

03

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS. Niños y Adolescentes

Diego Carracedo Sanchidrián

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Universitario la Paz, Madrid.
Nº 4 Convocatoria PIR 2015.
Máster en Terapias de Tercera Generación.
Máster en Neuropsicología Clínica.
Máster en Terapia Familiar Sistémica.

Victoria Alonso Martín

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.
Doctora en Psicología.
FEA Psicología clínica hospital de día infanto juvenil de Vallecas.
Master en terapias contextuales.

**TODO EL MATERIAL,
EDITADO Y PUBLICADO
POR EL CENTRO DOCUMENTACIÓN
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES,
ES ÚNICO Y EXCLUSIVO
DE NUESTRO CENTRO.**

ISBN obra completa: 978-84-18241-33-8

ISBN: 978-84-18241-60-4

Depósito Legal: M-11019-2022

EDITA Y DISTRIBUYE: CEDE

EDICIÓN: febrero 2022

ES PROPIEDAD DE:



**CENTRO DOCUMENTACIÓN
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES**

© RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento, incluyendo la reprografía y el tratamiento informático sin la autorización de CEDE.



INTRODUCCIÓN

La tendencia actual del examen PIR exige una preparación en profundidad de la materia de Psicología Clínica Infantil que es una de las áreas nucleares de la prueba.

La séptima edición de los Manuales Cede ha actualizado exhaustivamente los contenidos, hasta el punto de separar los contenidos teóricos de clínica (criterios diagnósticos, prevalencia, modelos etiológicos, etc.) de los tratamientos. Esto es así por la tendencia al alza de preguntas sobre tratamientos en esta población.

Las preguntas de tratamientos han sido una constante en el examen desde principios de los 2000, pero tanto por la proliferación de manuales de tratamientos como por el viraje de los contenidos hacia la clínica, en los últimos años se han intensificado. Así, en este manual se incluyen las novedades de manuales recientes que no son estrictamente de tratamientos (p. ej. Manual de Psicopatología, Belloch, Sandín y Ramos, 2020) pero sí incluyen nociones de estos, como de los que sí apuestan por un desarrollo teórico-científico de las intervenciones psicológicas (Manual de Tratamientos Psicológicos, Infancia y Adolescencia, Fonseca, 2021).

Estos contenidos son integrados con los previos de tal forma que el estudio se hace de forma ágil, lógica y razonada, con las preguntas PIR integradas y numerosos esquemas y tablas que facilitan el anclaje y recuerdo.

ESTRUCTURA DE LOS TEMAS

Los temas siguen el mismo orden que el manual de clínica infantil, comenzando por un tema introductorio en el que se explican los criterios de eficacia y evidencia científica, las nociones básicas de clínica infantil en cuanto al tratamiento y los tratamientos transdiagnósticos, que parece serán frecuentemente preguntados en el examen.

Se mantiene el orden de los trastornos como en el otro manual, así el estudio se puede integrar y es más fácil hacer esquemas, resúmenes, anotaciones, seguir las clases de ser el caso, etc.

Dentro del texto que desarrolla el tema, se han ido incorporando las preguntas PIR de las últimas convocatorias, incluyendo la convocatoria 2021. Se han limitado estas referencias a las últimas convocatorias (desde el año 2000) con el objetivo de que supongan una guía de la tendencia actual de preguntas del examen.

ASPECTOS RELEVANTES

De forma general, si bien el tipo de preguntas depende de los temas concretos, hay dos aspectos clave:

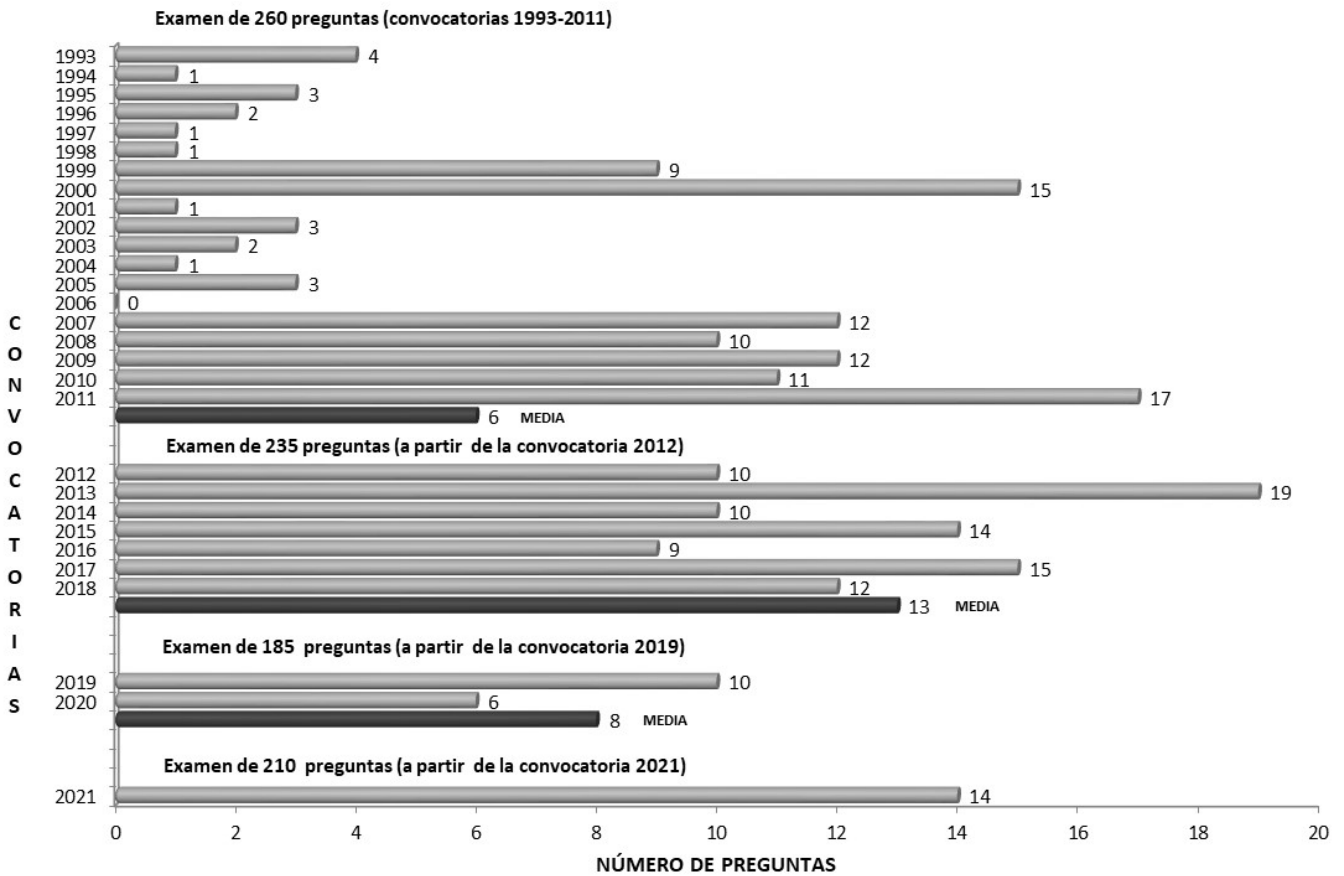
- a) Conocer los programas de tratamiento y saber para qué trastornos se emplean, así como su lógica y componentes.*
- b) Conocer los niveles de evidencia científica de estos programas.*

En cuanto la importancia de las materias, han recibido mayor atención los temas relacionados con los Trastornos de ansiedad, Trastornos del comportamiento perturbador y TDAH.

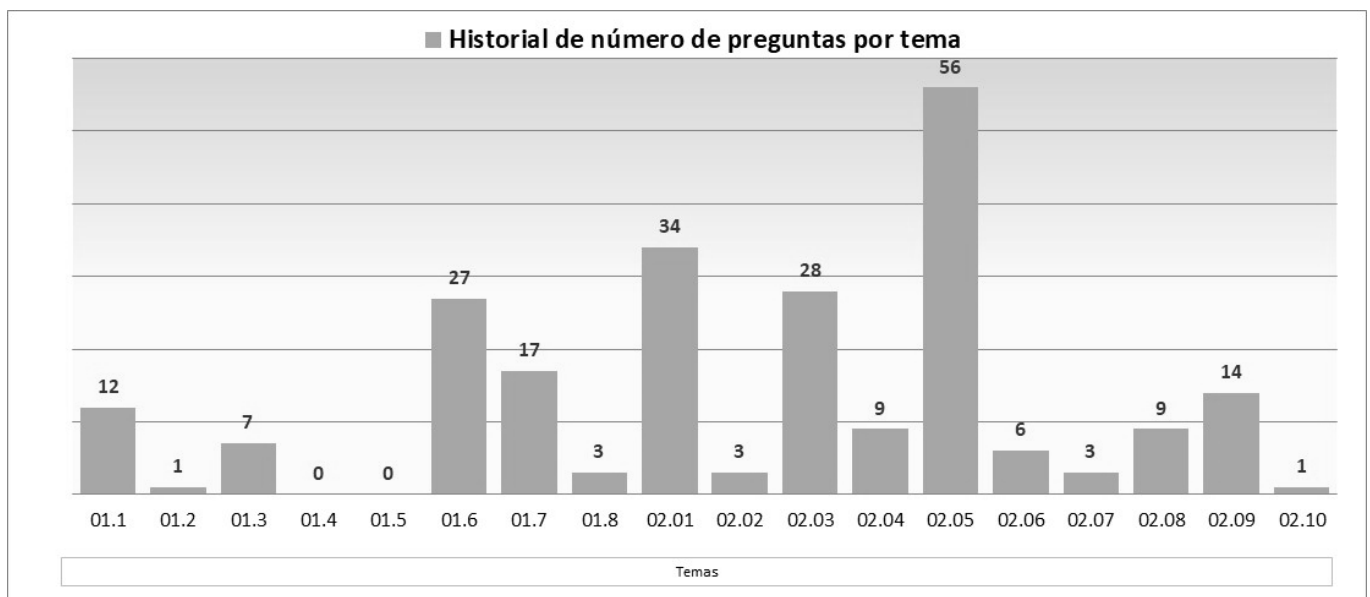
Nota: *No reproducimos aquí los criterios de evidencia científica pues ya aparecen en el manual de adultos y porque se exponen de forma integrada en el tema 1, para evitar redundancias.*



EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PREGUNTAS POR CONVOCATORIA



HISTORIAL DEL NÚMERO DE PREGUNTAS POR TEMA



03

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Niños y Adolescentes

**03.01. INTRODUCCIÓN
TRASTORNOS DEL
NEURODESARROLLO Y PSICOSIS**

**03.02. OTROS TRASTORNOS
DURANTE LA INFANCIA Y LA
ADOLESCENCIA**

**PREGUNTAS PIR
DE CONVOCATORIAS
ANTERIORES**

Índice general de temas

03.01. INTRODUCCIÓN, TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y PSICOSIS

Página 20

03 01 01**TRATAMIENTOS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTO-JUVENIL**

1. Tratamiento en psicología clínica infanto-juvenil
 - 1.1. Características diferenciales
 - 1.2. Terapia en la clínica y la investigación
 - 1.3. Tipos de intervención
 - 1.3.1. Psicoterapia individual
 - 1.3.2. Psicoterapia de grupo
 - 1.3.3. Terapia de juego
 - 1.3.4. Formación para padres
 - 1.3.5. Centros de internamiento
 - 1.3.6. Tratamiento farmacológico
2. Eficacia de las intervenciones
 - 2.1. Principios generales
 - 2.2. Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados
 - 2.2.1. Cuestiones preliminares
 - 2.2.2. Evaluación de los tratamientos psicológicos
 - 2.2.3. Implicaciones prácticas
 - 2.3. Factores comunes y específicos en psicoterapia
 - 2.4. Pericia clínica y evidencia basada en la práctica
 - 2.4.1. Pericia clínica
 - 2.4.2. Evidencia basada en la práctica
 - 2.5. Comentarios finales
3. Modelos de intervención en psicoterapia infantil y adolescente
 - 3.1. Introducción
 - 3.2. Modelo psicodinámico
 - 3.3. Modelo sistémico
 - 3.4. Modelo interpersonal
 - 3.5. Modelo cognitivo-conductual
 - 3.6. Enfoques transdiagnósticos
 - 3.7. Modelo contextual
4. Enfoque transdiagnóstico
 - 4.1. Mecanismos transdiagnósticos
 - 4.2. Evaluación de variables transdiagnósticas
 - 4.3. Modelos de tratamiento transdiagnóstico
 - 4.3.1. Protocolo unificado
 - 4.3.2. Group Behavioral Activation Therapy
 - 4.3.3. Modular Approach to Therapy for Children With Anxiety, Depression, Trauma or Conduct Problems
 - 4.3.4. EMOTION, Coping kids-managing anxiety and depression
 - 4.3.5. Super Skills for Life
 - 4.3.6. Programa PsicAP para adolescentes
 - 4.3.7. Terapia de aceptación y compromiso
 - 4.3.8. Mindfulness
 - 4.3.9. Enfoques universales y enfoques modulares

