestras de afecto. Los objetos o privilegios son símbolos del afecto y la confianza. Este mensaje es difícil transmitirlo a un niño con TND, que puede haberse vuelto materialista si el trastorno lleva mucho tiempo evolucionando solo.

En los niños con trastorno de conducta difícil se puede empezar la terapia de dos maneras: dando premios sobre lo que ya el niño tiene o bien retirando privilegios para empezar de nuevo. (es bueno que esto lo oiga también el niño).

La mayoría de los padres eligen dar premios sobre lo que ya hay. Si esto no funciona hay que pasar a retirar privilegios del pasado y empezar de nuevo a adquirirlos.

Hay quien retira determinados juguetes (o todos) y los guarda en sitio seguro. Para otros, retirar privilegios supone volver a ciertas horas de vuelta a casa, etc . A veces se retiran cosas que al niño no le interesan o bien lo que se le deja cubrir

completamente sus intereses, por lo que no se consigue motivarle para que cambie su conducta.

Por tanto, basta retirar y administrar el tiempo o el acceso a las cosas que pueden interesar de verdad al niño. Nosotros no recomendamos la retirada total sino la dosificación del uso de los juguetes, TV, etc, dando un fijo de ellos y luego dando extras según se comporten y de manera que en cuanto haga algo bien obtenga el beneficio, sin dar crédito a futuras buenas conductas.

En resumen, vamos a establecer un sistema de premios con fijos más incentivos por determinadas conductas hasta que podamos confiar en el niño y veamos que su conducta es normal. En teoría el niño debería buscar (al menos hasta la adolescencia) agradar, obedecer e imitar a sus padres sin esperar ni exigir nada material a cambio, lo material debería ser una expresión de lo afectivo y así se usará. Si el niño no entiende que los privilegios son expresión de afecto y sólo se quiere centrar en lo material, en todo caso esta terapia le prepara para la vida adulta en la que para el intercambio material se usa el toma y daca de trabajo por dinero, etc.

La actitud del terapeuta (familiar).

Los padres nos preguntan ¿cómo hemos de comportarnos?. En general los padres han de hacerse a la idea, tanto más cuanto más grave sea el trastorno del niño, de que dejan de ser padres y pasan a ser terapeutas.

El terapeuta conserva la cabeza fría, tiene habitualmente una actitud neutra. Hemos de evitar que el niño nos dé pena y saltarnos la normas al igual que hemos de evitar ser agresivos cuando nos saca de quicio. El ejemplo es el propio médico: quiere lo mejor para el paciente y para ello modera sus emociones a fin de evitar que esto les impida tomar la decisión correcta.

Los padres han de transmitir el ejemplo de que existen reglas y que éstas se han de cumplir. Un buen ejemplo es cumplir las propias normas que se impongan al niño. Los padres han de comunicar dichas normas a todos los que intervienen en la educación del niño.

Un punto clave es que los padres (y todos los cuidadores familiares del niño peñ abuelos) han de ser más **CONSISTENTES**. Ser consistente significa que se van a poner unas normas claras, que se cumplirán siempre por parte de los propios padres, cuidadores familiares y el niño. Para la mayoría de los padres, esto va a significar también ser más inflexibles en el cumplimiento de las normas que se impongan y algo más duros. Para otros significará ser menos duros ya que han de ponerse de acuerdo con su cónyuge que es mucho más blando. Por tanto insistimos consistencia no es más dureza, es ser predecible, el niño no debe pensar que regateando, dando pena, siendo cariñoso, pesado o agresivo puede cambiar las normas como hasta ahora y buscar continuas excepciones.

Esta consistencia por tanto ha de ser personal por un lado y familiar por otro. A nivel personal, cada uno ha de intentar comportarse siempre de la misma manera en determinadas situaciones. A nivel familiar todos han de ponerse de acuerdo en aplicar las mismas normas en similares situaciones.

Contrato terapéutico.

Mientras se normaliza la conducta del niño estableceremos nuevos acuerdos de convivencia, esto se llama **CONTRATO TERAPEUTICO**. Recibe este nombre porque con niños muy difíciles hay que llegar a ponerlo por escrito e incluso a firmarlo.

Economía de fichas.

Para que alguien quiera hacer algo hay que **MOTIVAR**. El sistema de motivación se logra con la llamada economía de fichas. Es algo de sentido común pero lo importante es el método, es decir cómo se aplica. Muchos padres ven rápidamente la idea general, lo intentan hacer a su manera y no funciona. Insistimos, lo principal es el **MÉTODO**; no aplicar un método es la causa más frecuente del fracaso de la terapia.

La economía de fichas es una aplicación de una serie de técnicas psicológicas, de entre las cuales destaca el refuerzo positivo. Lo importante no es saber el nombrecito técnico sino saber que esto del refuerzo positivo funciona con todos los mamíferos por poca inteligencia que posean; por tanto "sólo" hay que aplicarlo bien. Por si alguien se ha olvidado, esto es de aplicación también en humanos, porque nosotros también somos mamíferos. Por ejemplo es economía de fichas lo que nos hacen los comercios que nos dan puntos. Es refuerzo positivo, como hemos visto, enseñar a un hamster a tocar una palanca para que le caiga azúcar.

Volviendo a la economía de fichas. En esta terapia se dan puntos positivos (nosotros no damos habitualmente negativos) por hacer cierta tarea concreta bien. Insistimos: no hay negativos. Insistimos: tarea concreta. Por tanto no vale dar puntos por "portarse bien en general".

La tarea además de concreta ha de ser hacer algo, no un "dejar de hacer algo". No funciona la llamada "terapia del hombre muerto", que significa que un hombre muerto obtendría los puntos. Por ejemplo un hombre muerto obtendría puntos por no hablar molestar a su hermana. En este caso hay que transformar la terapia para que se den puntos por atender bien y cuidar de la hermana.

Los puntos que se obtienen de la terapia se canjean por objetos materiales, tiempo de vídeo, consola, visitas fuera de casa, tiempo de juego con los padres, etc. Es decir, cualquier cosa que pueda interesar realmente al niño. Es por tanto de ayuda que el

niño haga una lista de dichas cosas y que nosotros elijamos de esa lista las que nos parezcan razonables. Los puntos para obtener algo pueden ir subiendo (inflación).

Lo mejor cuando se logra un objetivo es cambiar a otro en vez de pedir más puntos para lo mismo. Se plantea obviamente un problema si no se mantiene lo ganado, lo cual obliga a ir marcha atrás valorando con cuidado si hacerlo inmediatamente o tras un descanso con otra tarea.

Obviamente, si el niño tiene de todo no le va a interesar hacer la terapia. Empiece a pensar en tal caso en guardar los juguetes ya existentes en un armario.

Esto nos lleva a otro punto importante: siempre hay un familiar que le da de más al niño, que no puede resistirse y que cree que la terapia es una forma de tortura que unos amargados aplican a un niño muy vital. Nosotros lo llamamos el eslabón débil de la cadena. Bueno, se ve que esta persona no está suficientes horas con el niño y es que ¡hay amores que matan! Es necesario que estas personas, a veces alguno de los padres, pero en general tíos y abuelos, se atengan a la terapia y no den regalos escondidos o sin contar con los padres (hay demasiadas fiestas con premios y por tanto demasiadas excepciones). Para los regalos que dan los “eslabones débiles” y en general otros estos familiares y amigos por Navidad, visitas, cumpleaños, etc, hay dos opciones. En la primera no se dejan dar los regalos, salvo buen comportamiento. Eso es difícil ya que crea momentos de tensión con familiares despistados que nos pueden desautorizar delante del niño con frases del tipo: *"pues eso que haces no está bien", ¡"porque no se lo vas a dar al niño!", "ahora se está portando bien"* etc. En la segunda opción se les deja que los den y jueguen en la visita e inmediatamente que acaba esta pasan al armario y se regula su tiempo de uso según comportamiento: para jugar con ello de nuevo hay que hacer puntos.

Lo que se dé como premio no se puede por tanto obtener por otra vía. No se puede dar dinero en fin de semana por parte de familiares si entre semana se está dando dinero por las tareas. Para el dinero es sencillo de entender; quizás también para tiempo de videojuego, pero ¿qué tal si pensamos en tiempo de ordenador o de TV? Si ponemos tiempo de TV tenemos que tener claro que para ser estrictos nosotros también nos castigamos sin ver TV. No siempre da resultado usar la restricción a un único tipo de programa, ya que todos los programas están hechos para entretener en alguna medida y el niño puede obtener “su dosis” de TV viendo cualquier otro programa.

Lo que se dé como premio debe ser en forma de fijo más extras (incentivos). Esto es lo que más cuesta aplicar. Pongamos un ejemplo típico: hacer los deberes. Decimos a los padres que pongan unas horas para hacer los deberes según el tiempo que los profesores consideran necesario para hacerlo. Pongamos que hace falta una hora y que los padres deciden que se hacen los deberes al llegar a casa para aprovechar el efecto de la medicación. Queremos también reforzar el hacer los deberes con un premio para que resulte agradable. Este premio se debe dar tras hacer los deberes.