- 4.4. Evidencia de los enfoques transdiagnósticos
- 4.5. Recomendaciones

Página 38

03 01 02**TRATAMIENTO EN DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

1. Tratamiento de la discapacidad intelectual
 - 1.1. Características y principios del tratamiento
 - 1.2. Planificación de apoyos
 - 1.3. Entrenamiento en habilidades
 - 1.3.1. Técnicas conductuales
 - 1.3.2. Otras propuestas
 - 1.3.3. Programas específicos
 - 1.4. Otras estrategias de intervención
2. Tratamiento de problemas de salud mental en personas con discapacidad intelectual
 - 2.1. Introducción
 - 2.2. Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados
 - 2.3. Terapias de primera generación
 - 2.4. Terapias de segunda generación
 - 2.5. Terapias de tercera generación
3. Recomendaciones para la práctica profesional
 - 3.1. Terminología
 - 3.2. Diagnóstico
 - 3.3. Tratamientos psicológicos
 - 3.4. Formación, coordinación e implicación de los agentes clave

Página 47

03 01 03**TRATAMIENTOS PARA EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA**

1. Objetivos y pautas generales
2. Tratamientos biológicos
3. Tratamientos psicológicos
 - 3.1. Tratamientos educativos y psicológicos que cuentan con evidencia científica
 - 3.1.1. Programas de intervención conductual
 - 3.1.2. Sistemas de fomento de las competencias sociales
 - 3.1.3. Intervención sobre la comunicación funcional
 - 3.1.4. Intervenciones basadas en un modelo de desarrollo
 - 3.1.5. Otras intervenciones
 - 3.2. Niveles de evidencia y grado de recomendación
 - 3.2.1. Intervención naturalista conductual en desarrollo
 - 3.2.2. Intervención en atención conjunta
 - 3.2.3. Intervención conductual intensiva temprana (EIBI)

Página 55

03 01 04**TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN**

1. Introducción
2. Tratamiento del trastorno del desarrollo del lenguaje
 - 2.1. Principios generales
 - 2.2. Objetivos de la intervención
 - 2.3. Tratamientos en el ámbito del lenguaje
 - 2.3.1. Modelos centrados en el terapeuta y modelos centrados en el niño
 - 2.3.2. Modelos híbridos
 - 2.3.3. Tratamientos basados en la familia
 - 2.4. Tratamientos para favorecer el desarrollo social
 - 2.4.1. Funcionamiento social y teoría de la mente
 - 2.4.2. Aula: círculo de amigos y aprendizaje cooperativo
 - 2.4.3. El programa de patios
 - 2.5. Tratamientos para favorecer el desarrollo emocional
 - 2.6. Tratamientos para el apoyo en el ámbito académico
 - 2.7. Recomendaciones generales
 - 2.8. Niveles de evidencia y grados de recomendación
3. Tratamiento del trastorno fonológico
4. Tratamiento del tartamudeo
 - 4.1. Programas preventivos
 - 4.2. Programas de intervención

Página 64

03 01 05**TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE**

1. Introducción
2. Tratamiento de las dificultades en lectura
 - 2.1. Intervenciones a nivel fonológico
 - 2.2. Intervenciones a nivel de comprensión lectora
 - 2.3. Estrategias por procesos
 - 2.4. Otras estrategias
 - 2.4.1. Educación multisensorial
 - 2.4.2. Educación psicomotriz
 - 2.4.3. Entrenamiento perceptivo-motriz
3. Tratamiento de las dificultades en escritura
 - 3.1. Habilidades de transcripción (escritura y ortografía)/uso de herramientas digitales de transcripción
 - 3.2. Gramática
 - 3.3. Procesos metacognitivos: Preescritura, establecimiento de objetivos e instrucción estratégica autorregulada
4. Tratamiento de las dificultades en matemáticas
 - 4.1. Intervenciones en dominios matemáticos básicos
 - 4.2. Intervenciones sobre dominios matemáticos superiores: resolución de problemas
 - 4.2.1. Instrucción basada en la identificación y elaboración del esquema que subyace al problema
 - 4.2.2. Instrucción basada en estrategias cognitivas y metacognitivas
 - 4.3. Principios generales

5. Recomendaciones y conclusiones

6. Niveles de eficacia y grado de recomendación

Página 72

03 01 06**TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**

1. Introducción
2. Tratamiento farmacológico
3. Tratamiento psicológico
 - 3.1. Intervenciones con el niño
 - 3.1.1. Autorregulación
 - 3.1.2. Control de la irritabilidad
 - 3.1.3. Programas de comunicación
 - 3.1.4. Técnica de la tortuga
 - 3.1.5. Neurofeedback
 - 3.1.6. Ejercicio físico
 - 3.1.7. Entrenamiento autoinstruccional, de habilidades cognitivas y sociales
 - 3.1.8. Entrenamiento en correspondencia
 - 3.2. Intervenciones con los padres
 - 3.3. Programas de orientación para profesores
 - 3.4. Intervenciones conductuales mediadas por pares
 - 3.5. Efectos de las intervenciones cognitivo-conductuales
4. Tratamientos combinados
5. Propuesta de tratamiento derivada del Modelo Híbrido de Barkley
6. Tratamiento en adolescentes y adultos: Terapia cognitiva y terapias de tercera generación
7. Niveles de eficacia y grados de recomendación
8. Recomendaciones
 - 8.1. Pautas generales de las sociedades científicas
 - 8.2. Recomendaciones para la práctica profesional
 - 8.3. Consideraciones de la guía NICE y la OMS
 - 8.4. Guía de práctica clínica del sistema nacional de salud
 - 8.4.1. Para mejorar la organización y gestión del tiempo dedicado a tareas escolares y rendimiento académico
 - 8.4.2. Para optimizar la coordinación entre instituciones sanitarias, educativas y familiares
 - 8.4.3. Para facilitar la incorporación al mercado laboral
 - 8.4.4. Para mejorar las intervenciones educativas
 - 8.4.5. Para las intervenciones farmacológicas
 - 8.4.6. Para las intervenciones psicoterapéuticas y combinadas
 - 8.4.7. Programas para padres

Página 89

03 01 07**TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS MOTORES**

1. Introducción
2. Tratamiento del trastorno del desarrollo de la coordinación
 - 2.1. Tratamiento farmacológico
 - 2.2. Tratamiento psicológico

3. Tratamiento del trastorno de movimientos estereotipados
 - 3.1. Tratamiento farmacológico
 - 3.2. Tratamiento psicológico
 - 3.2.1. Inversión del hábito
 - 3.2.2. Terapia de conducta
4. Tratamiento de los trastornos por tics
 - 4.1. Tratamiento farmacológico
 - 4.2. Tratamiento psicológico
 - 4.2.1. Inversión del hábito
 - 4.2.2. Exposición con prevención de respuesta
 - 4.2.3. Manejo de contingencias
 - 4.2.4. Práctica negativa masiva
 - 4.2.5. Intervención conductual integral para tics (C-BIT)
5. Recomendaciones generales
6. Niveles de eficacia y grado de recomendación

Página 98

03 01 08

TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS INFANTO-JUVENIL

1. Tratamiento de los síntomas psicóticos en población infanto-juvenil
 - 1.1. Modelo preventivo en psicosis
 - 1.2. Tratamientos psicológicos para los síntomas psicóticos adolescentes
 - 1.2.1. Terapia cognitivo-conductual
 - 1.2.2. Rehabilitación cognitiva
 - 1.2.3. Terapia familiar
 - 1.2.4. Intervención psicológica integrada
 - 1.2.5. Otras formas de intervención
 - 1.2.6. Nuevas formas de intervención
 - 1.3. Áreas de intervención y su proceso terapéutico
 - 1.4. Recomendaciones
 - 1.5. Niveles de evidencia y grados de recomendación
2. Tratamiento del síndrome límite en la infancia

03.02. OTROS TRASTORNOS DURANTE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Página 109

03 02 01

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO PERTURBADOR

1. Introducción
2. Tratamientos biológicos
3. Tratamientos psicoterapéuticos
 - 3.1. Comunes, técnicas de modificación de conducta
 - 3.2. Tratamientos para el trastorno negativista desafiante
 - 3.2.1. Programas de tratamiento dirigidos a los padres
 - 3.2.2. Programas de tratamiento dirigidos al menor
 - 3.2.3. Intervenciones familiares
 - 3.2.4. Intervenciones preventivas

- 3.2.5. Recomendaciones
- 3.2.6. Niveles de evidencia y recomendación de los tratamientos para el TND
- 3.3. Tratamiento para el trastorno de conducta
 - 3.3.1. Programas de tratamiento dirigidos a los padres
 - 3.3.2. Programas de tratamiento dirigidos al menor
 - 3.3.3. Intervenciones familiares
 - 3.3.4. Programas de prevención universales
 - 3.3.5. Niveles de evidencia y recomendación de los tratamientos para el T.C.

Página 124

03 02 02

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

1. Pica
 - 1.1. Eficacia de los tratamientos para la Pica
2. Trastorno de rumiación
 - 2.1. Niveles de eficacia y grados de recomendación de los tratamientos para el trastorno de rumiación
3. Trastorno por evitación/restricción de la Ingesta de los alimentos
 - 3.1. TCC
 - 3.2. Terapias familiares
 - 3.3. Niveles de eficacia y grados de recomendación de los tratamientos para el trastorno de evitación/restricción de los alimentos
4. Anorexia nerviosa
 - 4.1. Terapia familiar
 - 4.2. TCC
 - 4.3. Terapia psicodinámica
 - 4.4. DBT
 - 4.5. ACT
 - 4.6. Terapia interpersonal
 - 4.7. Niveles de eficacia y grados de recomendación de los tratamientos para la anorexia
5. Bulimia nerviosa
 - 5.1. Terapia familiar
 - 5.2. TCC
 - 5.3. Terapia interpersonal
 - 5.4. Niveles de eficacia y grados de recomendación de los tratamientos para la bulimia
6. Trastorno por atracón
 - 6.1. Niveles de eficacia y grados de recomendación de los tratamientos para el Trastorno por atracón

Página 134

03 02 03

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN

1. Encopresis
 - 1.1. Introducción
 - 1.2. Tratamientos médicos para la encopresis
 - 1.3. Tratamientos psicológicos para la encopresis
 - 1.4. Niveles de eficacia y grados de recomendación de los tratamientos para la encopresis

2. Enuresis
 - 2.1. Tratamientos médicos para la enuresis
 - 2.2. Tratamientos psicológicos para la enuresis
 - 2.2.1. Pípi stop
 - 2.2.2. Entrenamiento en retención voluntaria
 - 2.2.3. Entrenamiento en cama seca
 - 2.2.4. Biofeedback
 - 2.2.5. Hipnosis
 - 2.3. Intervenciones combinadas
 - 2.4. Niveles de eficacia y grado de recomendación de los tratamientos para la enuresis

Página 145

03 02 04

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

1. Insomnio
 - 1.1. Tratamiento farmacológico
 - 1.2. Tratamiento psicológico
 - 1.2.1. Higiene del sueño
 - 1.2.2. Control de estímulos
 - 1.2.3. Relajación
 - 1.2.4. Restricción del sueño
 - 1.2.5. Hipnosis
 - 1.2.6. Reestructuración cognitiva
 - 1.3. Insomnio conductual en la infancia
 - 1.3.1. Tratamiento psicológico
2. Pesadillas
3. Trastorno de la Activación del Sueño NO REM
4. Niveles de eficacia y grado de recomendación de los tratamientos para los trastornos del sueño

Página 155

03 02 05

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD

1. Introducción
 - 1.1. Exposición
 - 1.2. Técnicas cognitivas
 - 1.3. Relajación
 - 1.4. Tratamiento farmacológico
 - 1.5. Niveles de eficacia y grado de recomendación de los tratamientos para los trastornos de la ansiedad
2. Programas de tratamiento generales o transdiagnósticos
 - 2.1. Coping cat
 - 2.2. FRIENDS
 - 2.3. Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico
 - 2.4. Take action
 - 2.5. Programas para reducir la ansiedad dirigidos a la infancia temprana
 - 2.6. Terapias online
3. Trastorno de ansiedad por separación
 - 3.1. Intervenciones familiares

- 3.2. Intervenciones con los padres
- 3.3. Niveles de eficacia y recomendación de los tratamientos para el TAS
4. Mutismo
 - 4.1. Introducción
 - 4.2. Programas específicos
 - 4.3. Niveles de eficacia y recomendación de los tratamientos para el mutismo
5. Miedos y fobia
 - 5.1. Introducción
 - 5.2. Tratamientos psicoterapéuticos
 - 5.2.1. DS
 - 5.2.2. Imágenes emotivas
 - 5.2.3. DS con R inhibitoria
 - 5.2.4. DS en grupo
 - 5.2.5. DS en vivo
 - 5.2.6. DS movimientos oculares
 - 5.2.7. Inundación
 - 5.2.8. Tensión aplicada
 - 5.2.9. Realidad virtual
 - 5.2.10. Práctica reforzada
 - 5.2.11. Aproximaciones sucesivas
 - 5.2.12. Modelado en vivo
 - 5.2.13. Modelado simbólico
 - 5.2.14. Modelado encubierto
 - 5.2.15. Técnicas cognitivas: autoinstrucciones
 - 5.2.16. Terapia de juego
 - 5.2.17. Escenificaciones emotivas
 - 5.2.18. Recomendaciones finales
 - 5.3. Tratamiento farmacológico
 - 5.4. Niveles de eficacia y recomendación de los tratamientos para las fobias
6. Trastorno de ansiedad social
 - 6.1. Tratamiento psicológico
 - 6.1.1. Programas específicos
 - 6.1.2. Variables moduladoras del tratamiento
 - 6.2. Tratamiento farmacológico
 - 6.3. Niveles de eficacia y recomendación de los tratamientos para el trastorno de ansiedad social
7. Trastorno de pánico
 - 7.1. Tratamiento psicológico
 - 7.2. Niveles de eficacia y recomendación de los tratamientos para el trastorno de pánico
8. Trastorno de ansiedad generalizada
 - 8.1. Tratamiento psicológico
 - 8.2. Tratamiento farmacológico
 - 8.3. Niveles de eficacia y recomendación de los tratamientos para el trastorno de ansiedad generalizada

Página 177

03 02 06**TRATAMIENTO DEL TRASTORNO
OBSESIVO-COMPULSIVO**

1. Tratamiento farmacológico
2. Tratamiento psicoterapéutico
 - 2.1. TCC
 - 2.2. Terapia cognitiva
 - 2.3. Otras estrategias
3. Niveles de evidencia y grados de recomendación de los tratamientos para el TOC

Página 181

03 02 07**TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS
RELACIONADOS CON EL TRAUMA Y
OTROS ESTRESORES**

1. Tratamiento psicológico para las alteraciones vinculares
 - 1.1. Programas específicos
2. Trastorno de estrés postraumático
 - 2.1. Tratamiento farmacológico
 - 2.2. Tratamiento psicológico
 - 2.2.1. TCC
 - 2.2.2. EMDR
3. Violencia conyugal
4. Niveles de evidencia y grados de recomendación de los tratamientos para los Trastornos relacionados con el trauma y estrés
5. Tratamiento del Duelo complicado
 - 5.1. Programas de prevención
 - 5.2. Programas de intervención
 - 5.2.1. Terapia cognitivo conductual
 - 5.2.2. Intervenciones familiares
 - 5.2.3. Terapia narrativa
 - 5.2.4. Musicoterapia
 - 5.2.5. Arteterapia
 - 5.3. Directrices para comunicar la pérdida
 - 5.4. Niveles de evidencia y grados de recomendación de los tratamientos para el duelo complicado

Página 192

03 02 08**TRATAMIENTO DE LOS MALOS TRATOS**

1. Introducción
2. Tratamiento del Abuso sexual
 - 2.1. Aspectos generales
 - 2.2. Programas específicos de intervención
3. Intervención en la alienación parental
4. Tratamiento del Acoso escolar
 - 4.1. Introducción
 - 4.2. Programas específicos
 - 4.3. Niveles de evidencia y grado de recomendación de los programas de prevención del acoso escolar

5. Tratamiento del Ciberacoso

- 5.1. Introducción
- 5.2. Programas específicos
- 5.3. Niveles de evidencia y grado de recomendación de los programas de prevención del ciber acoso
6. Conclusiones y recomendaciones para la prevención del acoso escolar y el ciber acoso

Página 201

03 02 09**TRATAMIENTO DE LOS
TRASTORNOS DEPRESIVOS**

1. Tratamiento para el Trastorno depresivo mayor
 - 1.1. Introducción
 - 1.2. Tratamiento farmacológico
 - 1.3. Tratamiento psicoterapéutico
 - 1.3.1. Programas preventivos
 - 1.3.2. Programas intervención
 - 1.4. Evidencia y grado de recomendación de los tratamientos para la depresión infanto juvenil
2. Tratamiento para el suicidio y las autolesiones
 - 2.1. Intervenciones cognitivo-conductuales
 - 2.2. Intervenciones breves
 - 2.3. Intervenciones en contextos educativos
 - 2.4. Conclusiones
 - 2.5. Evidencia y grado de recomendación de los tratamientos para la conducta suicida y las autolesiones

Página 214

03 02 10**TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES**

1. Tratamiento de las adicciones a sustancias
 - 1.1. Introducción
 - 1.2. Tratamiento psicológico de las adicciones a sustancias
 - 1.2.1. TCC
 - 1.2.2. Aproximación comunitaria (ACRA)
 - 1.2.3. Manejo de contingencias
 - 1.2.4. Entrevista motivacional
 - 1.2.5. Modelos ecológicos basados en la familia
 - 1.2.6. 12 pasos
 - 1.2.7. Terapia familiar conductual
 - 1.2.8. Atención continuada
 - 1.2.9. Tratamiento de la comorbilidad
 - 1.3. Grado de recomendación y eficacia de los tratamientos para las adicciones a sustancias
2. Tratamiento de las adicciones comportamentales en población infanto-juvenil
 - 2.1. Tratamiento psicoterapéutico
 - 2.1.1. Aproximaciones transdiagnósticas
 - 2.1.2. TCC
 - 2.1.3. Mindfulness
 - 2.1.4. Terapia de aceptación y compromiso
 - 2.1.5. Psicología positiva

- 2.1.6. Terapia familiar
- 2.1.7. Programa individualizado psicoterapéutico para la adicción a las tecnologías de la información y la comunicación PIPATIC
- 2.2. Prevención de las adicciones comportamentales en el contexto escolar
- 2.3. Grado de recomendación y eficacia de los tratamientos para las adicciones comportamentales



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MANUALES GENERALES DE REFERENCIA

- CABALLO, V.; SIMÓN, M. A. (2002): **Manual de Psicología Clínica Infantil y del adolescente. Trastornos generales**. Pirámide. Madrid.
- CABALLO, V.; SIMÓN, M. A. (2002): **Manual de Psicología Clínica Infantil y del adolescente. Trastornos específicos**. Pirámide. Madrid.
- COMECHE, M.I. y VALLEJO, M.A. (2016): **Manual de terapia de conducta en la infancia**. Dykinson. Madrid.
- GONZÁLEZ BARRÓN, R. (2000): **Psicopatología del Niño y del Adolescente**. Pirámide. Madrid.
- MÉNDEZ, F.; ESPADA, J. y ORGILÉS, M. (2006): **Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos**. Pirámide. Madrid.
- MÉNDEZ, F.; ESPADA, J. y ORGILÉS, M. (2006): **Terapia psicológica y educativa con niños y adolescentes. Estudio de casos escolares**. Pirámide. Madrid.
- PÉREZ, M.; FERNÁNDEZ, J. y FERNÁNDEZ, I. (2006): **Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia**. Pirámide. Madrid.
- SERVERA, M. (2002): **Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas**. Pirámide. Madrid.
- VALLEJO, M. (1998): **Manual de terapia de conducta**. Dykinson. Madrid.
- VALLEJO, M. (1998): **Manual de terapia de conducta. Volumen II**. Dikinson. Madrid.
- WICKS-NELSON, R. y ISRAEL, A. (1997). **Psicopatología del niño y del adolescente**. Tercera Edición. Prentice Hall. Madrid.

INTRODUCCIÓN Y TRASTORNOS GLOBALES

- ASOCIACIÓN AMERICANA PARA EL RETRASO MENTAL (AAMR) (2004). **Retraso Mental: Definición, clasificación y sistemas de apoyos. Décima Edición**. Alianza. Madrid.
- BARON-COHEN, S. (2002). **The extreme male brain theory of autism**. Trends in cognitive sciences, Vol. 6 Nº 6, junio.
- BORNAS, X. **Terapia de conducta en la infancia: reflexiones desde el caos**. En SERVERA, M. (2002): **Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas**. Pirámide. Madrid.
- BRIOSO, A. **Trastornos generalizados del desarrollo: Autismo**. En.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

WEBGRAFÍA COMENTADA

PREGUNTAS PIR DE CONVOCATORIAS ANTERIORES

- CALVO, A.; MORENO, M.; RUIZ-SANCHO, A.; RAPADO-CASTRO, M.; MORENO, C.; SÁNCHEZ-GUTIÉRREZ, T.; ARANGO, C.; MAYORAL, M. **Intervention for Adolescents with Early-onset Psychosis and Their Families: A Randomized Controlled Trial. The PIENSA Program.** *J Am Child Adolesc Psychiatry*, 2014 Jun; 53 (6): 688-96.
- COSTA, M. y LÓPEZ, E. (2006). **Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir. Más allá del counseling.** Pirámide. Madrid.
- DEL ABRIL, A.; AMBROSIO, E.; DE BLAS, M.; CAMINERO, A.; GARCÍA, C.; DE PABLO, J.; SANDOVAL, E. (2003). **Fundamentos biológicos de la conducta.** Volumen 1. Sanz y Torres. Madrid.
- FEAPS MADRID (2001). **Las personas con retraso mental y necesidades de apoyo generalizado.** Cuaderno de Atención de Día N° 1. FEAPS Madrid.
- FRITH, U. (2004). **Autismo. Hacia una explicación del enigma.** Alianza. Madrid.
- GARCÍA, J.M.; PÉREZ, J.; BERRUEZO, P.P. (2005). **Discapacidad intelectual. Desarrollo, comunicación e intervención.** CEPE. Madrid.
- GRUPO DE ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III (2005). **Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista.** *Revista de Neurología*; 41: 237-245.
- GRUPO DE ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III (2005). **Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista.** *Revista de Neurología*; 41: 299-310.
- GRUPO DE ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III (2005). **Guía de buena práctica para la investigación de los trastornos del espectro autista.** *Revista de Neurología*; 41: 371-377.
- GRUPO DE ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III (2006). **Guía de buena práctica para la tratamiento de los trastornos del espectro autista.** *Revista de Neurología*; 43 (7):425-438.
- JANÉ, M.; BELLAESPÍ, S. y DOMÈNECH, E. **Detección, diagnóstico e intervención en un caso de síndrome límite en la infancia.** En MÉNDEZ, F.; ESPADA, J. y ORGILÉS, M. (2006): **Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos.** Pirámide. Madrid.
- JANÉ, M.; BELLAESPÍ, S. y DOMÈNECH, E. **Un caso de trastorno de Asperger.** En MÉNDEZ, F.; ESPADA, J. y ORGILÉS, M. (2006): **Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos escolares.** Pirámide. Madrid.
- MARTOS, J.: **Autismo.** En GARCÍA, J.M.; PÉREZ, J.; BERRUEZO, P.P. (2005): **Discapacidad intelectual. Desarrollo, comunicación e intervención.** CEPE. Madrid.
- MEDICAL RESEARCH COUNCIL (2001). **Review of autism research: Epidemiology and causes.** Londres.
- OLIVARES, J.; MÉNDEZ, F. y MACIÁ, D. (2003). **Tratamientos conductuales en la infancia y adolescencia. Bases históricas, conceptuales y metodológicas. Situación actual y perspectivas futuras.** 2ª Edición. Pirámide. Madrid.
- PINEDA, M. y otros (1999). **Estudio del síndrome de Rett en la población española.** *Revista de Neurología* 28 (161): 105-109.
- RIVIERE, A. **Desarrollo normal y autismo.** Curso de Desarrollo Normal y Autismo, 24-27 de septiembre de 1997, Puerto de la Cruz, Santa Cruz de Tenerife (España). Situado en las páginas de Autismo España.
- RIVIERE, A. y BELINCHÓN, M. (1988). **Evaluaciones y alteraciones de las funciones psicológicas en el autismo infantil.** CIDE. Madrid.
- RUIZ-SANCHO, A.; CALVO, A.; RAPADO-CASTRO, M.; MORENO, M.; MORENO, C.; SÁNCHEZ-GUTIÉRREZ, T.; TAPIA, C.; CHICLANA, G.; RODRÍGUEZ, P.; FERNÁNDEZ, P.; ARANGO, C. and MAYORAL, M. (2012). **PIENSA. Development of an Early Intervention Program for Adolescents with Early-onset Psychosis and Their Families.** *Adolescent Psychiatry* 2 (3): 229-236.
- SALVADOR, L.; RODRÍGUEZ, C. (2001). **Mentes en desventaja. La discapacidad intelectual.** Océano. Barcelona.
- VERDUGO, M. (2003). **Aportaciones de la definición de retraso Mental (AAMR, 2002) a la corriente inclusiva de Las personas con discapacidad.** Donostia-San Sebastián, 30 de octubre.
- VERDUGO, M. (2003). **Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre retraso mental de 2002.** *Siglo Cero*, 34 (1), 5-19.
- VERDUGO, M. **Retraso mental.** En VALLEJO, M. (1998): **Manual de terapia de conducta.** Volumen II. Dikinson. Madrid.
- VERDUGO, M. y BERMEJO, B. (1998). **Retraso mental. Adaptación social y problemas de comportamiento.** Pirámide. Madrid.

TRASTORNOS EN HABILIDADES

- GARCÍA-NONELL, E.; RIGAU-RATERA, J. y ARTIGAS-PALLARÉS, J. (2006). **Perfil neurocognitivo del trastorno de aprendizaje no verbal.** *Revista de Neurología* n° 43, pp. 268-274.