Entonces la terapia se le propone así al niño: "*de 15 a 16:00 deberes y de 16 a 17:00 videojuegos. Antes acabas deberes (y están bien hechos), antes empieza el vídeo. Cuanto más tardes más irás consumiendo el tiempo del vídeo*". Y aquí viene lo difícil, si el niño consume todo el tiempo de vídeo, aún así le dejamos 10 minutos de vídeo. ¿La finalidad? Que se pique y saboree lo que pierde. Si no le damos esos minutos va perdiendo el interés, lo ve inalcanzable y busca con la imaginación una alternativa. Nos dicen los padres: "*es que si hago esto cuando le quito el vídeo tengo berrinche y no me apetece*". Esto es una prueba más de lo domesticados que tiene el niño a los padres y hay que decírselo a los padres para que reaccionen.

Este dar un poco de lo que se pierde hay que aplicarlo a todo. Si el premio es tiempo de juego con los padres, hay que dejar siempre por ejemplo media hora fija al día y el resto a ganárselo (esto también es útil cuando hay celos entre hermanos), si es dinero pues paga fija y extra según puntos.

Obviamente en esta terapia y otras que propongamos los tiempos que damos son orientativos y han de ajustarse a cada niño y padres.

Premios que no conviene suprimir.

No solemos aplicar como premio más salidas a la calle ya que queremos que estén cuanto mas tiempo en la calle (bien acompañados) mejor. Tampoco damos como premio cualquier cosa que suponga un castigo a padres o sobre todo a hermanos (por ejemplo salidas de excursión familiar).

Participación de familiares y cuidadores.

Todos los familiares por tanto que cuidan al niño e intervienen en su educación, han de hacer la terapia y ser terapeutas, es decir hay que aplicar las mismas normas en las mismas situaciones. ¿Cómo se consigue este consenso aparentemente imposible?. Se puede facilitar si pensamos en ¿qué le diríamos a una persona que se quedara al cargo del niño durante una semana para que nos lo cuidara? A veces sobre todo en padres separados conviene que un cónyuge las ponga por escrito y que las repase el otro hasta llegar a un acuerdo.

Todos los familiares han de hacer una piña y tratar al niño con las mismas reglas que han consensuado previamente los padres. Esto se debe a que estos niños consiguen que se creen disputas entre padre y madre, con el colegio, con los abuelos, etc. Los niños se comportan de forma diferente con unos y otros para conseguir sus

fines y esto crea divisiones. Así, el niño con unos es cariñoso (generalmente con quien ven menos como es el padre), con otros es pesado o agresivo (con quien están más tiempo como la madre). Usan cualquier cosa que notan que importa a sus padres para hacerlo mal si están enfadados con ellos o quieren llamar su atención (como no comer bien si ven que para ellos esto es un tema importante). Con sucesivas repeticiones esta conducta pasa a ser algo automático, una forma de comunicación.

Todo esto crea confusión y problemas cuando se cruzan informaciones: *"pues conmigo se porta bien" o "en el colegio se porta bien y en casa no"*. Esto hace que la persona con la que se porta mal sufra un desgaste adicional. Queda como incapaz de controlar al niño en el mejor de los casos, cuando no excesivamente quejosa. Por estas mismas razones esta persona ya no nos puede contar todo lo que pasa porque es tirarse piedras sobre su tejado.

Relaciones con el colegio y otros profesionales

Si decimos que todos los que intervienen en la educación se han de poner de acuerdo, ¿También el personal del colegio ha de aplicar nuestra misma terapia? Bueno, eso es más complicado, en esencia la respuesta es SÍ para la misma técnica, pero es NO si hablamos de aplicarla para las mismas tareas.

Las tareas las van a elegir el colegio por lo que no les podemos organizar nosotros la terapia. El colegio tiene normas generales y hay que valorar con cuidado aplicar excepciones ya que, en general no debemos cambiarlas por un niño. Además, las normas generales de los colegios, producto de la experiencia y de la formación profesional suelen ser correctas, hasta el punto de que si muchos padres las siguieran no estarían en consulta, por lo que no parece muy razonable que los padres o los

profesionales vayamos diciéndoles al colegio lo que tienen que hacer. En casos complicados es mejor que el psiquiatra hable directamente con el colegio.

Al colegio se le dice que estamos haciendo terapia en casa, lo cual por un lado tranquilizará a los profesores que tratan con el niño si éste, como es previsible, les está dando problemas, y por otro abrirá las puertas a hacer terapia en el colegio.

Se puede explicar que se está haciendo un sistema de puntos y que convendría que ellos hicieran algo similar, pero para la tarea y de la forma que ellos crean convenientes.

Debemos dejar claro que nosotros no queremos influir, sólo nos interesa si va mejor o no en el colegio para darle nosotros puntos por hacer las cosas bien en clase. En tal caso una nota simple en la que figure si ha estado bien/regular/mal en el cole nos puede servir.

El peligro de la desautorización.

El colegio ha de sentirse autorizado y reforzado por los padres, que han de transmitir confianza en el colegio y sus métodos. Los colegios han sabido hasta ahora educar mejor niños que los padres al menos en respetar las normas. Un profesor mantiene a raya a 25 niños y nosotros nos las vemos y deseamos con uno. Siempre ha sido así. Si les dejamos seguirán siendo mejor que nosotros.

Sin embargo en los últimos años los profesores se ven desautorizados por padres complacientes con sus hijos, que critican todo lo que se hace, sobre todo si es disciplina. Buscan que a sus hijos se les trate de forma especial (la disciplina está bien siempre que no se le aplique a nuestro hijo).

La consideración de los hijos como auténticos tesoros a los que hay que tratar de forma especial, tiene que ver con todo un cambio social en: estilo de vida, número de hijos, mayor edad a la que se tienen, etc.

Los profesores saben de todo esto ya por experiencia propia ya escarmentados en cabeza ajena. Ahora es mayor que nunca la tentación de dejar hacer al niño ya que cuando se genera un conflicto se llega con facilidad a pactos de conciliación que siempre son limitaciones a la libertad docente. Hemos pasado en definitiva de la situación del pasado en la que los profesores eran como dioses a la situación actual de que al cliente (los padres) siempre se le da la razón. Todavía no hemos conseguido el equilibrio.

Por tanto hemos de conseguir que los profesores no tiren la toalla y devolverles autoridad en nuestros hijos a partir de la confianza de que nosotros no vamos a criticarles. Ni el colegio ni el profesor saben si usted es de los padres que consideran a sus hijos intocables y por ello necesita que usted les dé el mensaje de que no es un padre demandante, ellos no se van a atrever a preguntárselo.

Centrar la tarea en algo concreto y sencillo.

Para poder realizar la terapia de economía de fichas hay que escoger una tarea a realizar que sea lo más concreta posible. Para lograr centrar la tarea los padres tienen que hablar de qué es realmente importante que haga bien. Hay que hacer una lista (que no pase de 10) y empezar por una de las tareas más sencillas o más urgentes hasta que creamos que lo hace bien al menos durante al menos 2 semanas (recomendamos 4).

A veces para hacer nuestra lista necesitamos ayuda externa. Podemos a tal fin inspirarnos en los cuestionarios que nos da el psiquiatra para evaluar los problemas conductuales, por ejemplo la escala de Eyberg (ver anexo 6).

Controlar más de una tarea hasta la siguiente consulta resulta difícil para algunos padres al principio. En todo caso no conviene empezar con más de dos tareas por vez.

Autorregistros.

Los autorregistros son calendarios en el que de forma simbólica se anota si se hizo o no una determinada tarea. Es bueno que se vean al menos 15 días y a ser posible un mes. En ellos se anota el resultado del contrato terapéutico. Es necesario que el registro esté a la vista del niño para que pueda ver la evolución de sus mejoras. Es esencial hacer autorregistros para lograr que la terapia funcione ya que no es posible controlar los resultados y premios de memoria.

En el autorregistro se pueden anotar cosas positivas o negativas, y si se hacen o se dejan de hacer. También se puede hacer una anotación categórica (lo hizo o no) o bien una cuantitativa: cuántas veces se hizo algo. Vemos por tanto que los apuntes se pueden complicar y que el sistema no es tan intuitivo como a primera vista parece.

Según cómo se apunten las cosas, la terapia puede ir mejor o peor, ya que puede ser más o menos comprensible. Por tanto, para que sea fácil de entender recomendamos empezar apuntando cuántas veces se hace una conducta (positiva o negativa).

Por ejemplo, si vamos a anotar malas conductas, en el calendario se puede poner un palote si se dijo una palabrota (esta forma de anotar busca hacer desaparecer una mala conducta).

También se pueden anotar las tareas realizadas de forma correcta como palotes por hacer la cama, vestirse o desayunar en el tiempo previsto. Esto se usa para hacer aparecer una conducta y cuantos más palotes más premio.

Es más fácil hacer aparecer una conducta que hacer desaparecer una previa.