- GAVILÁN, B.; FOURNIER-DEL CASTILLO, C. y BERNABEU-VERDÚ, J. **Diferencias entre los perfiles neuropsicológicos del síndrome de Asperger y del síndrome de dificultades de aprendizaje no verbal.** Revista de Neurología nº 45 (12): pp. 713-719.
- MAGALLÓN, S. y NARBONA, J. (2009). **Detección y estudios específicos en el trastorno de aprendizaje procesal.** Revista de Neurología nº 48 (Supl 2): S71-S76.
- MULAS, F.; ETCHEPAREBORDA, M.; DÍAZ-LUCERO, A. y RUIZ, R. (2006). **El lenguaje y los trastornos del neurodesarrollo. Revisión de las características clínicas.** Revista de Neurología. Nº 42 (Supl 2): S103-S10.
- PEÑA-CASANOVA, J. (2001). **Manual de logopedia.** 3ª edición. Massón. Barcelona.
- RAMOS, F.; MANGA, D.; GONZÁLEZ, H. y PÉREZ, M. **Trastornos del aprendizaje.** En BELLOCH, A.; SANDÍN, B. y RAMOS, F. (2008): **Manual de psicopatología. Edición Revisada.** Volumen II. McGraw-Hill. Madrid.
- RIGAU-RATERA, J.; GARCÍA-NONELL, E. y ARTIGAS-PALLARÉS, J. (2004). **Características del trastorno de aprendizaje no verbal.** Revista de Neurología nº 38 (Supl 1): S33-S38.
- RODRÍGUEZ, F. **Trastornos Específicos del Lenguaje.** Material del Curso sobre Neuropsicología Infantil impartido por el COP Madrid 2005-2006.
- SANTACREU, J. y FROJÁN, M.J. (1999). **La tartamudez. Guía de prevención y tratamiento infantil.** Pirámide. Madrid.
- SERRANO, F. y DEFIOR, S. **Dyslexia in Spanish. The state of the matter.** Electronic Journal of Research in Educational Psychology. Nº 2 (2), 13-34.
- TORO, J.; CERVERA, M. y URIO, C. **EMLE. Escalas Magallanes de lectura y escritura. Tale 2000. Manual de Referencia.** Albor-Cohs. Bizcaia.
- TORRES, R. y FERNÁNDEZ, P. (1994). **Dislexia, disortografía y disgrafía.** Pirámide. Madrid.
- BUELA-CASAL, G.; CARRETERO-DIOS, H. y DE LOS SANTOS-ROIG, M. (2002). **El niño impulsivo. Estrategias de evaluación, tratamiento y prevención.** Pirámide. Madrid.
- BUELA-CASAL, G. y SIERRA, J. (1994). **Los trastornos del sueño. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y la adolescencia.** Pirámide. Madrid.
- CEREZO, F. (2001). **La violencia en las aulas. Análisis y propuestas de intervención.** Pirámide. Madrid.
- FRIEBEL, V. y FRIEDRICH, S. (1996). **Trastornos del sueño en la infancia. Cómo lograr noches tranquilas para usted y sus hijos.** EDAF. Madrid.
- HERBERT, M. (1999). **Padres e hijos. Mejorar los hábitos y las relaciones.** Pirámide. Madrid.
- KAZDIN, A. y BUELA-CASAL, G. (1994). **Conducta antisocial. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia.** Pirámide. Madrid.
- KRAKOW, B. y cols. (2001). **Imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with posttraumatic stress disorder a randomized controlled trial.** JAMA, August 1. Vol. 286, nº 5, pp. 537-545.
- LARROY, C. y DE LA PUENTE, M. (1995). **El niño desobediente. Estrategias para su control.** Pirámide. Madrid.
- LÓPEZ, C. y GARCÍA, J. (1997). **Problemas de atención en el niño.** Pirámide. Madrid.
- LUCIANO, M. y GÓMEZ, I. **Comportamientos hiperactivos y/o atencionales desadaptativos.** En VALLEJO, M. (1998): **Manual de terapia de conducta.** Volumen II. Dikinson. Madrid.
- LUISELLI, J. **Características clínicas y tratamiento el trastorno desafiante por oposición.** En CABALLO, V.; SIMÓN, M. A. (2002): **Manual de Psicología Clínica Infantil y del adolescente. Trastornos específicos.** Pirámide. Madrid.
- MACIÁ, D. (2002). **Problemas cotidianos de conducta en la infancia. Intervención psicológica en el ámbito clínico y familiar.** Pirámide. Madrid.
- MICHELI, F.; FERNÁNDEZ, E. y SCHTEINSCHNAIDER, A. (2002). **Vivir con tics.** Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.
- MIRÓ, E. y MARTÍNEZ, P. (2004). **Tratamiento psicológico de las pesadillas.** International Journal of Psychology and Psychological Therapy. Vol. 4, nº 1, pp. 11-36.
- MORENO, I. (1995). **Hiperactividad. Prevención, evaluación y tratamiento en la infancia.** Pirámide. Madrid.
- NEIDHARDT, J.; KRAKOW, B.; KELLNER, R. y PATHAK, D. (1992). **The beneficial effects of one treatment session and recording of nightmares on chronic nightmare sufferers.** Sleep, 15, 470-473.

TRASTORNOS EN HÁBITOS

- AZRIN, N. y NUNN, R. (1987). **Tratamiento de hábitos nerviosos.** Martínez Roca. Barcelona.
- BADOS, A. (1995). **Los tics y sus trastornos. Naturaleza y tratamiento en la infancia y adolescencia.** Pirámide. Madrid.
- BARKLEY, R. (2006). **Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Third Edition: A Handbook for Diagnosis and Treatment.** Guilford Publications. New York.
- BRAGADO, C. (1999). **Enuresis Infantil. Un problema con solución.** Pirámide. Madrid.
- BRAGADO, C. (1998). **Encopresis.** Pirámide. Madrid.

TRASTORNOS EMOCIONALES

- BRAGADO, C. (1994). **Terapia de conducta en la infancia: Trastornos de ansiedad.** Fundación Universidad-Empresa. Madrid.
- ECHEBURÚA, E. (1993). **Trastornos de ansiedad en la infancia.** Pirámide. Madrid.
- GARCÍA, M. y MAGAZ, A. (2000). **ADCAs. Autoinformes de Actitudes y Valores en las Interacciones Sociales. Manual de Referencia.** Grupo Albor-Cohs. Cruces-Barakaldo.
- MÉNDEZ, F. (1999). **Miedos y temores en la infancia. Ayudar a los niños a superarlos.** Pirámide. Madrid.
- MÉNDEZ, F. (1998). **El niño que no sonrío. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil.** Pirámide. Madrid.
- MONJAS, M. (2007). **Cómo promover la convivencia: Programa de asertividad y habilidades sociales. (PAHS).** CEPE. Madrid.
- MONJAS, M. (2004). **Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y adolescentes.** CEPE. Madrid.
- TOMÁS, J. y BIELSA, A. (2013). **Trastorno bipolar de inicio precoz. Consensos y discrepancias.** Paramericana. Madrid.
- TOMÁS, J. y CASAS, M. (2004). **Trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia y la adolescencia.** Laertes. Barcelona.
- TORTELLAFELIU, M. **Prevención de trastornos psicopatológicos en la infancia y la adolescencia: Programas de prevención específica e los trastornos de ansiedad y depresión.** En SERVERA, M. (2002): **Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas.** Pirámide. Madrid.

OTROS

- OLIVARES, J. (1994). **El niño con miedo a hablar.** Pirámide. Madrid.
- OLIVARES, J.; MÉNDEZ, F. y MACIÁ, D. (1993). **Detección e intervención temprana en mutismo selectivo. Una aplicación del automodelado gradual filmado y trucado (AGFT).** *Análisis y Modificación de Conducta*, 68 (19), 793-817.

03.01.06	TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD
----------	---

**ORIENTACIONES**

Las preguntas sobre tratamiento del TDAH son bastante frecuentes, implicando tanto el tratamiento farmacológico como el psicológico. De hecho, en los últimos años la tendencia ha sido a que aumente la proporción de estas preguntas respecto a las de etiología, diagnóstico, evaluación, etc.

Diferentes manuales, y también la guía de práctica clínica del ministerio clasifican los tratamientos según los niveles de eficacia. Aquí seguiremos, en esencia, lo que indica el manual de tratamientos psicológicos de la infancia y adolescencia (Fonseca, 2021), si bien integrando aquellas cuestiones anteriores que sean relevantes.

Conviene conocer los fármacos, los diferentes programas o técnicas de tratamiento y los niveles de eficacia de las diferentes intervenciones.

**ASPECTOS ESENCIALES**

1. *El tratamiento de elección para el TDAH combina la aplicación de fármacos y la intervención psicológica a través de programas multicomponente que abarcan el trabajo directo con el niño y además la intervención con sus padres y profesores.*
2. *El fármaco más empleado es el metilfenidato, un agonista dopaminérgico y noradre-*

nérgico que consigue disminuir los síntomas hiperactivos y mejorar la atención.

3. *Los programas multimodales incluyen diferentes técnicas, se organizan en fases secuenciales en función de las necesidades individuales de cada niño y deben ser intensivos, sistematizados y prolongados en el tiempo.*
4. *Los tratamientos con mayor nivel de evidencia y grado de recomendación son la Intervención conductual en el ámbito escolar, familiar y social (1++, A) y la terapia cognitivo-conductual (1++, B).*
5. *Existen diferentes entidades u organismos como la OMS o el NICE que publican recomendaciones sobre el tratamiento del TDAH.*
6. *A día de hoy el diagnóstico y tratamiento del TDAH es un tema tan polémico como de candente actualidad.*

**PREGUNTAS REPRESENTATIVAS**

210. ¿Cuál de las siguientes respuestas hace referencia a los tratamientos que mejor han mostrado su evidencia científica en el tratamiento con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)?:

- 1) Modificaciones de la dieta: reducción de café, refrescos de cola, chocolate y otros alimentos.
- 2) Apoyo escolar para aumentar el rendimiento académico.
- 3) Intervención psicosocial y tratamiento farmacológico.
- 4) Ejercicio físico diario controlado para combatir la inquietud.
- 5) Entrenamiento de la atención mediante ejercicios de atención focalizada.

PIR 12, RC 3.

74. ¿Cuál de las siguientes está dirigida a trabajar las conductas impulsivas en niños?:

- 1) Técnica del árbol.
- 2) Técnica de la alfombra mágica.

- 3) Técnica del águila.
- 4) Técnica de la tortuga.

PIR 19, RC 4.

201. Respecto del tratamiento del TDAH, señale la opción CORRECTA:

- 1) La guía NICE (2018) recomienda el metilfenidato como tratamiento farmacológico de primera línea para niños mayores de cinco años y para adolescentes.
- 2) La OMS (2016) recomienda la derivación a un especialista para el tratamiento farmacológico (i.e. metilfenidato) si los tratamientos psicológicos y psicosociales han fracasado y el niño tiene más de 12 años.
- 3) El entrenamiento a padres y los programas escolares de manejo del comportamiento parecen resultar eficaces; si bien, el tratamiento psicosocial con involucración de los padres parece que mejora más los síntomas externalizantes que los internalizantes.
- 4) Si bien el metilfenidato ha mostrado eficacia, la lisdexanfetamina se ha mostrado claramente más ineficaz.

PIR 21, RC 1.

03.01.06	TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD
----------	---

1. Introducción
2. Tratamiento farmacológico
3. Tratamiento psicológico
 - 3.1. Intervenciones con el niño
 - 3.1.1. Autorregulación
 - 3.1.2. Control de la irritabilidad
 - 3.1.3. Programas de comunicación
 - 3.1.4. Técnica de la tortuga
 - 3.1.5. Neurofeedback
 - 3.1.6. Ejercicio físico
 - 3.1.7. Entrenamiento autoinstruccional, de habilidades cognitivas y sociales
 - 3.1.8. Entrenamiento en correspondencia
 - 3.2. Intervenciones con los padres
 - 3.3. Programas de orientación para profesores
 - 3.4. Intervenciones conductuales mediadas por pares
 - 3.5. Efectos de las intervenciones cognitivo-conductuales
4. Tratamientos combinados
5. Propuesta de tratamiento derivada del Modelo Híbrido de Barkley
6. Tratamiento en adolescentes y adultos: Terapia cognitiva y terapias de tercera generación
7. Niveles de eficacia y grados de recomendación
8. Recomendaciones
 - 8.1. Pautas generales de las sociedades científicas
 - 8.2. Recomendaciones para la práctica profesional
 - 8.3. Consideraciones de la guía NICE y la OMS
 - 8.4. Guía de práctica clínica del sistema nacional de salud
 - 8.4.1. Para mejorar la organización y gestión del tiempo dedicado a tareas escolares y rendimiento académico
 - 8.4.2. Para optimizar la coordinación entre instituciones sanitarias, educativas y familiares
 - 8.4.3. Para facilitar la incorporación al mercado laboral
 - 8.4.4. Para mejorar las intervenciones educativas
 - 8.4.5. Para las intervenciones farmacológicas
 - 8.4.6. Para las intervenciones psicoterapéuticas y combinadas
 - 8.4.7. Programas para padres

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos se está tratando de primar el tratamiento **combinado**, buscando potenciar los efectos logrados por las terapias tradicionalmente empleadas, asegurar el mantenimiento y generalización de los resultados obtenidos, y reducir los costes terapéuticos observados, en términos de efectos secundarios, consecuencias no deseadas y complejidad de las intervenciones.

El tratamiento debe centrarse conjuntamente en el **niño, los padres y la escuela**. Debe ser **individualizado** y de duración variable en función de la edad, gravedad, trastornos asociados y calidad de la red de apoyo. Los objetivos de la intervención suelen ser mejorar la capacidad de atención, incorporar estrategias cognitivas para facilitar el aprendizaje, minimizar el retraso en relación con sus compañeros y aumentar el control de la impulsividad.

Aunque **no existe un consenso claro sobre la etiología del TDAH**, sí lo hay a la hora de reconocer la importancia de **asesorar a las familias y profesorado** para que implementen pautas conductuales eficaces. La **detección temprana es crucial**, mejora la eficacia y previene de complicaciones futuras. Es fundamental la **buena coordinación** escuela-familia-clínico, con adecuada relación. Un **entorno familiar estructurado, CI elevado y programas de promoción de la salud** actúan como **factores de protección** del TDAH.

Tratamiento farmacológico
Tratamiento psicológico
Intervenciones con el niño: <ol style="list-style-type: none"> a) Autorregulación b) Control de la irritabilidad c) Programa de comunicación d) Técnica de la tortuga e) Neurofeedback f) Ejercicio físico g) Entrenamiento autoinstruccional, habilidades cognitivas y sociales h) Entrenamiento en correspondencia
Programas de formación para padres
Programas de orientación para profesores
Intervenciones conductuales mediadas por pares
Efectos de las intervenciones cognitivo-conductuales
Tratamientos combinados
Propuesta de Barkley
Tratamiento en adolescentes y adultos
Niveles de eficacia y grados de recomendación

2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En el abordaje del TDAH **el tratamiento farmacológico suele ser el más empleado**, y tradicionalmente se le consideró el de primera elección. Su historia se remonta a 1937 cuando Bradley demostró los efectos de la bencedrina (una anfetamina) para el control de la atención.

El tratamiento más frecuente consiste en **estimulantes**, siendo los más conocidos el **metilfenidato**, la dextroanfetamina, la **lisdexanfetamina** y la pemolina (PIR 10, 142).

El más utilizado y recomendado es el metilfenidato, que tarda unos 30 minutos en hacer efecto y la duración de este es de unas 4 o 5 horas, aunque a día de hoy existe formato de liberación prolongada que hay que tomar con menos frecuencia. El metilfenidato tiene menos efectos secundarios que los otros estimulantes (PIR 18, 221).

En torno al 70% de los niños medicados muestra mejoría de la atención y reducción de la impulsividad y nivel de actividad, también se reducen las conductas agresivas, de desobediencia y desafiantes.

Los niños que más se benefician son los que tienen entre 6 y 12 años. Los niños con TDAH con predominio de hiperactividad-impulsividad son los mejores candidatos al tratamiento farmacológico; los inatentos se benefician menos de este, por lo que se les da una dosis menor, que mejora el nivel de atención sin influir directamente en la conducta. Al tipo combinado se le dan dosis altas para, además de mejorar la atención, influir en la conducta impulsiva.

El efecto en cuestión del estimulante es una acción agonista sobre la dopamina, aumentando su cantidad dentro del sistema nervioso, especialmente en el eje fronto-estriado. Así, al haber dopamina durante más tiempo el cerebro dispone de más tiempo para realizar la labor inhibitoria necesaria para evitar la hiperactividad e inatención. Parece que también producen incrementos en la norepinefrina.

También se utilizan, aunque en menor medida, otros fármacos como los tranquilizantes, antidepresivos y litio. Se ha utilizado imipramina y desimipramina (tricíclicos), cuando hay trastornos afectivos comórbidos. Los ISRS (fluoxetina o sertralina) cuando hay además síntomas obsesivos o ansiosos. También se ha utilizado el bupropión (agonista dopaminérgico y noradrenérgico).

Otro fármaco no estimulante usado para el TDAH es la **atomoxetina**, inhibidor de la recaptación de la noradrenalina que no produce dependencia. Se suele utilizar cuando el metilfenidato no ha funcionado o aparece intolerancia.

Sus efectos secundarios son bastante parecidos a los del metilfenidato.

Existen otros fármacos como la **clonidina** y la **guanfacina** (agonistas adrenérgicos, que no se clasifican como estimulantes) que también se utilizan para el TDAH si no hay respuesta a los de elección.

No todos los niños se benefician de la medicación. Los niños menores de 4 años son los que menos se benefician y los que más efectos secundarios tienen, por lo que el tratamiento para esta población no deben ser los estimulantes. De hecho, por debajo de los 6 años no se deberían utilizar, aunque cada vez se hace más.

No hay datos que apoyen la mejoría a largo plazo tras el uso de la medicación, ya que tras la supresión del fármaco reaparece la sintomatología. Aunque a corto plazo aumenta el rendimiento en vigilancia, control de impulsos, coordinación motora y tiempo de reacción, existe sobrada evidencia de que no mejoran las habilidades académicas ni las puntuaciones en tests de inteligencia.

El estudio clínico más sistemático respecto al tratamiento del TDAH, el **MTA**, concluyó que para los síntomas centrales del TDAH a corto plazo el tratamiento con psicoestimulantes o con psicoestimulantes + tratamiento conductual es superior (ligeramente mejor el combinado) que el tratamiento conductual y el habitual (aunque las diferencias son menores a largo plazo).

Para otros aspectos del funcionamiento del niño (p. ej. habilidades sociales, ansiedad, depresión) existen ligeras ventajas del tratamiento combinado. De hecho, los niños con trastornos comórbidos de ansiedad o disruptivos mejoran más con el tratamiento combinado y conductual.

Estudios posteriores han encontrado apoyo al tratamiento farmacológico y al combinado con grandes tamaños del efecto, en ocasiones sin diferencias entre estos, y siendo moderado el tamaño del efecto de los tratamientos psicosociales. Se ha visto que el tratamiento farmacológico aumenta el tiempo de estudio y el rendimiento académico. Metaanálisis y revisiones posteriores han cuestionado estos beneficios de los fármacos, por errores metodológicos e interpretaciones sesgadas.

Así, a día de hoy se recomiendan los fármacos como tratamiento de primera línea, pero solo en niños mayores de 5 años y adolescentes, y advirtiendo que no hay datos de los efectos a largo plazo.

A pesar de que el metilfenidato es un tratamiento recomendado en algunas de las más importantes guías de práctica clínica, la **OMS** aconsejó que el metilfenidato no fuera incluido en su lista de medicamentos esenciales, debido a **las incertidumbres en las estimaciones de beneficios, y las preocupaciones respecto a la calidad y limitaciones de la evidencia disponible de daños y beneficios**, en el año 2019 (PIR 20, 173).

También hay **efectos adversos**: insomnio, anorexia, dolor de estómago y cabeza, irritabilidad, erupciones cutáneas, alteraciones del estado de ánimo, exacerbación de tics y movimientos musculares involuntarios, y empeoramiento de la conducta a última hora del día (efecto rebote). En ocasiones se ha advertido de detención del crecimiento (si bien si se interrumpe el tratamiento, habitualmente el crecimiento sigue su curso normal). Aunque algunos autores recomendaban interrumpir el tratamiento durante los fines de semana o las vacaciones escolares actualmente las guías de práctica clínica aconsejan no retirar el tratamiento en esos periodos de vacaciones o descanso, pero sí realizar controles antropométricos (PIR 13, 138).

Otro punto de cautela es que el uso de fármacos puede hacer que los niños experimenten preocupaciones y pensamientos perjudiciales. Algunos verbalizan temer perder fuerza, volverse adictos, o tener que tomarlos para agradar a sus padres. También pueden atribuir su conducta a causas externas, lo cual es desadaptativo. También hay datos en el sentido contrario, que cuando los niños toman medicación y mejoran, las atribuciones y pensamientos son más positivos en general, de competencia y autocontrol.

La utilización de fármacos es especialmente útil en la primera fase de tratamiento, en periodos agudos, casos de mucha gravedad o cuando no es posible otro tipo de terapia, pero normalmente necesita complementarse con una intervención cognitivo-conductual.

3. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

La principal alternativa a los fármacos es el **tratamiento conductual**, de primera línea para niños muy pequeños o con TDAH de leve a moderado, y también el acompañamiento del fármaco en los casos de mayor severidad. Con todo, aun siendo el tratamiento conductual el más utilizado de los psicoterapéuticos, solo el 31% de las familias con niños con TDAH lo recibe, a diferencia del 91% que recibe fármacos.

El tratamiento conductual se aplica directamente al niño y/o indirectamente a través de los adultos, centrando el foco en pautas de comportamiento e interacción, refuerzo,

economía de fichas, sobrecorrección, extinción, marcos de conducta y registros.

Existen datos que apuntan a que el tratamiento conductual podría ser mejor que el farmacológico y que es más conveniente, en niños de entre 5 y 12 años, aplicarlos secuencialmente, es decir, el beneficio es mayor si se comienza por el tratamiento conductual y después, si es preciso, se aplica el farmacológico.

En resumen, el tamaño del efecto del tratamiento conductual encontrado **es moderado y significativo**, siendo efectivo para la mejora de la crianza y de la conducta, pero necesita más evidencia sobre su eficacia y no se deben descartar otros tratamientos.

La mayoría de estos programas se llevan a cabo en el hogar y colegio, con entrenamiento de padres y profesores. Los tratamientos conductuales muchas veces son muy costosos en tiempo y esfuerzo.

Generalmente se utilizan programas multicomponente integrados donde se incluyen técnicas conductuales operantes para el entrenamiento para padres y profesores (reforzamiento positivo, reforzamiento diferencial, extinción, economía de fichas, sobrecorrección, coste de respuesta...), entrenamiento en habilidades sociales, técnicas cognitivas como el entrenamiento en autoinstrucciones o el entrenamiento en resolución de problemas. Estas estrategias se emplean durante periodos de tiempo prolongados (PIR 12, 212).

En general, las personas encargadas de los cuidados del niño, prestan mucha atención a sus conductas maladaptativas, a su mal comportamiento y son múltiples los castigos con los que se les amenaza y que luego no suelen llevarse a cabo. Sin embargo, son pocas las ocasiones en que hacen referencia a las conductas adecuadas y habilidades del niño a través de elogios y alabanzas. Así la atención de sus cuidadores actúa como reforzador para el niño y consiguientemente produce un crecimiento y mantenimiento de las conductas desadaptadas.

El objetivo fundamental es el incremento de las conductas adaptativas ("el buen comportamiento"). Para lo que se recurre a técnicas generales como el acuerdo de conductas (contratos conductuales), la economía de fichas o de forma específica con el refuerzo positivo.

La forma principal para reducir el comportamiento desadaptativo es **potenciando** mediante refuerzos los **comportamientos incompatibles** con las conductas desadaptadas, esto se realiza mediante procedimientos de

reforzamiento de conductas incompatibles (RDI) (p. ej. un niño que realiza habitualmente las tareas canturreando recibe una recompensa si realiza una tarea en silencio), procedimientos de reforzamiento positivo contingente de cualquier conducta (RDO), o con reforzamientos diferenciales de tasas bajas (RDTB) (p. ej. un niño que se levanta muchas veces de su asiento en clase recibe un refuerzo si se levanta menos de un número determinado de veces) (PIR 03, 241).

El procedimiento operante trata por otra parte de **disminuir o eliminar las conductas** desadaptadas, mediante procedimientos de **extinción** (es decir, eliminar la atención de los cuidadores como consecuencia de las conductas desadaptadas), mediante **castigos** tanto positivos como negativos o imposibilitando que el niño acceda a reforzadores como consecuencia de conductas desadaptadas (**tiempo fuera**) o pérdida parte de sus reforzadores (**coste de respuesta**).

3.1. INTERVENCIONES CON EL NIÑO

El menor debe ser consciente de que es un niño con un problema, no un *niño malo*. Esto contribuye a que tome conciencia y disminuya su sentimiento de culpa.

El tratamiento con el niño puede ser de diferentes formas:

3.1.1. Autorregulación

Se ha utilizado la autoobservación seguida de autorreforzamiento si se produce la conducta deseada. Así, se busca que el niño tome conciencia de su comportamiento y que obtenga una gratificación si realiza una conducta adaptada. Se busca que llegue a tener un control interno de sobre sí mismo.

También se ha utilizado el entrenamiento en **autoinstrucciones** (Meichenbaum y Goodman, 1971) como mecanismo de autorregulación. Esta técnica en concreto se comenta más adelante.

3.1.2. Control de la irritabilidad

El control de la ira es un objetivo terapéutico prioritario. Como estos niños sufren frustración casi constante, expresan mucha agresividad con dificultad para controlarla. Se utilizan autoinstrucciones y tiempo fuera.

3.1.3. Programas de comunicación

El objetivo es resolver las dificultades interpersonales del niño para lograr una mejor adaptación social. Se han usa-

do técnicas de **solución de problemas**, **contratos de contingencias** (en adolescentes) y la **técnica de la tortuga** (en niños pequeños).

3.1.4. Técnica de la tortuga

Creada por Schneider y Robin (1976), se puede aplicar individualmente o en grupo. Busca enseñar a los **niños pequeños** (educación infantil y primeros cursos de educación primaria) a controlar sus conductas impulsivas, perturbadoras y agresivas (PIR 16, 201; PIR 19, 74).

Fases de la técnica de la tortuga (Schneider y Robin)
Modelado de la posición de tortuga
Entrenamiento en relajación
Entrenamiento en solución de problemas
Generalización y consolidación de las habilidades aprendidas

3.1.5. Neurofeedback

Puesto que los niños con TDAH tienen un patrón distinto de actividad eléctrica cerebral, se ha propuesto utilizar el neurofeedback como tratamiento. El objetivo es entrenar al paciente en **disminuir sus ondas lentas (theta, relacionadas con baja frecuencia y baja vigilancia) y/o incrementar las ondas rápidas (beta, alta frecuencia y concentración)**, con el fin de cambiar un estado anormal (tal y como se señaló en el apartado de etiología) a uno similar al de los niños sanos (PIR 15, 87).