Esto se debe tanto a una dificultad psicológica relacionada con la conducta como a una dificultad para entender la propia terapia de puntos. Es más sencillo entender que te dan puntos por hacer algo que por dejar de hacer algo.

Por tanto es muy importante la connotación positiva o negativa que demos a la tarea que incluyamos a la tarea. Así, de la situación problema cogemos la parte que se pueda enfocar como tarea positiva (estamos explicando de otra manera la terapia del hombre muerto previamente expuesta).

Esto que acabamos de decir sólo se entiende con un ejemplo, ya que, como estamos intentando demostrar, los humanos nos hacemos lío con esto de negativo positivo. Así, palotes (puntos) cada vez que se lave, va a funcionar mejor que palotes por no tener que decirle que se lave. No funciona bien anotar un palote cada vez que nos vemos obligados a recordarle que se lave. Da mejor resultado lo primero, porque es más comprensible, sencillo, tiene connotación positiva y el control de lo que sucede depende exclusivamente del propio paciente y no de la conducta de otros. En las otras dos situaciones el número de palotes que se apuntan depende de la impaciencia del padre, que por otro lado es quien apunta los palotes, es decir el padre es claramente parte y juez. El niño percibe que da igual lo que haga porque va a depender de su padre todo al final. Sin embargo en la primera situación el recibir o no el premio solo depende de lo que el haga. Como hemos visto, esta situación tenía dos formas de ser enfocada para la terapia, y así ocurre con cualquier situación. Hay que buscar la manera de que la tarea se entienda y el premio dependa sólo de la conducta del niño.

Otro ejemplo: No es lo mismo decirle que si no estudia no ve la tele que decirle que cuando acabe de estudiar ve la tele. Recuerde aquí el ejemplo del canguro y el

azúcar, hay que conseguir que el niño lo vea así: *"si haces algo te das el premio. El premio está esperándote. Nadie te quita nada, tu te lo administras"*.

"Quien no hace el registro NO MEJORA en el largo plazo"

En principio todo el mundo mejora en el corto plazo, hasta con el peor terapeuta, el problema es conseguir efectos a largo plazo. El realizar correctamente el autorregistro es un buen indicador de qué padres van a ir bien en el largo plazo.

Obviamente hay otros factores que influyen en que las cosas se tuerzan, pero lo que depende directamente de nosotros y no del azar es hacer la terapia y hacer el autorregistro.

La gente no se toma en serio lo de hacer el autorregistro, creen que pueden hacer todo lo que se les propone de memoria. Los padres no se dan cuenta de que hacer de memoria la tarea del autorregistro es hacerla como antes de acudir a terapia y si uno acude al terapeuta es para cambiar las cosas.

El hacer el autorregistro o no nos informa de la motivación de los padres y nos ayuda a que las cosas vayan bien porque ayuda a cambiar efectivamente las cosas y a ver los fallos de la terapia (por ejemplo cuando las tareas dejan de hacerse determinados días de la semana).

Resumen del contrato terapéutico.

- Los padres hacen una lista con las malas conductas del niño.
- Los padres proponen una serie de tareas para eliminar las malas conductas o hacer aparecen conductas beneficiosas. Esto a veces requiere de la ayuda del terapeuta.
- El niño hace su lista de deseos. Si pide disparates o no es capaz, la hacen los padres negociando con el niño.

- Se negocian (si por edad conviene) los premios a cambio de ciertas tareas. Si no es posible el acuerdo, lo deciden los padres.
- El premio que se da sólo se pueda obtener por la terapia. Retirar todo privilegio excesivo. No queremos que tenga "de todo" para que lo que se le dé le interese.
- Definir claramente las tareas. Todo ha de ser muy cuantificable: que se pueda decir si hizo o no la tarea, cuantas veces y/o cuanto tiempo.
- Empezar con una o dos tareas al principio.
- Buscar una tarea con connotación positiva.
- Que haya una parte de fijo y otra de incentivos en los premios.
- Puede incluso escribirse como los contratos de verdad.
- Anotar la tarea a realizar en autorregistros que estén a la vista de todos.
- Llevar los autorregistros al terapeuta.
- Canjear puntos por ventajas o premios.
- Acudir cada 15-30 días al psiquiatra o psicólogo a comentar incidencias y corregir fallos.
- Conseguir que todos los que intervienen en la educación (cuidadores) hagan lo mismo, esto incluye tíos, abuelos, etc. El personal del colegio suele estar preparado para este tipo de terapias pero en el colegio se ponen tareas diferentes y el control de puntos, canjes de puntos, etc, lo hacen ellos por su cuenta.

Qué hace que la terapia vaya bien o mal.

El buen funcionamiento de la terapia no depende tanto de lo bueno que sea el terapeuta que te toque, como de una adecuada combinación entre lo bueno que sea éste en explicar la terapia y los padres en entenderla y aplicarla.

Intentar en serio la terapia.

Si se hace la terapia no es para quedarse en medias tintas, esto puede empeorar al niño y lleva a los padres a la idea de darse por perdidos porque se ha intentado todo. Hay que valorar si se ha intentado en serio y de la manera correcta antes de decir alegremente que se ha intentado todo.

7.3.2 Soluciones fuera de la familia.

En general el problema de atención e hiperactividad mejora con medicación y respecto al problema de conducta los padres consiguen superarlo con más o menos éxito, lo suficiente para mantener la educación y la convivencia.

En casos extremos el problema de conducta desborda a los padres o al colegio, se ve que los padres no van a poder cambiar las cosas y que el niño con su conducta va a perjudicar para siempre su futuro. Estamos hablando de niños a los que el colegio se ve obligado a expulsar por meses, que pegan o acosan a otros niños, que necesitan de intervención de servicios sanitarios tipo 112 o 061 e incluso policiales tanto en casa como en el colegio, que han pasado por varios terapeutas y terapias sin éxito, servicios sociales nos confirma que el entorno social no va a poder realizar la terapia, han pasado por hospital de día infantil, están perjudicando a otros hermanos, etc

En tal caso muchos son los padres que hablan de llevarlo a un internado desde el principio o incluso de renunciar a su tutela o su guarda a fin de que las instituciones sean más resolutivas respecto a buscar un colegio con residencia u otro dispositivo. En otros casos son los profesionales quienes lo sugieren. En definitiva la decisión se toma tras asumir que tiene que educarlo un entorno más especializado.

7.3.3. Otras técnicas psicoterapéuticas de apoyo al contrato terapéutico.

Los padres al acabar la exposición previa nos preguntan: ¿Y qué hacemos con el resto de cosas que hace mal, mientras aplicamos la terapia? Opciones:

- En muchas cosas, sobre todo si no están en la lista de tareas para terapia, hay que hacer como que no se ven . En lenguaje psicológico a esto se le llama **extinción** y en lenguaje de la calle "hacerse el sueco". Esto es mejor que dejar claro al niño que hemos visto que ha hecho algo mal y que no vamos a hacer nada.

- En otras cosas conviene empezar a dejar claro que sí que nos damos cuenta. Esto suele conllevar un cierto nivel de **castigo**, pero hay que ser prudente, no podemos estar castigando por todo y menos aún enredarnos en pulsos de poder con el niño si no los vamos a ganar. Nosotros somos partidarios de que se pongan pocos castigos pero que se cumplan siempre (por ello el castigo nunca de ser extremo ni suprimir la parte fija de privilegios). En algunas terapias para que se hagan una idea proponen que tiene que haber una relación premio/castigos de 3 a 1.

- Puede ser útil el **aislarlo** unos 2 minutos en su habitación cada vez que hace algo mal. Puede ser menos tiempo o algo más, pero no mucho más (se puede uno equivocar más fácilmente añadiendo minutos que quitando). Si añadimos mucho tiempo es posible que "la monte" dentro de la habitación obligando a entrar y seguir con una escalada de enfrentamientos y castigos. Además, forzando a entrar consigue romper la parte terapéutica que supone esta técnica (amenaza de separación). Es decir recomendamos poco tiempo, sólo queremos dejarle claro qué cosas hace mal ya que aunque parezca increíble a veces no son conscientes.

Al inicio de la terapia puede ser necesario hacer hasta 20 aislamientos o más el primer día de terapia. No hay que discutir con el niño, se puede decir porqué se hace, pero no se replica a la excusa que nos dé (que nos la dará). Puede que tenga razón en alguna de sus excusas y nos demos cuenta mientras lo llevamos al cuarto. Es mejor

seguir adelante y dar el mensaje de que no merece la pena ponernos a prueba. Se puede decirle más tarde que puede que tuviera razón pero que si crea mala fama "te va a ocurrir como al del cuento, que avisaba que venía el lobo tantas veces de mentira, que cuando vino de verdad y avisó, nadie le creyó", y que merece la pena que empiece a invertir en crearse buena fama en vez de mala. Esta actitud también da el mensaje de que una vez puesto un castigo no se levanta y no vale empezar con regateos ni juicios, ni apelaciones, ni dar pena, ni ponerse mimoso.