Así, se pretende que adquieran un control operante de su EEG, a través del feedback que ofrece un ordenador que monitoriza la actividad eléctrica cerebral. El programa, a través del electroencefalograma muestra a tiempo real los niveles de actividad eléctrica mientras el niño juega a un juego o ve un vídeo. Si la actividad eléctrica disminuye, se para el juego y así, debe modular su actividad cortical mediante condicionamiento operante. Son unos 40 sesiones a razón de 2-3 a la semana, se estima que en EEUU un 10% de los niños con TDAH han recibido este tratamiento. Aunque se emplee este método, **no se deben olvidar las pautas escolares y educativas**.

3.1.6. Ejercicio físico

Diversos estudios han mostrado la utilidad del ejercicio físico para disminuir la conducta motora inapropiada y disruptiva. Así, puede actuar como operación de establecimiento motivacional (o disposicional) que cambia la función discriminativa de los estímulos ante los cuales el niño

se comporta de forma impulsiva e inatenta, favoreciendo la atención a los estímulos relevantes.

También se ha usado como reforzador de conductas más apropiadas.

Se han encontrado indicios a favor de que reduce los síntomas conductuales y mejora el funcionamiento ejecutivo, relacionándolo con los cambios en neurotransmisores que se producen tras el ejercicio (aumento de dopamina y norepinefrina), si bien es una explicación demasiado reduccionista. Lo fundamental es el contexto/condiciones que hacen que el niño se involucre en el ejercicio y cómo se encadena con otras conductas relevantes.

3.1.7. Entrenamiento autoinstruccional, de habilidades cognitivas y sociales

Desarrollado por **Meichenbaum** y **Goodman** (1971), se basa en los planteamientos de **Vygotsky** sobre la interiorización de normas mediante el lenguaje, lo que facilita la mejora de la planificación y el autocontrol en la realización de tareas.

El objetivo del entrenamiento en autoinstrucciones es conseguir que el niño aprenda a hablarse interiormente de tal forma que le resulte más fácil pensar y tomar conciencia de lo que hace. Dicho de otra manera, enseñar a niños impulsivos a formular e internalizar reglas que puedan servirles de directrices ante nuevas situaciones.

Las autoinstrucciones facilitan el recuerdo de instrucciones, y pueden actuar como feedback y refuerzo de la ejecución. El autocontrol se dirige a que el niño se plantee pequeños objetivos en su trabajo y permanezca atento a su ejecución con el fin de que pueda evaluarla una vez acabada, lo que puede modificar su percepción y sus expectativas sobre su ejecución futura.

Tiene 5 fases:

1. Modelado cognitivo	El terapeuta modela las instrucciones en voz alta, el niño escucha y observa.
2. Guía externa	El niño realiza la misma tarea siguiendo las instrucciones del terapeuta.
3. Autogüía manifiesta	El niño ejecuta la tarea verbalizando en alto y para sí mismo las autoinstrucciones.

4. Autogüía manifiesta atenuada	El niño se susurra las autoinstrucciones.
5. Autoinstrucción encubierta	El niño usa su lenguaje interno para guiar en silencio su proceder.

(PIR 04, 122; PIR 13, 112; PIR 15, 88)

Entre las recomendaciones que establece **Meichenbaum** para niños pequeños se encuentran:

- Utilizar actividades lúdicas en las primeras fases para incrementar la motivación y el interés.
- Trabajar con dos niños para que puedan servirse mutuamente de modelo.
- Respetar el ritmo del niño.
- Cuidar que el niño no memorice o utilice mecánicamente las autoinstrucciones entrenadas.
- Si se trabaja con tareas que generan ansiedad o miedo, empezar por las que generan un menor nivel emocional.
- Utilizar técnicas de imaginación.
- Utilizar el refuerzo positivo y el moldeamiento (PIR 13, 111).

Las autoinstrucciones han sido **una de las técnicas más utilizadas para el tratamiento del TDAH** (PIR 00, 141; PIR 02, 246).

Sin embargo, su interés decreció a partir de los estudios de Abikoff, que concluía que no era eficaz, había mejoras escasas y dificultad en el mantenimiento. Además, pueden llegar a producir efectos negativos cuando se aplica de forma generalizada a todas las tareas, enlenteciendo la ejecución de tareas que deben ser automatizadas.

Recientemente se han propuesto como tratamiento el entrenamiento en habilidades sociales, que no ha obtenido resultados satisfactorios.

La **terapia cognitiva** busca reducir síntomas de TDAH al mejorar las funciones ejecutivas. Se emplean programas informáticos (a veces en forma de videojuegos) que trabajan la memoria de trabajo, atención, inhibición o flexibilidad cognitiva (p. ej. *Cogniplus*, *Viena Test System*, *Rehacom*). Los estudios han encontrado eficacia moderada en la mejora de funciones ejecutivas pero no está claro que mejoren los síntomas de TDAH.

Estudios más recientes concluyen que en niños de entre 3 y 14 años el entrenamiento cognitivo podría ser efectivo y es una opción de tratamiento complementario pero hacen falta más investigaciones.

3.1.8. Entrenamiento en correspondencia

Desarrollado por Roger-Warren y Baer (1976) como alternativa al entrenamiento en autoinstrucciones. Se asume que la falta de atención y la impulsividad son déficits en el repertorio de autocontrol. Así, consiste en el reforzamiento de relaciones **decir-hacer-decir**. Implica o bien el reforzamiento de descripciones precisas de lo que un niño dice que ha hecho (hacer-decir), o bien el reforzamiento de lo que dice que hará (decir-hacer); en esencia principalmente el reforzamiento de haber hecho lo que el niño prometió o dijo que haría, señalando explícitamente que “hizo lo prometido”.

Existen diversos procedimientos, habiendo también un “decir qué no se hará – no hacerlo – decir qué no se ha hecho”.

El procedimiento de entrenamiento en correspondencia se puede generalizar a situaciones derivadas no entrenadas.

3.2. INTERVENCIONES CON LOS PADRES

Los padres necesitan, en primer lugar, comprender al niño, reducir su culpa y motivarse a emprender un programa de tratamiento. Además, serán agentes fundamentales del cambio del niño.

El objetivo es enseñar a los padres las técnicas de modificación de conducta para que puedan manipular los antecedentes y consecuentes de la conducta del niño.

Los programas para padres suelen incluir los siguientes componentes:

Módulo psicoeducativo
Fase educativa y formativa para que comprendan el trastorno y motivarles al tratamiento.
Reforzamiento positivo y extinción
Se les enseña a reforzar las conductas positivas. Se puede utilizar el ejercicio <i>Busca, fíjate y apunta</i> (Corral, 2001). El refuerzo es más útil si a la vez se extinguen las conductas negativas. Se puede incorporar el reforzamiento diferencial de tasas bajas.
Economía de fichas
Se puede complementar con el principio de Premack o el castigo negativo.
Sobrecorrección
Restituir los efectos de la conducta destructiva con la práctica positiva de una adaptada (PIR 15, 82).

Pautas familiares
Dar órdenes de forma correcta (p. ej. no gritar, llamarle por su nombre, no empujar, que sean coherentes, etc.).

Existen protocolos de tratamiento como el programa **Defiant Children** de **Barkley**, cuyas fases se resumen a continuación:

1. Explicar y comprender las causas de la conducta anómala.
2. Aprender a prestar atención a las conductas apropiadas.
3. Incrementar obediencia, juego independiente y dar órdenes eficaces.
4. Sistema de fichas para el hogar.
5. Cómo administrar el tiempo-fuera.
6. Anticipar problemas y manejar el comportamiento en lugares públicos.
7. Mejorar el comportamiento del niño en el colegio.
8. Cómo manejar problemas futuros de comportamiento.
9. Sesión de apoyo al programa de entrenamiento.
10. Final del entrenamiento.

Nota: este protocolo también se aplica para los trastornos de conducta.

Otros protocolos son *Triple P* (Sanders et al., 2004), *The incredible years* (Webster-Stratton, 2004) o *The community parent education program* (Cunningham et al., 1998).

El entrenamiento conductual de los padres suele dar lugar a mejoras en el comportamiento del niño, aumento de la satisfacción de los padres, mejoría de la comunicación padres-hijos, mejoría en las habilidades conductuales de los progenitores y reducción del estrés asociado. En ocasiones se puede realizar de forma grupal, lo cual hace que sea más eficiente.

Algunos estudios, así han encontrado que el entrenaamiento para padres puede ser eficaz para el manejo de las contingencias de la conducta de los hijos. Sin embargo, el impacto sobre los síntomas característicos del TDAH es bajo, aunque sí mejora los síntomas internalizantes (no los externalizantes) y los problemas académicos.

3.3. PROGRAMAS DE ORIENTACIÓN PARA PROFESORES

Los principios son los mismos que con los padres, pero centrado en el aula. La intervención con los profesores es compleja pues el niño irá cambiando de profesor según cambie de curso. En cualquier caso, es especialmente

importante el mantenimiento del contacto terapeuta-profesor durante años, incluso mantenerlo (o reestablecerlo) durante la adolescencia (PIR 07, 134).

En el aula se utiliza economía de fichas, castigo y contrato de contingencias, control de estímulos, por ejemplo, aumentar la atención sobre una tarea utilizando colores, usando normas escritas y visibles, etc. A veces se incluye una tarjeta de información diaria para los padres, donde se van cumplimentando una serie de objetivos logrados.

Un programa de formación de profesores suele incluir:

Instruir a los profesores en el conocimiento del TDAH
De esta forma se modificarán las atribuciones que hace el profesor, p. ej. <i>este niño quiere fastidiarme</i> .
Enseñar a los profesores técnicas de modificación de conducta
Para aumentar conductas: refuerzo + principio de Premack, contratos de contingencias, economía de fichas. Para reducir conductas inadecuadas: extinción, coste de respuesta, aislamiento.
Formar a los profesores en el uso de estrategias para la organización y autodirección del comportamiento
Enseña al alumno a desarrollar autocontrol de forma secuenciada para resolver problemas.
Facilitar las acomodaciones educativas
Usar acomodaciones organizacionales y manipulaciones del ambiente del aula para facilitar el aprendizaje y rendimiento.
Utilizar la autoevaluación reforzada
El objetivo es que al alumno con TDAH sea consciente de su conducta. Tres fases: discusión de las normas, entrenamiento en habilidades de autoevaluación y economía de puntos.
Prestar asesoramiento y hacer un seguimiento del programa
Seguimiento de la implementación.

Un ejemplo de programa para profesores es el *Programa paraprofesional de Irvine* (Kotkin, 1998).

Se realizan adaptaciones curriculares en la escuela, bajo dos actuaciones:

1) Adaptación/Modificación de métodos educativos y material docente empelado: adaptar dificultad de la tarea, dar recompensas, incluir elementos atractivos, supervisión frecuente, contacto visual, etc.

2) Control ambiental: reglas y normas claras y precisas, ubicar al niño cerca del profesor, evitar distractores ambientales, etc.

Estas intervenciones han arrojado resultados positivos. Mejoría en pruebas neuropsicológicas y sobre la estimación conductual que hacen padres y profesores sobre el rendimiento académico. También se han encontrado efectos positivos sobre la sintomatología del TDAH cuando se interviene en casa y colegio de forma conjunta.

En ocasiones además se plantea la reeducación psicopedagógica, a modo de refuerzo escolar (durante las horas lectivas o después).

3.4. INTERVENCIONES CONDUCTUALES MEDIADAS POR PARES

Se suelen llevar a cabo de forma intensiva en campamentos de verano donde se ponen en marcha las técnicas de modificación de conducta en las diferentes actividades (académicas, deportivas y recreativas).

Este tratamiento logra mejoras en las relaciones sociales, rendimiento académico y autoeficacia.

A continuación se muestra una tabla de recapitulación con las características de los tratamientos con mayor apoyo empírico para mejorar la sintomatología TDAH según la SCCAP (Society of Clinical Child and Adolescent Psychology).

Formación a las familias sobre técnicas conductuales (Behavioral Parental Training, BPT)			
<i>Descripción</i>	<i>Planificación</i>	<i>Duración</i>	<i>Resultados</i>
Los padres aprenden a observar la conducta de su hijo y se les enseñan habilidades para recompensar los comportamientos positivos, reglas de convivencia y técnicas como tiempo fuera para las conductas inadaptadas.	Sesiones de grupo por 14-30 padres o madres de niños con TDAH.	12-15 semanas aprox.	Las familias afirman mejoría significativa en la relación con su hijo.

Intervenciones para mejorar el comportamiento disruptivo en las aulas (Behavioral Classroom management BCM)			
<i>Descripción</i>	<i>Planificación</i>	<i>Duración</i>	<i>Resultados</i>
Prevención de situaciones negativas si se desconoce la sintomatología TDAH. Formación en modificación de conducta a los maestros.	El maestro debe explicar las normas que se aplicarán en el aula.	Todo el curso.	Resultados beneficiosos para el niño con TDAH como para la dinámica general del aula.
Intervenciones conductuales entre iguales Behavioral Peer Interventions, BPI)			
<i>Descripción</i>	<i>Planificación</i>	<i>Duración</i>	<i>Resultados</i>
Aprendizaje de conductas apropiadas a través de modelado e imitación de compañeros en el aula.	El maestro forma a estudiantes para que ayuden.	Todo el curso, según necesidades.	Resultados positivos para el niño con TDAH y los modelos.