Como estamos hablando de llevar al niño a su habitación no vamos a saltarnos el espinoso asunto de cómo se lleva físicamente a un niño agresivo. Bueno se hace como se puede, sin descartar en casos extremos lo que los padres llaman llevarlo a rastras (oponiéndose a su resistencia física), pero conservando siempre la calma, que nos vea imperturbables aunque le podamos decir frases tranquilizadoras. Si uno no quiere que le den patadas se coge el niño como si fuera un tronco con la espalda del niño hacia nosotros y en diagonal de manera que las patadas las reciba el aire. Quizás a algún lector le asombren estas líneas, entonces es que no tiene un problema serio y ha de congratularse por ello. En estas líneas estamos hablando más bien de niños que ya dominan físicamente a sus padres o lo intentan, que a veces les pegan y que "les tienen comida la moral" de manera que sus padres les dejan hacer lo que quieren por no tener más problemas en el minuto siguiente. Coger al niño de la forma que le indicamos evitará que reciba una patada, mordisco o puñetazo y que entonces de verdad pierda los nervios o se le vaya la mano, algo que en estos niños no vale de mucho y de lo que uno se arrepiente después indefectiblemente.

- **Poner al niño en el lugar de los padres**. Es necesario al menos preguntarle qué haría si tuviera que hacer de padre y tuviera un niño como el. Es aún más efectivo usar la imaginación y conseguir crear un juego o un cuento en el que ellos hagan de

padres y ponerles en situación de tener un niño que no obedece y decidir si le dan premios o no, etc.

- Tener un rato de "buen Rollito" o **juego activo**. Tanta tensión supone hacer de terapeuta que si nos descuidamos perderemos el rato de jugar con ellos. Puede que ya lo hayamos perdido por que se nos han ido las ganas. Puede también que muchas de las cosas malas que el niño hace sean para conseguir que estemos con el cerca, como única forma de lograr dicho contacto puesto que ya no jugamos con el.

Uno de los objetivos de la terapia en parte es cambiar estar todo el rato pendiente del niño pero de mal humor por estar menos ratos pero buenos. Por tanto recomendamos que haya un tiempo de juego activo con el niño por parte de ambos padres en el que estemos en exclusividad con el. Este tiempo será siempre el mismo independientemente de si el niño se ha portado bien o mal. Como estamos en terapia este tiempo es el "fijo" y si además su comportamiento ese día ha sido bueno habrá un extra de juego. Muchos padres ponen el fijo entre 15 y 30 minutos dependiendo de sus posibilidades y el comportamiento del niño.

7.3.4 Rabietas.

Es un fenómeno que pilla a padres primerizos desprevenidos y que genera todo tipo de reacciones en general violentas. Es una experiencia que puede ser terrible y sólo la distancia que da el tiempo hace que el recuerdo deje de ser tan malo y haga uno bromas al recordarlo.

Si sufre una rabieta de su hijo en la calle observará dos tipos de reacciones en la gente que pasa: la de padres experimentados que le miraran con pena o sonreirán viendo la que se le avecina y por otro lado la de transeúntes que poco menos le exigirán que le haga más caso al niño y le preguntarán con la mirada qué le ha hecho usted para

que se ponga así. Haga más caso a los consejos de los primeros que a los de los segundos.

El fenómeno de las rabietas consiste en llanto, agresiones del niño hacia nosotros, tirarse al suelo, dificultad para coger al niño del suelo porque cuando lo coges te sacude o se retuerce para caer al suelo intentando hacerse daño. El niño habitualmente llora más cuanto más le hablamos o intentamos calmar, devuelve agresiones a nuestras muestras de afecto y en definitiva agota nuestra paciencia.

El desencadenante puede ser llevarle la contraria en un capricho, quitarle la razón o prever que le caerá bronca por algo malo que ha hecho (la mejor defensa un ataque). El niño se comporta como si se le hubiera quitado algo a lo que tiene derecho y ante esa "injusticia", se irrita hasta perder el control en una primera fase, luego intenta "sólo" descargar su ira y finalmente se le va pasando.

Vamos a las soluciones para las rabietas.

Cuando hablamos de soluciones tocamos el punto espinoso de los **límites**. Límites es un eufemismo para hablar de normas, esencialmente normas sobre la manera en que se relacionan uno o varios individuos para evitar malas conductas. Hace referencia por ejemplo a cuantas veces se va a tolerar una conducta y qué respuesta dar si se saltan dichos límites.

En las rabietas hay que hablar inevitablemente de poner límites aunque sería necesario hablar de límites para toda la educación. Efectivamente, al igual que una educación excesivamente represiva puede ser mala, también produce traumas afectivos el ser excesivamente tolerante. Sin entrar en detalles el efecto del exceso de tolerancia y de la falta de límites es que los niños sienten que "se pasa de ellos". En todo caso en las siguientes líneas verá usted cómo nosotros defendemos el uso de límites.

A veces uno se da cuenta del inicio de la rabieta en el mismo momento en que va a empezar y una distracción o una broma consigue evitar que prosiga. Sin embargo si la rabieta ha empezado es como un fósforo, hasta que no se incendia toda la cabeza de la cerilla no es fácil apagarlo. El símil de la cerilla es bueno, porque tango el niño como los padres se encienden ya que el llanto nos provoca un cambio afectivo profundo e inesperado (nos vuelve otro de repente) y controlar esto requiere intenso aprendizaje.

Pegar a un niño en mitad de una rabieta, no es útil, si lo fuera y no produjera traumas afectivos lo recomendaríamos sinceramente, como recomendaríamos ponerse ajos en el cuello si fuera útil. Sin embargo, la verdad, pegar en mitad de una rabieta no arregla el problema, sino que lo empeora. Tampoco es hablarle o acercarse antes de tiempo. El niño con rabieta "fetén" se tira al suelo, se golpea, golpea a quien se le acerca y busca desahogarse contra algo, alguien o contra si mismo. Por otro lado los niños que suelen tener estas rabietas son de una "pasta especial", suelen ser rebeldes a la naturaleza y los castigos a veces no consiguen sino provocarles.

Si la rabieta es en el propio domicilio lo mejor es mantenerse a prudente distancia, sería ideal en algunas ocasiones que él no nos pudiera ver, pero nosotros a él sí. Si esto no es posible, al menos deberíamos poderle ver con facilidad de forma intermitente o poder vernos mutuamente a distancia. De esta manera evitamos por un lado el roce verbal o físico que pueda generar más violencia y por otra parte estamos amenazando con la separación para lograr que se calme antes. A veces vemos que tras mirarnos se lanza contra nosotros para agredirnos o tras mirarnos aumenta el lloro. ¡Pues a poner más distancia o incluso irnos y volver al cabo de poco!

Conforme baja el tono o frecuencia de la llantina, entonces uno prueba a calmarle con palabras quedas y un abrazo.

Aunque nosotros no nos acerquemos el niño se acercará de todas maneras, si es para reconciliación bien, si es para agredirnos volver a separarnos es esencial.

A veces es necesario mover al niño con rabieta para sacarlo de un entorno muy cerrado a otro más abierto, o lo que es mejor al aire libre. En tal caso hay que cogerlo como ya hemos dicho: como si fuera un tronco haciendo un ángulo con nuestra vertical para evitar las patadas y con su vientre hacia delante para evitar los puñetazos y mordiscos.

En un entorno no domiciliario y abierto se procede lo más parecido posible a lo ya comentado para un entorno domiciliario.

Estas recomendaciones van siendo menos necesarias en rabietas de niños mayores, en las que las aproximaciones pueden ser realizadas más pronto y son más útiles, ya que el propio niño sabe que se le va a pasar y que es inevitable la reconciliación.

Concepto de castigo, refuerzo negativo y refuerzo positivo.

En terminología psicológica un castigo es lo que se hace para evitar que alguien acabe una conducta que no queremos que haga, y un refuerzo negativo es la forma en la que conseguimos que aumente la frecuencia de cierta conducta para evitar una consecuencia negativa. Un refuerzo positivo es lo que aumenta la frecuencia de cierta conducta porque se espera una consecuencia positiva.

Por ejemplo, un castigo es un grito o un azote cuando alguien está haciendo algo mal. Un refuerzo negativo es que el niño hace los deberes para evitar quedarse sin jugar al ordenador. Un refuerzo positivo es que se da un premio si se hace algo bien.

Una terapia en forma de refuerzo positivo para hacer los deberes es que por ejemplo se le da una hora para hacer deberes y a continuación viene una hora para televisión (o consola). Cuanto antes acabe los deberes, antes puede ver la televisión. Hay un premio y el se lo dosifica en función de su esfuerzo.

Sin embargo una terapia en forma de castigo es que cada vez que le vemos sin estudiar se le reprende.

Una terapia en forma de refuerzo negativo es que estudia para evitar la bronca cuando se compruebe que no ha estudiado o hecho los deberes.

De los tres sistemas el que mejor va con los niños negativistas desafiantes es el refuerzo positivo, luego el negativo y luego el castigo.

La diferencia entre refuerzo positivo y negativo puede ser sutil. Influye la percepción de si se tiene derecho a algo o no (por ejemplo ver la TV). Si el paciente considera que tiene derecho a ver la TV y no se le deja hasta que acabe los deberes, parece que se le hace refuerzo negativo (estudia para evitar un daño que es no poder ver la TV).

Por ello hacemos incapié en que se empieza de cero y no se tiene derecho a nada. Al niño se le explica diciéndole que los bienes materiales que se le dan son extras que se dan cuando todo va bien, como muestra de afecto, y que en el momento actual en que casi todo va mal no se le pueden dar. Si hace falta algo más se puede recordar que las obligaciones reales de los padres por ley son: educación, alojamiento, vestido, alimentación, afecto, etc, pero no dar la consola de videojuegos.

7.4. TERAPIAS CONCRETAS PARA PROBLEMAS HABITUALES.

El niño tarda en vestirse.

Pongamos para complicarlo que los diferentes terapeutas o cuidadores no se ponen de acuerdo en si lo hace por déficit de atención o por llamar la atención o por desafiar la autoridad. Situémonos además en la común situación de que el niño cuando tiene que ver a sus amigos sí se viste rápido (por si quedan dudas de que sí sabe).

Si este fallo es por inatención una ayuda sería Rubifén ® pero habría que darlo nada más despertarse, a ser posible junto con el desayuno.

En todo caso, la terapia como ya hemos defendido, ha de ser combinada por lo que también podemos dar pautas de conducta en vez de fármacos para esta situación. En este caso al principio se darán puntos por vestirse en 15 minutos (luego se puede disminuir el tiempo). Los padres han de tener en mente que avisarán sólo 2 veces a su hijo: una al principio de los 15 minutos y otra 5 minutos antes del final de estos 15 minutos. Si no se ha vestido a los 15 se le viste y no obtiene su punto. Esto puede significar por ejemplo no ver la TV antes de ir al colegio.

El no insistir más allá de un número de veces es necesario en todas la terapias ya que evita el riesgo de las llamadas de atención y hace responsable de su conducta al niño. Otra opción es el uso de temporizadores que evita la discusión sobre si han pasado los 15 minutos o no y permite al niño ver los minutos que le quedan.

Hacer los deberes.

Decimos a los padres que pongan unas horas para hacer los deberes según el tiempo que los profesores consideran necesario para hacerlo. Pongamos que hace falta una hora.

Los deberes han de hacerse al poco de llegar a casa para aprovechar el efecto de la medicación que tomó en el colegio o la de la merienda. De otra manera nos

obligaremos a dar otra toma al llegar a casa lo que por otra parte suele ser necesario de todas maneras.

Queremos reforzar el hacer los deberes con un premio (una actividad) para que resulte agradable. La recomendación es que dicha actividad (por ejemplo ver un vídeo) se haga a continuación y que su duración tenga que ver con la rapidez en hacer los deberes.

Entonces la terapia se propone, por ejemplo, así: " de 15 a 16 horas deberes y de 16 a 17 horas vídeo (o videojuegos). Cuanto antes acabes los deberes (y estén bien hechos), antes empieza el vídeo. Cuanto más tardes, más vas consumiendo el tiempo del vídeo. Y aquí viene lo difícil, si el niño consume todo el tiempo reservado para vídeo haciendo los deberes, aún así le dejamos 10 minutos de vídeo para que se "pique" con lo que está perdiéndose. Obviamente vídeo se puede sustituir por TV, etc. Preferimos vídeo porque su duración e inicio lo controlamos, mientras que el inicio de los programas de TV no.

Cuando la tarea requiere más de una hora hay que repetir este módulo de 2 horas de terapia más veces.

El tiempo inicial de estudio ha de fragmentarse a su vez en ratos de estudio y de descanso, por ejemplo 20-30 minutos de estudio y 10-15 minutos de descanso. Para marcar estos periodos el uso de temporizadores es esencial. Ver figura 1.

Técnicas de estudio. Conviene tener al menos unas nociones básicas para enseñarle al niño.

Se memoriza mejor si el niño estudia para explicarlo como si fuera el profesor, es decir como si tuviera que explicarlo mañana a sus compañeros. Lo siguiente más útil es que el niño use pequeños resúmenes o esquemas.

Lo que se enseñe al niño se transmite mejor si se escucha a la vez que se lee, con uso de medios audiovisuales y repasando el mismo día.

Hay que evitar estar tan encima que acabemos haciéndole los deberes. Por tanto hay que dejar que se esfuerce solo. Esto supone que hay que decidir cuánto tiempo hay que dejarlo estudiando solo. Para hacerlo conviene registrar mediante un reloj en mano en cuanto tiempo pierde la concentración. Todo ello de forma que el niño no se dé cuenta para evitar manipulaciones. Estas comprobaciones se pueden hacer para diversas tareas. Una vez comprobado estos tiempos sabremos cada cuanto tiempo podemos entrar ya sea para preguntar la lección o comprobar que se ha hecho el trabajo propuesto. Después conviene programar un descanso. Este esquema de trabajo/descanso se repite el número de veces necesario.

Para programar tiempos de estudio y descanso son de gran ayuda el uso de temporizadores como los que se usan para las cocinas. Se pone un tiempo para estudiar (pej 20 o 30 minutos). Al final de esos 30 minutos suena el temporizador, entonces antes de levantarse se pone un tiempo de descanso (10 minutos). Cuando suena el temporizador porque han pasado los 10 minutos hay que volver a estudiar, etc.

Esto nos permite entrenar al niño a hacer descansos antes de que aparezca la inatención y conseguir mantener un ritmo de estudio. También nos permite entrenar al niño en alargar el tiempo de estudio aumentando el tiempo de temporizador. Por último el temporizador evita discusiones sobre si ya es la hora de volver a estudiar y evita los habituales ataques al que avisa con el fin de que alargue algo más el tiempo de descanso, ya que es una máquina quien advierte del tiempo pasado. Es conveniente que

el temporizador lo ponga el niño antes de levantarse para descansar y nada más sentarse para estudiar y que el adulto supervise que no hace trampas.

Acostarse a una hora.

Para empezar hay que poner una hora fija y no dependiendo de lo que echen en la TV.

No ceder fácilmente a las peticiones de "buen rollito" de un día, ya que se van a convertir en exigencias al día siguiente.

Por ejemplo, puede que un niño que no lee nunca pida quedarse hoy un poco más para leer, si le dejamos para fomentar su repentina afición a la lectura, lo más probable es que mañana se quiera acostar más tarde pero ya sin leer. Si se cede el niño comprueba que es posible acostarse más tarde, que el cumplimiento de las normas es flexible y él desde luego va a poner a prueba esa flexibilidad. Hay que valorarlo con cuidado y si se cede se hace con todo tipo de advertencias de que mañana no se repetirá.

Nos cuentan los padres que si fuerzan dejarle en la habitación grita y alarma a los vecinos y por eso ceden. Ya hemos dicho que hay que intentar mostrarse neutros y no caer en la trampa de decirle: ¡hijo mío no grites que vas a molestar a los vecinos!. Algunos padres nos cuentan que han solucionado el problema dando explicación a los vecinos de lo que va a pasar (muchas veces estando el niño presente para que vea que se va a por todas).

Otra opción para padres menos atrevidos es la de dejar al niño a hora fija, quitar la luz, salir, esperar el llanto, contar unos minutos y entrar, así sucesivas veces, entrando cada vez menos tiempo y más espaciado. Dentro de las opciones para "enriquecer" esta terapia hemos de decir que hay quien ha tenido que quitar las bombillas.

Se puede añadir a lo previo diversos grados de complicación a demanda de los padres. Por ejemplo dejar la puerta abierta e ir cerrándola poco a poco. Ir disminuyendo progresivamente la intensidad de luz, cambiar la intensidad de bombillas, poner telas cada vez más espesas alrededor de la lámpara. El anecdotario de modificaciones que nos cuentan los padres es muy extenso.

Mientras todo se vaya haciendo progresivamente en dirección a la normalidad: niño que se queda a dormir sin luz con puerta cerrada a hora fija en la cama, todo sistema es correcto. A veces los padres nos dicen que ya han aplicado estas soluciones. En tal caso la mayor parte de las veces hay un error de método habitualmente en los tiempos y la permanencia de la medida. Así, es frecuente que se haya aplicado de forma errática: unos días un sistema, otros días otro, etc.

Efectivamente, cualquiera de estas soluciones (y otras) funcionan pero siguiendo el método de progresividad y consistencia que proponemos. Por tanto todos los cuidadores han de aplicar constantemente la misma solución durante un tiempo. Lo importante es no mezclar soluciones en un intervalo de pocas semanas. Es típico probar hoy con el vaso de leche caliente, al siguiente día con el muñeco de luz y al siguiente con un cuento. Terapia para dormir no significa hacer pasar un mal rato, sólo hacer siempre lo mismo. Si todos los días se lee un cuento antes de dormir y eso funciona: bien. Pero sólo un cuento, no aceptar la petición de dos, porque mañana son tres. Aquí de nuevo hace falta el acuerdo de cuidadores y si esto no es posible un único cuidador ha de usar un único sistema durante un tiempo.