3.5. EFECTOS DE LAS INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES

Sobre la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales se suelen estudiar por separado los efectos de la intervención conductual y de la cognitiva (sola o en combinación).

Los efectos positivos de la intervención conductual son:

En el niño
Aumento de la conducta atencional y del rendimiento académico.
Disminución de la actividad motora excesiva.
Mejora de las interacciones sociales al tiempo que aumenta la aceptación de los niños por sus iguales.
En los padres y educadores
Mejora de la percepción de los adultos del comportamiento del niño en general.
Mayor control del comportamiento infantil en el medio natural (generalización).
Cambios positivos en las interacciones padres-hijos.
Reducción del estrés familiar y mejora del clima social de la clase.

(PIR 07, 133)

Los factores responsables de estos resultados son los siguientes:

- a) Diseño terapéutico **individualizado, adaptado** al niño y familiares.
- b) Aplicación **intensiva, sistematizada y prolongada**.

- c) Desarrollo de la terapia en ambientes estructurados, con padres y profesores motivados y formados.
- d) Son intervenciones organizadas en fases secuenciadas, con estructura y contenido propio que unifican en una actuación común las intervenciones específicas dirigidas al niño, padres y profesores (PIR 10, 156, 163).

Como aspecto crítico consta que, en general, los datos a favor del mantenimiento y la generalización son bastante pobres.

En cuanto a las intervenciones cognitivas, su eficacia es relativamente inconsistente. Los resultados más favorables se han obtenido en el ámbito de la impulsividad asociada a problemas escolares, sin que afecten a otras dimensiones del trastorno.

La intervención cognitiva habitual (autoinstrucciones y estrategias de solución de problemas) es útil en el ámbito escolar, pero limitada si no se complementa con otras.

Tampoco se ha encontrado que las técnicas cognitivas tengan efecto acumulativo sobre el de la medicación cuando se combinan.

4. TRATAMIENTOS COMBINADOS

El tratamiento **combinado consigue mejores resultados** que el farmacológico aislado, con menos efectos negativos a largo plazo (p. ej. menor estatura) y mayor remisión de síntomas. Algunos datos hablan de 66% de éxito. El fármaco puede hacer frente a los síntomas nucleares del trastorno y el tratamiento cognitivo-conductual permite reducir la dosis del fármaco, aumentar la satisfacción de padres y profesores y la mejora de las habilidades sociales del niño.

Varios estudios y revisiones arrojan conclusiones en esta línea, siendo los tratamientos conductuales altamente efectivos, aunque en algunos casos la evidencia no es tan sólida.

El tratamiento combinado suele consistir en metilfenidato más técnicas de manejo de contingencias, entrenamiento para padres y profesores, autoinstrucciones y solución de problemas.

Los objetivos son optimizar la puesta en práctica de las terapias cognitivo-conductuales, disminuir costes y efectos secundarios de los estimulantes y mejorar el mantenimiento y generalización.

Parece que la **intervención combinada ofrece mejores resultados**.

Por tanto, la **terapia combinada** de fármacos y tratamientos conductuales obtiene resultados superiores a los tratamientos aislados. En general suele mejorar el déficit de atención y la hiperactividad, pero **la impulsividad es más resistente** al tratamiento (PIR 12, 210, 219; PIR 14, 209).

5. PROPUESTA DE TRATAMIENTO DERIVADA DEL MODELO HÍBRIDO DE AUTORREGULACIÓN DE BARKLEY

Barkley incluye en su modelo una serie de implicaciones terapéuticas. Recordemos que para Barkley el TDAH es una alteración crónica que precisa de un manejo del trastorno a largo plazo. Desde este punto, Barkley justifica el uso de fármacos como tratamiento temporal corrector de los déficits neuropsicológicos subyacentes en la inhibición conductual y autocontrol.

De la mano de los fármacos debe ir la externalización de las fuentes de información que controlan la conducta del individuo (p. ej. usar notas escritas de ayuda) y las consecuencias de la conducta del niño en las tareas en las que suele tener problemas (p. ej. economía de fichas). Esta externalización debe mantenerse hasta que la maduración neurológica permita al niño autorregularse.

6. TRATAMIENTO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS: TERAPIA COGNITIVA Y TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN

Ramsay y Rostain (2008) han adaptado la **Terapia Cognitiva** al TDAH. Desde su propuesta le dan un papel central a los psicofármacos, siendo el objetivo de la terapia mejorar la adherencia al fármaco, entrenar estrategias de afrontamiento e identificar y modificar patrones de pensamiento desadaptado. Los estudios sugieren que puede ser útil para reducir la ansiedad y depresión asociadas al TDAH.

Solanto, Marks, Mitchel, Wasserterin y Kofman (2008) han desarrollado un tratamiento grupal para adultos con TDAH, llamado **Terapia Metacognitiva**, que trata de desarrollar y generalizar el uso de funciones ejecutivas para mejorar el manejo del tiempo, organización y planificación.

También se está utilizando la meditación **Mindfulness** para el tratamiento del TDAH en adolescentes y adultos. Datos preliminares apuntan a mejoría de la atención selectiva y ejecutiva, memoria de trabajo y funciones ejecutivas. Otras propuestas son la Terapia Dialéctica Conductual (Linehan, 1993) y la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (Segal, Williams y Teasdale, 2002).

A modo de síntesis se presenta un cuadro recopilando los principales tratamientos:

Tratamientos TDAH (adaptado de Vallejo, 2016)			
Tratamiento	Población	Objetivos	Resultados
Farmacológico	Niños, adolescentes y adultos	Reducir comportamientos impulsivos e hiperactivos.	Resultados robustos a corto plazo en niños. A largo plazo en entredicho. Importantes efectos secundarios.
Tratamiento conductual	Niños	Reducir comportamientos impulsivos e hiperactivos y moldear comportamientos deseables.	Resultados robustos a corto plazo. Dificultades para el mantenimiento y generalización.
Neurofeedback	Niños, adolescentes y adultos	Adquirir control operante del EEG.	No hay evidencia clara de su utilidad.
Ejercicio físico	Niños	Reforzar comportamientos deseables, alterar la función discriminativa de los estímulos.	Eficaz en reducir la frecuencia de conductas impulsivas e hiperactivas y mejorar el funcionamiento ejecutivo. Necesaria más investigación.
Entrenamiento autoinstruccional	Niños	Enseñar a formular e internalizar reglas que sirvan para nuevas situaciones de aprendizaje.	Mejorías escasas y dificultad para generalizar y mantenerlas. Puede producir efectos negativos al enlentecer la ejecución.
Entrenamiento en habilidades cognitivas	Niños, adolescentes y adultos	Entrenamiento en la atención y/o memoria de trabajo.	Resultados iniciales positivos. Se necesita más investigación.

Tratamientos TDAH (adaptado de Vallejo, 2016)			
Tratamiento	Población	Objetivos	Resultados
Entrenamiento en habilidades sociales	Niños	Entrenar habilidades sociales.	Resultados poco satisfactorios.
Entrenamiento en correspondencia decir-hacer	Niños	Reforzamiento de las relaciones decir-hacer-decir	Resultados positivos. Se precisa más investigación.
Terapia Cognitiva y Terapia Metacognitiva	Adolescentes y adultos	Mejorar adherencia a fármacos y modificar pensamientos desadaptativos. Desarrollar funciones ejecutivas.	Resultados iniciales positivos. Se precisa más investigación.
Terapias de tercera generación	Adolescentes y adultos	Mejorar la atención y la autorregulación emocional.	Resultados iniciales positivos. Se necesita más investigación.

7. NIVELES DE EFICACIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

A continuación se presentan dos tablas que recogen la evidencia científica de los diferentes tratamientos comentados para el TDAH.

En el manual de Comeche y Vallejo (2016), exponían esta tabla de niveles de eficacia que, aunque no aparece explícitamente en manuales más novedosos (Fonseca 2021) sí que se aluden a estos niveles en los estudios referidos para los niveles de eficacia.

Tratamiento	Nivel de eficacia
– Entrenamiento conductual de padres. – Manejo del comportamiento en clase. – Intervenciones conductuales mediadas por iguales. – Intervenciones que combinan manejo conductual. – Entrenamiento en organización.	Tratamiento bien establecido
– Intervenciones que combinan entrenamiento conductual.	Tratamiento probablemente eficaz
– Neurofeedback.	Tratamiento posiblemente eficaz
– Entrenamiento cognitivo.	Tratamiento experimental
– Entrenamiento en habilidades sociales.	Tratamiento no funciona

Tabla resumen de nivel de evidencia y grado de recomendación del tratamiento para el TDAH
 (según SCCAP, adaptado de Fonseca, 2021)

Tratamiento	Nivel evidencia	Grado recomendación
Intervención conductual en el ámbito escolar, familiar y social	1++	A
Terapia cognitivo-conductual	1++	B
Entrenamiento en organización y planificación del tiempo	1+	B
Entrenamiento en HHSS	3	B
Entrenamiento cognitivo (memoria de trabajo y atención)	3	B
Neurofeedback	4	D

Los tratamientos con menos evidencia (neurofeedback, cognitivo) y otros biológicos (dietas, exclusión de colorantes artificiales, suplementos de ácidos grasos libres) cuando se evalúan por personas del entorno terapéutico encuentran efectos estadísticamente significativos, pero en evaluación ciega solo se encuentra evidencia para la suplementación con ácidos grasos libres y exclusión de colorantes alimentarios artificiales.

El pronóstico de estos niños es que un tercio responde bien al tratamiento y mejora claramente entre los 17 y 18 años, otro tercio mejora, pero con niveles de adaptación insuficientes y el último tercio no evoluciona satisfactoriamente (sobre todo si hay CI bajo, familia de bajo nivel socioeconómico y no hay estabilidad emocional).

En general con la intervención el déficit de atención y la hiperactividad suelen mejorar entre los 15-20 años.

Los resultados a largo plazo no son los deseables, con ninguna de las intervenciones descritas hasta ahora se logra “curar” como tal el trastorno. Para que el tratamiento sea lo más exitoso debe ser continuado a lo largo del tiempo, implicar colaboración con padres y escuela, que se realice atención sociosanitaria a varios niveles (primario, especializado), incluir psicoeducación, intervenir también con la escuela, en los contextos lúdicos (p. ej. talleres y campamentos) y facilitado por las nuevas tecnologías y aplicaciones informáticas para comunicarse y monitorizar el seguimiento.

En resumen, los beneficios-seguridad de los medicamentos son aún controvertidos, sobre todo a largo plazo y las diferentes guías no son siempre consistentes al respecto. El tratamiento se debe seleccionar según **cada caso particular**, según edad, perfil del individuo y gravedad. Conviene iniciar el tratamiento conductual en niños preescolares siempre que sea posible. **Si el caso es de gravedad media, se recomienda tratamiento psicológico y si es grave, combinado.**

8. RECOMENDACIONES

8.1. PAUTAS GENERALES DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Algunas sociedades científicas han generado **pautas generales** de tratamiento para el TDAH, así:

- La American Academy of Pediatric: para niños de preescolar (4-5 años) tratamiento conductual con pautas para padres e intervenciones conductuales. Para niños en primaria tratamiento combinado. Para adolescentes tratamiento farmacológico.
- La Sociedad de Psicología Clínica del Niño y Adolescente (SCCAP): fármacos y tratamiento conductual los más eficaces. Entre los conductuales, el entretenimiento en **organización y planificación** como uno de los que arroja mejores resultados y también los ya mencionados BPT, BCM y BPI.

8.2. RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Para el **profesorado**:

- Que se sienten en las primeras filas.
- Instrucciones cortas, claras y sencillas.
- Repetir instrucciones más relevantes.
- Evitar estímulos distractores.
- Secuenciar o reducir el número de tareas.
- Recordar las fechas de entrega.

- Tareas en diferentes formatos.
- Actividades con descanso, o cambios entre estas.
- Tareas que favorezcan el movimiento.

Para los **exámenes**:

- Permitir más tiempo.
- Enunciados cortos y con ideas destacadas.
- Revisar durante la ejecución del examen que no haya respuestas sin contestar.
- Preguntas orales, o exámenes divididos en dos partes con descanso.

Para las **familias**:

- Establecer rutinas en casa.
- Priorizar el refuerzo positivo.
- Utilizar registros de conducta de forma limitada a 2-3 comportamientos, evitando trabajar a la vez numerosos aspectos.
- Dar responsabilidades en casa.
- Ajustar los tiempos a las posibilidades del niño o adolescente, incluyendo descansos y cambios de tarea.

8.3. CONSIDERACIONES DE LA GUÍA NICE Y LA OMS

La guía NICE señala lo siguiente:

- a) El metilfenidato es el tratamiento farmacológico de primera línea para niños mayores de 5 años y para adolescentes, y tanto este como la lisdexanfetamina aportan beneficios (PIR 21, 201).
- b) En niños menores de 5 años la opción terapéutica recomendada es derivar a los padres a programas de entrenamiento y educación parental. No se recomiendan fármacos.
- c) En niños en edad escolar y adolescentes en los que el trastorno origina deterioro moderado se recomienda derivar a los padres a programas de entrenamiento y considerar terapia cognitivo-conductual y/o entrenamiento en habilidades sociales. El tratamiento farmacológico debe limitarse a los casos graves, de rechazo o no resultados del tratamiento psicológico.
- d) En niños de edad escolar y adolescentes con TDAH severo el tratamiento de primera opción debe incluir terapia farmacológica en el marco de un programa multimodal que incluya intervenciones conductuales y escolares.