Puede por tanto que usted haya leído otras soluciones o que se le ocurran otras, piense: lo importante es el método, aplicarlo progresivamente yendo hacia la normalidad, sin prisa pero sin pausa y con el acuerdo de todos los cuidadores.

Finalmente, hay un grupo de niños que tiene auténtico terror a dormir, esto quiere decir que ellos de día muestran interés en dormir pero cuando llega la noche no pueden. En tal caso, puede que haya otro problema diferente del de llamar la atención o del desafío de la autoridad de los negativistas desafiantes. Normalmente ese otro problema es la ansiedad. Aquí suele ser necesario dar durante unos pocos días una pastilla tipo orfidal ® 1 mg o tranxilium® pediátrico de 5 mg para relajar o dormir. Sólo unos 2-4 días. Esto rompe el círculo vicioso de ansiedad/no dormir/ansiedad. Obviamente antes intentamos una terapia si no se intentó previamente pero la ayuda del fármaco a veces es insustituible.

Por último y en relación con el dormir, ¿ya compró barandillas para evitar caídas? Estos niños a veces duermen bien pero se mueven mucho.

Comer mal.

Aquí también puede haber otra patología diferente de la del desafío de la autoridad. Imaginemos que sin embargo se haya descartado, lo cual nos deja también fuera que haya un problema de bajo peso.

En tal caso hay que poner una tarea concreta a todo el largo proceso del comer para facilitar la terapia: comer en un tiempo, comer algo de todos los platos, no quejarse, etc.

De nuevo es necesario controlarse, no insistir más de un número de veces, así como hacerse el sordo ante las quejas.

Hay que poner la misma comida para todos los componentes de la familia y no hacer platos especiales al paciente. Hay que poner un tiempo para comer de 30 minutos y retirar la comida después sin más prórrogas. Si ha comido bien se dan puntos para que canjee por premios. Comer bien significa comer todo o una determinada parte de la

ración (hay quien tiene que pesarlo para evitar discusiones). El niño desafiante come lo que le gusta a deshoras. Hay que prohibírselo.

Actitud en el comedor del colegio. Los padres quieren presionar al personal para que transmitan esa presión al niño, eso es lo que no queremos, precisamente eso mantiene el trastorno si se hace en plan de "come, come, come". De nuevo es necesario que haga de intermediario el profesional y que si se aplica sistema de puntos sea el propio profesional del colegio el que dé pautas.

Para los niños que comen mal en casa la amenaza o ejecución del comer en el colegio puede ser la solución.

8. AUTORREGISTROS

Esencialmente el autorregistro ha de servir para anotar si se ha cumplido una tarea. Es necesario que contenga el registro de al menos 30 días para ver la evolución del proceso.

El autorregistro ha de ser expuesto habitualmente a la vista de quien cumple la tarea en un sitio visible y por el que se pase habitualmente para que la visión del papel recuerde la tarea. Un buen sitio es la puerta del frigorífico o debajo del calendario o reloj de la cocina.

Lo ideal es que lo rellene el propio niño. Si el niño es pequeño o lo hace mal necesitará de la ayuda y supervisión de los padres.

Ejemplos de autorregistros (anexos 1, 2 y 3).

En el anexo 1 se muestra un autorregistro para un única tarea (anexo 1).

En el anexo 2 se ha añadido una columna a la derecha para valorar la dificultad o resistencia en hacer una tarea concreta. Consiste esta escala en una recta de 10 cm en la que hay que poner una cruz que simbolice la dificultad en hacer la tarea. Si la

dificultad es media se pone una cruz en el medio de la recta, si la dificultad es baja se pone la cruz hacia el extremo izquierdo, si la dificultad es alta se pone la cruz hacia el extremo derecho. Esto es de utilidad cuando el niño se esfuerza en hacer la tarea pero no logra hacerla por lo que en vez de valorar si lo hace o no, se valora el esfuerzo con esta escala.

Aunque el padre sea capaz de apuntar más de 5 tareas no lo recomendamos, ya que dudamos que el niño vaya a hacer bien simultáneamente tantas cosas o que sea capaz de estar pendiente de tantas cosas. En el anexo 3 se da un registro para hacer varias tareas a la vez.

9. ESCALAS

No vamos a dar una relación extensa de las escalas existentes. Vamos a hablar de las que usamos nosotros para trabajar en el día a día.

En un principio las escogimos de entre las mejores por estar validadas al español. Estar validado significa por un lado que la traducción desde el inglés es correcta en todos los niveles (esencialmente que no se haya perdido el sentido de las frases) y por otro lado que se ha aplicado a población española obteniendo unos datos que se pueden considerar normales. Estos resultados de normalidad nos permite hacer comparaciones del paciente con la población que se usó para validar el test.

En todos los test se recoge información del paciente y de quien rellena el test; por ejemplo:

NOMBRE.....

FECHA DE NACIMIENTO.....EDAD...(MESES).....(AÑOS)...

FECHA DE REALIZACION DEL CUESTIONARIO:.....

PERSONA QUE RELLENA EL CUESTIONARIO: PADRE..... MADRE.....

Son varias las funciones que se pueden realizar con una escala:

La primera es orientar el diagnóstico.

Las escalas por si solas sin entrevista NO sirven para diagnosticar pero pueden revelarnos datos que no se nos había ocurrido preguntar, pueden ser decisivas en diagnósticos dudosos y pueden aportarnos el punto de vista de alguien a quien no podemos entrevistar como es el profesor de su hijo (ver escala de Connors de profesores en anexo 4 y la de padres en anexo 5).

Las escalas que rellenamos, sobre todo si son de personalidad, pueden tener un problema de dar respuestas idealizadas sobre nosotros mismos (ponemos lo que nos gustaría ser). El test de personalidad que hemos elegido (la escala de personalidad EPQ-J) consigue detectar el nivel de sinceridad.

Valoración de la severidad y el cambio.

Las escalas también sirven para valorar la severidad del cuadro clínico cuando el diagnóstico ya lo tenemos seguro. Se suele hacer una valoración al principio y otra tras aplicar el tratamiento durante un tiempo. Restando una de la otra podemos valorar el cambio. A este fin se puede usar la escala de Connors para profesores (anexo 4) o la de padres (anexo 5)

Orientar la terapia.

Algunas escalas incluyen todas las malas conductas típicas de un trastorno negativista desafiante. Se pueden escoger para terapia aquellas conductas desviadas que superen el grado 5 de severidad para empezar a hacer la terapia (escala de Eyberg en anexo 6).

Normas de corrección de las escalas de los anexos.

Escala de Connors de Profesores (anexo 4).

Tiene que ir sumando puntos dando 0 a la respuesta nada, 1 a poco, 2 a bastante y 3 a mucho. Para obtener la puntuación de déficit de atención hay que sumar los puntos de las preguntas 1, 3, 5, 13,17. Para obtener la puntuación de hiperactividad sumar las preguntas 2, 4, 7, 8, 19 y para las de trastorno de conducta las 6, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16,18, 20.

| Tabla 2. Clave de corrección de la escala de Conners | | |
|--|-------|--|
| | MEDIA | Punto de corte para considerarlo un problema que requiere valoración por especialista. |
| Déficit de atención | 4,41 | 10 |
| Hiperactividad | 4,15 | 10 |
| Déficit de atención con Hiperactividad | 8,56 | 18 |
| Trastorno de conducta | 4,41 | 11 |
| Total | 12,97 | 30 |

Escala de Conners para padres (anexo 5) Corrección.

Sólo tiene que ir sumando puntos dando 0 si la respuesta fue nada, 1 si poco, 2 si bastante y 3 si mucho.

La media de una población normal sería 8 puntos. En la muestra original inglesa se consideraba que un niño podía tener déficit de atención a partir de los 20 puntos. En la española es a partir de los 18.

En todo caso los padres son menos fiables que los profesores.

Escala de conducta de Eyberg (anexo 6).

Corrección. Sólo tiene que ir sumando puntos dando 0 a la respuesta nada, 1 a poco, 2 a bastante y 3 a mucho. Sirve para decidir qué tareas se van a usar para hacer la terapia ya que además de la puntuación hay otra columna en la que a los padres se les pregunta si la conducta de su hijo es un problema. Así, si los padres han marcado determinada conducta de su hijo como problemática, ésta supera 5 puntos sobre 7 en intensidad y es una situación muy concreta (como vestirse solo) es buena tarea para empezar.

Referencias de las escalas.

Una referencia es la manera de escribir los datos necesarios para encontrar en internet o solicitar en un bibliotecario un artículo científico. Las referencias de las escalas que hemos mencionado son las siguientes:

- Referencia de Escala de Conners para profesores (anexo 4):

Farré-Riba, Narbona J. Índice de hiperquinesia y rendimiento escolar: validación del cuestionario de conners en nuestro medio. Acta pediátrica Española. 1989; 47: 103-109..

- Referencia de Escala de Conners para padres (anexo 5).

Farré-Riba A, Narbona J. Escalas de Conners en la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: nuevo estudio factorial en niños españoles. Revista de Neurología. 1997; 25: 200-204.

- Referencia de la Escala de Comportamientos de Eyberg (anexo 6).

García Tornel Florensa y cols Inventario de Eyberg del comportamiento en niños. Normalización de la versión española y su utilidad para el pediatra extrahospitalario. Anales de Españoles de Pediatría 1998; 48

10. INTERVENCIONES EDUCATIVAS.

Esta parte está más pensada para profesionales educativos y por eso lo ponemos muy esquemático. Sin embargo algunas de las cosas que se relatan pueden ser de utilidad para cualquier lector.

En algunos países como EEUU existe la posibilidad de apoyo específico para los TDA. Esto incluye una evaluación multimodal y varias intervenciones básicas.

Si bien lo de la evaluación multimodal suena bien, los estudios muestran que la mejor evaluación que se haga del rendimiento del niño es el examen del rendimiento académico diario.

Respecto a las intervenciones que se realizan en EEUU. Se consideran básicas (esté bien o no hacerlo):

- reducción de cantidad de trabajo
- asiento preferencial
- exámenes sin límite de tiempo.

Tras muchos estudios se ha llegado a la conclusión de que el determinante crítico del éxito en la terapia no es el lugar de intervención (por ejemplo colegios especiales) sino el profesor.

Intervenciones pedagógicas.

| Intervenciones escolares con niños con TDAH. | | | |
|--|-----------------|--------------|---------|
| Estrategia llevada a cabo por: | Niños | Adolescentes | Adultos |
| Padres | Poner objetivos | Negociar | |

| | | | |
|--------------|---|--|---|
| | Contratos Refuerzos Tutoría | Contratos Refuerzos | |
| Profesores | Instrucciones estratégicas. Control de contingencias | Técnicas de estudio Contratos | Modificar tareas |
| Compañeros | Tutoría Aprendizaje cooperativo | Entrenamiento por compañeros Mediación | Entrenamiento |
| Autodirigida | Autorregistro | Autorregistro Autorrefuerzo | Autorregistro Grupo de autoayuda Biblioterapia |

Formación de profesores

1. Modificación de la instrucción/evaluación

La atención mejora ante:

- tareas novedosas: colores vs blanco/negro,
- cuando la respuesta requiere movimiento activo.
- cuando se reciben contingencias (refuerzos, premios) de alto interés
- uso de medios informáticos

El rendimiento mejora cuando:

- se facilita el uso de apuntes de otros
- se da tiempo suplementario para tareas escritas
- se puede hacer un borrador antes de calificación final
- se da tiempo adicional para exámenes
- se hace examen oral.
- Se hacen varios exámenes sucesivos de partes cortas.
- Se pueden usar medios suplementarios: audiolibros, calculadoras, etc.

2. Control de contingencias (tradúzcase contingencias por consecuencias)

- elogios por lo bueno e ignorar conductas negativas.
- retroalimentación frecuente e inmediata valorando casos ya que una vez lograda la conducta hay que reducir paulatinamente y cambiar.
- refuerzo de situaciones concretas y de forma cuantitativa: premio según porcentaje de tarea realizada.
- Economía de fichas (dar puntos) para refuerzos demorados de más valor.
- Contingencias al grupo cuando el paciente lo hace bien, sobre todo si las respuestas del paciente dependen de un mantenimiento por otros compañeros.
- Regla del hombre muerto: si un hombre muerto obtendría el refuerzo por la tarea no es buena tarea. Por ejemplo no lo es la petición de permanecer sentado o no gritar.
- Variación de refuerzos continuamente y al azar para evitar que pierdan valor y el sistema de fichas deje de funcionar.
- También uso de contingencias negativas: reprobaciones verbales cortas, firmes, coherentes. Recordar que se refuerza 3 veces más que lo que se reprende.
- Coste de respuesta (puntos negativos). Por ejemplo perder 1 minuto de descanso. Pero dentro de un programa eminentemente positivo (ver recomendación previa). Es esencial que los alumnos obtengan premios al mismo ritmo que lo pierden.
- Tiempo muerto: supresión sistemática de fuentes de refuerzo positivo ante conducta desadaptativa. Por ejemplo: no hacer caso, expulsar de clase, etc. Ha de ser breve 1-4 minutos.

Contrato terapéutico del profesor con el alumno.

- se especifican conductas de forma concreta
- objetivos de la conducta (no es útil que sea vago o muy elevado)
- valorar consecuencias de la conducta
- acuerdo escrito
- más útil para adolescentes y adultos

Sistemas de tutoría o entrenamiento

- relación de apoyo y confianza
- organización de materiales y conductas
- negociar contratos conductuales detallados
- registro cuidadoso del rendimiento con reuniones
- responsabilizar al alumno
- concertar intervenciones en el aula.

Intervenciones para padres desde el colegio.

- unidades de trabajo pequeñas y manejables.
- nota del colegio dirigida a padres con una valoración 0-1-2 (bien, regular, mal) cada día.
- tutoría paterna: coordinar con la escuela, lectura, habilidades ortográficas y aritméticas. Sólo si el menor es capaz de completar tareas en tiempo razonable
- negociación.

Intervenciones para compañeros en el colegio.

La tutoría de compañeros mejora el rendimiento en habilidades académicas, lectoras y ortográficas para cualquier nivel de rendimiento ya tengan o no un TDA. Duran 20 minutos.

Estructura:

- La clase se divide en 2 equipos
- En cada equipo se forman parejas.
- Los alumnos se turnan en tutoría
- A los tutores se les dan guiones académicos (pej problemas matemáticos y respuestas).
- Se dan alabanzas y puntos contingentes a las respuestas correctas
- Los errores se corrigen inmediatamente y se da la oportunidad de practicar la respuesta correcta
- El profesor controla las parejas de tutoría y da puntos suplementarios a aquellas que siguen los procedimientos.
- Cada alumno recibe puntos conseguidos al final de cada sesión.

11. RESUMEN.

El diagnóstico del déficit de atención con o sin hiperactividad, se hace mediante la entrevista clínica sin necesidad de pruebas complementarias tipo análisis de sangre, electroencefalograma, escáner cerebral, resonancias magnéticas, etc. Los tests tampoco dan el diagnóstico. No se puede diagnosticar antes de los 3 años.

El tratamiento consiste en la combinación de fármacos y terapia.

La terapia va dirigida tanto al propio TDAH (por ejemplo técnicas de estudio) como al trastorno de conducta asociado.

Hay que tratar todos los TDAH, tanto los graves como los leves.

Los TDAH tienen con mucha frecuencia otra patología asociada, como el trastorno negativista desafiante o problemas de aprendizaje. Siempre hay que buscarlos para tratarlos y no fracasar en el tratamiento. Esto va a suponer varios diagnósticos simultáneamente, no hay que asustarse.

A veces el mayor problema es ya el trastorno de conducta asociado en forma de trastorno negativista desafiante. En todo caso el tratamiento siempre ha de empezar con el fármaco para el TDAH para que pueda hacer y entender la terapia. Después se empieza la terapia para que quiera hacer las cosas.

La terapia suele suponer empezar de cero la educación.

Hay que dejar claro que la mayoría de las cosas que los niños viven como derechos son en realidad privilegios derivados de nuestra vida occidental (juguetes, TV, consolas, ordenadores, salidas, etc). Estos privilegios se dan como expresión del afecto de los padres y no tiene sentido seguir dándolos si la conducta es inapropiada. Si se los damos en esas condiciones, transmitimos un mensaje contradictorio y ambiguo del tipo: *"lo haces mal, sin embargo te voy a seguir dejando hacer todo como hasta ahora, eso es que no te portas tan mal como digo"*. El niño pensará que en realidad sus padres son unos quejicas, que no tienen claro lo que quieren o que en realidad los enfermos de los nervios son ellos. Recuerde: el niño necesita coherencia en forma de normas claras y que se cumplan.

Hay que realizar un contrato terapéutico con el niño en el que los padres pidan que se realicen conductas y el niño a cambio obtenga los mencionados privilegios.

Siempre se da en este contrato un fijo de privilegios más incentivos. Si no se da el fijo, el niño se rebela y no colabora, o como mínimo pierde interés.

Este contrato deben conocerlo todos los implicados en el cuidado del niño (abuelos, tíos, etc). Todos los cuidadores incluidos los padres han de formar una piña. No desautorizarse entre sí y seguir las mismas reglas ante el comportamiento anómalo del niño. Han de dejar de representar su papel actual (ser madre, padres, etc) y pasar a ser terapeutas. Han de ser coherentes y consistentes más que duros.

La terapia va también encaminada a cambiar la forma de relacionarse de los padres y cuidadores con el niño, por lo que también cambia a éstos.

Hay que conseguir establecer una buena relación con el colegio.

Existen más técnicas que las que aquí se muestran, sobre todo orientadas al estudio, pero esto se puede hacer mejor en el colegio con los equipos de atención temprana o de orientación psicopedagógica. Lo que hemos expuesto ha de aplicarse a todos los niños con TDAH y en una gran mayoría de casos con esto es suficiente.