La OMS por su parte, en su guía de 2016, recomienda:

- Orientar sobre el bienestar del niño/adolescente.
- Proporcionar psicoeducación al paciente y familiares.

- Evaluar y manejar factores estresantes y fortalecer el apoyo social.
- Dar apoyo a los cuidadores.
- Servir de enlace con los profesores y personal escolar.
- Establecer vínculos con otros recursos comunitarios.
- Considerar el entrenamiento a los padres.
- Considerar efectuar intervenciones conductuales.
- Si los tratamientos han fracasado y tiene más de 6 años, derivar a especialista que valore tratamiento con metilfenidato.
- Asegurar seguimiento adecuado, al menos cada 3 meses.

8.4. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (2017)

A continuación se exponen de forma resumida las recomendaciones de la GPC del SNS, ordenadas por objetivos y señalando el nivel de recomendación y/o evidencia.

8.4.1. Para mejorar la organización y gestión del tiempo dedicado a tareas escolares y rendimiento académico

Recomendación	Grado
Usar programas de capacitación en habilidades que incluyan habilidades de organización y formación en estrategias de planificación para los padres y en estrategias de gestión del aula a los profesores.	B
Intervenciones basadas en planificar y organizar el material escolar, seguimiento y gestión de los deberes y el tiempo.	B

Recomendación	Grado
El entrenamiento en habilidades organizativas debe incluir: – Rutinas para anotar fechas de entrega. – Estrategias para organizar los deberes. – Listas de comprobación de materiales. – Dividir las tareas en pasos, monitorizando y planificando el tiempo necesario para realizarlas.	B

8.4.2. Para optimizar la coordinación entre instituciones sanitarias, educativas y familiares

Recomendación	Grado
Coordinación entre profesionales sanitarios, educativos y la familia.	Consenso
Diseñar estrategias para mejorar las relaciones entre padres e hijos, habilidades parentales y colaboración de estos en la solución de problemas.	A
La coordinación la realiza preferentemente el Servicio de Orientación.	Consenso

Recomendación	Grado
En Educación Primaria: – Formación del profesorado en modificación de conducta. – Entrenamiento parental en las rutinas y deberes para casa. – Capacitación de los niños/as en habilidades de funcionamiento social y autonomía.	C
En Educación Secundaria: – Que los padres fomenten la responsabilidad académica de sus hijos en el hogar y escuela (organización, gestión de tiempo de estudio, etc.). – Trabajo continuo con padres e hijos para corregir los problemas de conducta. – Registro de éxitos y fracasos, con recompensas por los esfuerzos y progresos. – Involucrar al profesorado en el sistema de comunicación hogar-escuela.	C

8.4.3. Para facilitar la incorporación al mercado laboral

Recomendaciones	Grado
Programas cognitivo-conductuales que incluyan: psicoeducación para entender la base biopsicosocial del trastorno, desarrollo de habilidades que ayuden a mejorar la función y adaptación al trabajo y estrategias de organización y planificación en la vida diaria.	Consenso

8.4.4. Para mejorar las intervenciones educativas

La evidencia señala que las personas con TDAH tienen desventaja en el funcionamiento académico respecto a las personas que no lo tienen. Estas desventajas pueden reducirse utilizando intervenciones que potencien un aprendizaje eficaz. Las intervenciones no farmacológicas en el ambiente escolar muestran efectos beneficiosos en mejorar los síntomas centrales (inatención, hiperactividad e impulsividad) y los externos. Las más efectivas, en este contexto, son las que combinan intervención de manejo de contingencias con las centradas en aspectos académicos. Se han utilizado intervenciones psicosociales conductuales multicomponente, intervenciones con estímulos visuales y auditivos, de regulación emocional, de entrenamiento de memoria de trabajo, etc.

Las recomendaciones PICO (Paciente - Intervención - Comparación - Outcomes/Resultados) son las siguientes:

Recomendación	Grado
Intervenciones centradas en aspectos académicos (memoria de trabajo, técnicas orales o visoespaciales, de refuerzo, etc.) o combinadas con manejo de contingencias. Se utilizará terapia cognitivo-conductual y actividad física continuada.	B
Se incluye formación a los padres sobre estas estrategias, para el profesorado en la gestión del aula y para los niños entrenamiento en HHSS y autonomía.	B

Recomendación	Grado
Para mejorar las FFEE y la atención se recomienda utilizar estímulos visuales y auditivos, combinándolo con pautas parentales para implementar las habilidades adquiridas.	A
Adaptar la colocación de los niños/as en el aula, modificar la asignación de trabajo escolar y los tiempos de ejecución de exámenes.	Consenso

8.4.5. Para las intervenciones farmacológicas

Se concluye que en niños/as preescolares no se deben utilizar fármacos. En edad escolar y adolescentes sí, si el tratamiento psicológico no ha dado resultados o en casos graves. El metilfenidato mejora la sintomatología en general, con eficacia significativa en niños de 6 a 12 años. En adultos se emplean fármacos en los casos de deterioro moderado o grave, siendo eficaz a corto plazo, pero se cuestiona su seguridad por los efectos adversos, teniendo mejor tolerancia el de liberación prolongada.

Se señala también que la lisdexanfetamina, la guanfacina y la atomoxetina tienen datos a favor de su eficacia.

Recomendaciones	Grado
No emplear fármacos en menores de 6 años.	D
En situaciones de elevada gravedad podría ser necesario el empleo de fármacos incluso en menores de 6 años, en esos casos iniciar con la dosis más baja posible. En estos casos son más probables y graves los efectos secundarios.	Consenso
En niños de edad escolar y adolescentes se recomienda el tratamiento farmacológico si el psicológico y/o psicopedagógico no han dado resultado, o en los casos graves. Los fármacos indicados son el metilfenidato (MPH), la lisdexanfetamina (LDX), la guanfacina (GXR) y la atomoxetina.	Consenso
En adultos el tratamiento de primera línea en casos moderados a graves es el farmacológico, siendo posible la elección de tratamiento psicológico o farmacológico en los casos leves.	B
Los fármacos que se pueden utilizar en población adulta son el metilfenidato, la lisdexanfetamina, la guanfacina y la atomoxetina. En España el único aprobado para adultos es la atomoxetina. En pacientes que iniciaron metilfenidato o lisdexanfetamina en la infancia/adolescencia se pueden continuar usando en la edad adulta.	Consenso
Se recomienda realizar controles antropométricos, del crecimiento y de las constantes vitales (tensión arterial y frecuencia cardíaca) cuando se empleen fármacos.	Consenso
Aunque los periodos de descanso de medicación parecen tener un efecto positivo en el desarrollo de los niños y su interrupción pautada hace que la curva de crecimiento recupere su normalidad, no se recomienda interrumpir el tratamiento, pues así se evitan las recaídas y se logra una mejor adherencia y posible mejoría académica.	D

Recomendaciones	Grado
Se plantea, no obstante, descanso de los fármacos en periodos de vacaciones si el desarrollo de los niños se viera afectado por el tratamiento farmacológico.	Consenso
Se recomienda utilizar estrategias para la mejora de la adherencia al tratamiento.	Consenso

8.4.6. Para las intervenciones psicoterapéuticas y combinadas

No existe evidencia clara respecto a la efectividad y seguridad del tratamiento farmacológico y no farmacológico a largo plazo. Tampoco parece haber asociación a largo plazo entre el tratamiento farmacológico y el abuso de drogas.

Recomendaciones	Grado
La terapia cognitivo-conductual es más eficaz que otros modelos de psicoterapia, la rehabilitación cognitiva o la relajación.	Consenso
Incluir programas de entrenamiento conductual para padres dentro de la primera línea de tratamiento para niños de edades entre 3 y 12 años.	4
Los programas psicoeducativos y de entrenamiento conductual para padres deben ofrecerse por profesionales formados, con suficientes sesiones, tareas para casa, mejora de la relación padres-hijo/a, y permitir que los padres puedan identificar sus propios objetivos de crianza.	Consenso
Los programas para padres deben incluir una combinación de estrategias como la identificación de errores en la crianza, fijación de normas para casa y fuera de esta, sistemas de recompensa, aprendizaje de cómo prestar atención a los hijos/as, retiradas de privilegios, aumento de la tolerancia paterna y modulación de la expresión emocional con aumento de las interacciones positivas.	Consenso

8.4.7. Programas para padres

Además, la GPC incluye una pequeña recopilación de programas de intervención para padres:

a) *Behavioral Parent Training (BPT)* (referidas genéricamente en el punto 3.4):

- **Programa estándar:** modificación de conductas y sus consecuencias mediante atención positiva, “ignorancia planteada”, incentivos, identificación de errores de crianza, etc.
- Programa de **Barkley**.
- **Incredible years (IY):** fortalecer la relación de los padres con sus hijos, las habilidades parentales, el establecimiento de límites y disciplina no violenta. Estrategias como juegos, reforzamiento, rutinas, órdenes claras y solución de problemas.

- **New Forest Parenting Program** (NFPP): enseñar a los padres a identificar las competencias actuales de sus hijos y promover expectativas realistas, consolidando autocontrol, atención y memoria. Estrategias: juegos que potencien la atención, ejercicios para aumentar la paciencia, la organización y la comunicación. Información del TDAH a los padres.
 - **Comet** (COMmunication METHod): reforzar las HHSS de los niños y la regulación emocional. Estrategias: enseñar HH para lograr interacciones positivas, estar atento y elogiar por las buenas conductas, órdenes efectivas y evitar conflictos.
 - **COPE** (Community Parent Education Program): ayudar a los padres a desarrollar habilidades que les permitan hacer frente de forma positiva a las conductas difíciles de sus hijos. Estrategias: aprender a ignorar las interrupciones insignificantes, atender a los comportamientos positivos, recompensar, planificar y atender equilibradamente a los hermanos.
- b) *Enhanced Behavioral Family Intervention;*
- **Positive Parenting Program** (PPP): planificación familiar para prevenir conductas problemáticas. Estrategias: desarrollar un plan de crianza e implementarlo.
 - **Strategies to Enhance Positive Parenting Program** (STEPP): similar al estándar de los BPT, pero incorpora mejoras en el formato para incrementar el compromiso de la familia y los resultados, como el trabajo con las cogniciones, expectativas y atribuciones de los padres.
 - **Connect Parent Group** (CPG): fomentar en los padres la reflexión sobre su relación padres-hijo/a y las necesidades de apego de estos. Estrategias: ejercicios reflexivos, juegos de rol, discusiones, información sobre el apego, cómo dar respuestas emocionales, comunicar empatía, etc.

ESQUEMA DE CONTENIDOS

Tratamiento del TDAH: Cuestiones generales		
Factores responsables de los resultados	Recomendaciones OMS	Conclusiones
<ul style="list-style-type: none"> • Diseño terapéutico individualizado, adaptado al niño y familiares. • Aplicación intensiva, sistematizada y prolongada. • Desarrollo de la terapia en ambientes estructurados, con padres y profesores motivados y formados. • Son intervenciones organizadas en fases secuenciadas, con estructura y contenido propio que unifican en una actuación común las intervenciones específicas dirigidas al niño, padres y profesores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre el bienestar del niño/adolescente. • Proporcionar psicoeducación al paciente y familiares. • Evaluar y manejar factores estresantes y fortalecer el apoyo social. • Dar apoyo a los cuidadores. • Servir de enlace con los profesores y personal escolar. • Establecer vínculos con otros recursos comunitarios. • Considerar el entrenamiento a los padres. • Considerar efectuar intervenciones conductuales. • Si los tratamientos han fracasado y tiene más de 6 años, derivar a especialista que valore tratamiento con metilfenidato. • Asegurar seguimiento adecuado, al menos cada 3 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los beneficios-seguridad de los medicamentos son aún controvertidos, sobre todo a largo plazo y las diferentes guías no son siempre consistentes al respecto. • El tratamiento se debe seleccionar según cada caso particular, según edad, perfil del individuo y gravedad. • Conviene iniciar el tratamiento conductual en niños preescolares siempre que sea posible. Si el caso es de gravedad media, se recomienda tratamiento psicológico y si es grave, combinado.

TDAH: Tratamientos				
Farmacológico	Psicológico			
	Niño	Familias	Escuela	Iguales
Estimulantes <ul style="list-style-type: none"> • Metilfenidato • Dextroanfetamina • Lisdexanfetamina 	Autorregulación Controla de la irritabilidad	Defiant Children (Barkley)	Behavioral Classroom Management (BCM)	Campamentos
No estimulantes <ul style="list-style-type: none"> • Atomoxetina • Clonidina • Guanfacina 	Programas de comunicación Técnica de la tortuga Neurofeedback Ejercicio físico Autoinstrucciones, HHSS y cognitivo Entrenamiento en correspondencia	Behavioral Parent Training (BPT) Enhanced Behavioral Family Intervention		Behavioral Peer Intervention (BPI)

Tratamiento	Nivel evidencia	Grado recomendación
Intervención conductual en el ámbito escolar, familiar y social	1++	A
Terapia cognitivo-conductual	1++	B
Entrenamiento en organización y planificación del tiempo	1+	B
Entrenamiento en HHSS	3	B
Entrenamiento cognitivo (memoria de trabajo y atención)	3	B
Neurofeedback	4	D