Anexo 1.- AUTORREGISTRO PARA UNA UNICA TAREA.

| TAREA REALIZADA: | | | |
|--|---------------|------------|---------------|
| <i>"Vestirse solo en menos de 10 minutos"</i> | | | |
| DIA | PUNTOS | DIA | PUNTOS |
| 1 | | 17 | |
| 2 | | 18 | |
| 3 | | 19 | |
| 4 | | 20 | |
| 5 | | 21 | |
| 6 | | 22 | |
| 7 | | 23 | |
| 8 | | 24 | |
| 9 | | 25 | |
| 10 | | 26 | |
| 11 | | 27 | |
| 12 | | 28 | |
| 13 | | 29 | |
| 14 | | 30 | |
| 15 | | 31 | |
| 16 | | | |

ANEXO 2 AUTORREGISTRO CON ESCALA ANALÓGICA-VISUAL DE DIFICULTAD EN LA REALIZACIÓN DE LA TAREA.

| TAREA REALIZADA | | |
|---|---------------|--|
| "Vestirse solo en menos de 10 minutos" | | |
| DIA | PUNTOS | GRADO DE RESISTENCIA , DIFICULTAD |
| 1 | | MENOS MAS |
| 2 | | MENOS MAS |
| 3 | | MENOS MAS |
| 4 | | MENOS MAS |
| 5 | | MENOS MAS |
| 6 | | MENOS MAS |
| 7 | | MENOS MAS |
| 8 | | MENOS MAS |
| 9 | | MENOS MAS |
| 10 | | MENOS MAS |
| 11 | | MENOS MAS |
| 12 | | MENOS MAS |
| 13 | | MENOS MAS |
| 14 | | MENOS MAS |
| 15 | | MENOS MAS |

| | | | |
|-----------|--|-------|-----|
| 16 | | MENOS | MAS |
| 17 | | MENOS | MAS |
| 18 | | MENOS | MAS |
| 19 | | MENOS | MAS |
| 20 | | MENOS | MAS |
| 21 | | MENOS | MAS |
| 22 | | MENOS | MAS |
| 23 | | MENOS | MAS |
| 24 | | MENOS | MAS |
| 25 | | MENOS | MAS |
| 26 | | MENOS | MAS |
| 27 | | MENOS | MAS |
| 28 | | MENOS | MAS |
| 29 | | MENOS | MAS |
| 30 | | MENOS | MAS |
| 31 | | MENOS | MAS |

**ANEXO 3. REGISTRO PARA VARIAS TAREAS
SIMULTÁNEAMENTE**

| | TAREA 1 | TAREA 2 | TAREA 3 | TAREA 4 | TAREA 5 |
|-----|---------|---------|---------|---------|---------|
| DIA | PUNTOS | PUNTOS | PUNTOS | PUNTOS | PUNTOS |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 21 | | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | | | | | |
| 24 | | | | | |
| 25 | | | | | |
| 26 | | | | | |
| 27 | | | | | |
| 28 | | | | | |
| 29 | | | | | |
| 30 | | | | | |
| 31 | | | | | |

ANEXO 4. ESCALA DE CONNERS DE HIPERACTIVIDAD PARA EL COLEGIO

POR FAVOR PONGA UNA CRUZ EN LA CASILLA QUE MEJOR DESCRIBA EL COMPORTAMIENTO HABITUAL DE SU ALUMNO:

| | | Nada | Poco | Bastante | Mucho |
|----|---|------|------|----------|-------|
| 1 | Tiene excesiva inquietud motora. | | | | |
| 2 | Tiene dificultades de aprendizaje escolar. | | | | |
| 3 | Molesta frecuentemente a otros niños. | | | | |
| 4 | Se distrae fácilmente, escasa atención. | | | | |
| 5 | Exige inmediata satisfacción a sus demandas. | | | | |
| 6 | Tiene dificultad para las actividades cooperativas. | | | | |
| 7 | Está en las nubes, ensimismado. | | | | |
| 8 | Deja por terminar las tareas que empieza. | | | | |
| 9 | Es mal aceptado en el grupo. | | | | |
| 10 | Niega sus errores o echa la culpa a otros. | | | | |
| 11 | Emite sonidos de calidad y en situación inapropiada. | | | | |
| 12 | Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso. | | | | |
| 13 | Intranquilo, siempre en movimiento. | | | | |
| 14 | Discute y pelea por cualquier cosa. | | | | |
| 15 | Tiene explosiones impredecibles de mal genio. | | | | |
| 16 | Le falta el sentido de la regla, del “juego limpio” | | | | |
| 17 | Es impulsivo e irritable. | | | | |
| 18 | Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros. | | | | |
| 19 | Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante. | | | | |
| 20 | Acepta mal las indicaciones del profesor. | | | | |

ANEXO 5. CUESTIONARIO PARA PADRES DE CONNERS SOBRE CONDUCTA INFANTIL.

POR FAVOR PONGA UNA CRUZ EN LA CASILLA QUE MEJOR DESCRIBA EL COMPORTAMIENTO HABITUAL DE SU HIJO

| | NADA | POCO | BASTANTE | MUCHO |
|--|------|------|----------|-------|
| ES IMPULSIVO, IRRITABLE | | | | |
| TIENE DIFICULTAD PARA APRENDER | | | | |
| ES MAS MOVIDO DE LO NORMAL | | | | |
| ES MIEDOSO | | | | |
| NO PUEDE ESTARSE QUIETO | | | | |
| NIEGA SUS ERRORES O ECHA LA CULPA A OTROS | | | | |
| NO ACABA LAS COSAS QUE EMPIEZA | | | | |
| SE DISTRAE FACILMENTE, ESCASA ATENCIÓN | | | | |
| CAMBIA BRUSCAMENTE SUS ESTADOS DE ÁNIMO | | | | |
| SUS ESFUERZOS SE FRUSTRAN PRONTO, INCONSTANTE | | | | |

Anexo 6.- Inventario Eyberg de comportamiento en niños:

Las siguientes frases describen la conducta del niño. Por favor, señale con un círculo el número que describe mejor cual de estas conductas es más frecuente en su hijo, y señale con otro círculo en el apartado “SI” o “NO” si ello es un problema para usted.

| | | Nunca | Rara Vez | Alguna Vez | A menudo | Siempre | ¿Es esto un problema? | |
|----|---|-------|-------------|---------------|-------------|---------|--------------------------|----|
| 1 | Tarda en vestirse. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 2 | Tarda en comer. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 3 | Se comporta mal en la mesa. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 4 | Rechaza la comida que le sirven. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 5 | No quiere hacer las tareas de la casa. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 6 | Es lento en arreglarse para acostarse. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 7 | Se niega a acostarse a la hora. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 8 | No obedece las normas de la casa. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 9 | No obedece hasta que no se le amenaza con un castigo. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 10 | Es desafiante cuando se le da una orden. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 11 | Discute sobre las reglas de la casa. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 12 | Se enfada cuando no se sale con la suya. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 13 | Tiene rabietas. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 14 | Responde mal a la gente mayor. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 15 | Lloriquea. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 16 | Llora con facilidad. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 17 | Grita. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 18 | Pega a sus padres. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 19 | Rompe juguetes. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 20 | No es cuidadoso con sus juguetes y otros objetos. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 21 | Roba. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 22 | Miente. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 23 | Molesta a otros niños. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 24 | Discute con sus amigos. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 25 | Discute con sus hermanos. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 26 | Se pega con niños de su edad. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 27 | Se pega con sus hermanos. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 28 | Quiere llamar la atención constantemente. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 29 | Interrumpe. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 30 | Se distrae fácilmente. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 31 | Pone atención por poco tiempo. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 32 | No termina sus tareas. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 33 | Tiene dificultad para entretenerse. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 34 | Le cuesta concentrarse en una cosa. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 35 | Es demasiado activo o inquieto. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |
| 36 | Moja la cama. | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 6 7 | SI | No |

Figura 1. El tiempo de estudio precede al de un juego o diversión. El tiempo de estudio de fragmenta en estudios y descansos.

Vemos los tiempos de estudio (1), descanso (2), el tiempo variable de diversión (3), y el fijo de diversión (4). Cuando el niño dice que ha terminado los deberes los padres hacen una pequeña evaluación para confirmar que es cierto antes de permitir el inicio del tiempo de juego libre (3). Los tiempos de estudio y descanso pueden requerir del uso de temporizadores para evitar discusiones. El tiempo fijo de diversión se da siempre.

Caso 1. El paciente estudia a velocidad normal y tiene tiempos de estudio y de diversión intermedios.

Caso 2. El paciente va lento y casi pierde casi todo el tiempo de diversión extra (3).

Caso 3. El paciente va lento que pierde todo el tiempo de diversión extra (3). Aun así le seguimos dando el tiempo de diversión fijo (4).

Caso 4. El paciente estudia rápido y bien. Tiene mucho tiempo de diversión extra (3).

