

GUÍA DIDÁCTICA

Trastornos del Comportamiento

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO. GUÍA DIDÁCTICA

Edita

Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública
Servicio Canario de la Salud. Gobierno de Canarias. Año 2010
Rambla de Santa Cruz, 53 - 38006 Santa Cruz de Tenerife

Autores

PEDRO JAVIER RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

Médico Especialista en Pediatría y Puericultura. Acreditación en Psiquiatría Infantil. Psicólogo

Fundación Internacional O Belén. Tenerife

Hospital de Día Infantil y Juvenil "Diego Matías Guigou y Costa". Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Tenerife

MARIA TERESA SANTAMARÍA RAMIRO

Licenciada en Psicología. Psicóloga Clínica

Hospital de Día Infantil y Juvenil "Diego Matías Guigou y Costa". Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Tenerife

ANA FIGUEROA QUINTANA

Médico Especialista en Psiquiatría. Psiquiatría Infantil y del Adolescente

Clínica del Perpetuo Socorro

Centro Terapéutico para Adolescentes con Alteraciones del Comportamiento. Dirección General de Protección del Menor y la Familia y Fundación Internacional O Belén.

Las Palmas de Gran Canaria, Gran Canaria

Unidad de Psiquiatría Infantil y del Adolescente. Hospital General de La Palma

Servicio Canario de Salud. Breña Alta, La Palma

Coordinadores de la edición

ALBERTO ARMAS NAVARRO

Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública

Jefe del Servicio de Promoción de la Salud

ROSA GLORIA SUÁREZ LÓPEZ DE VERGARA

Médico Especialista en Pediatría y Puericultura

Pediatra. Servicio de Promoción de la Salud

Maquetación e impresión

SOFPRINT

www.sofprint.com

Dep. Legal: TF-1.825/2010

I.S.B.N.: 978-84-693-4739-3

Aunque en esta Guía se utilizan los términos en su acepción genérica masculina, el editor manifiesta su respeto al concepto de igualdad de género, evitando por razones de economía del lenguaje el uso de expresiones tales como niños/niñas o similares.

Todos los derechos están reservados. Se autoriza la reproducción y divulgación de esta publicación, a efectos de promoción de la salud, siempre que se haga sin ánimo de lucro ni finalidad comercial, citando la procedencia (editor, autor y año) y solicitando previamente autorización escrita al editor.

Este manual, cuaderno o guía -que de todos estos modos podría llamarse- es, en cualquier caso, un pequeño tratado sobre un importante problema de salud, dada la solvencia de sus autores y el importante esfuerzo de síntesis realizado por ellos para plasmar en pocas páginas su experiencia de muchos años.

La colección que iniciamos ahora de Guías Didácticas para la Salud, se inicia con cuatro títulos: Asma Bronquial Infantil, Enfermedad Celíaca, Trastornos del Comportamiento, y Diabetes en la Infancia y Juventud. Todas tienen en común la finalidad de servir de orientación para padres, profesores y otras personas que tienen responsabilidades educativas, entendiendo que también los profesionales de la salud pueden encontrar en ellas un soporte para su labor cotidiana.

Desde aquí agradezco el interés y buen sentido del Director del Servicio Canario de la Salud, D. Guillermo Martín Ribot; del Director General de Salud Pública, D. Enrique Torres Lana, y de todo el equipo técnico que ha participado en la realización de este trabajo.

Esperamos sobre todo que estos cuadernos sean útiles para las personas afectadas por los problemas que aquí se tratan, para sus familias y, en definitiva, para todo el que los necesite. Nuestro propósito es seguir apoyando el trabajo bien hecho y la promoción de la salud.

Mercedes Roldós Caballero
Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias

Sumario

I.	INTRODUCCIÓN.....	7
II.	TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH).....	9
	¿Qué es y cuáles son sus síntomas?.....	9
	¿Cuál es la causa?.....	12
	¿Es frecuente?.....	12
	¿Cuándo se detecta?.....	12
	¿Cómo evoluciona?.....	14
	¿Cómo se diagnostica?.....	16
	¿Cómo se trata?.....	18
	¿Cuáles son los medicamentos que se utilizan?.....	19
	¿Qué tratamiento psicológico se utiliza?.....	22
III.	TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE.....	25
	¿Qué es?.....	25
	¿Cuáles son los síntomas?.....	25
IV.	TRASTORNO DISOCIAL.....	27
	¿Qué es?.....	27
	¿Cuáles son los síntomas?.....	27
V.	¿LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO SE PUEDEN ACOMPAÑAR DE OTROS PROBLEMAS?.....	29
VI.	¿CÓMO SE REALIZA LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA PREVENIR Y TRATAR LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO?.....	31
VII.	PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO.....	39
	¿Cómo se pueden prevenir?.....	39
	¿A qué edad hay que comenzar a inculcar disciplina durante la infancia y adolescencia?.....	39
	¿La televisión, los ordenadores y los videojuegos pueden favorecer la aparición de problemas de atención e hiperactividad?.....	40
	Mi hijo no me hace caso, no quiere hablar conmigo. ¿Qué hago?.....	41
	¿Pueden familias y escuela ayudarse mutuamente?.....	42
VIII.	ENLACES DE INTERÉS EN INTERNET.....	45



I. Introducción

Los trastornos del comportamiento son los principales motivos de consulta de causa no orgánica en los servicios de salud y de consumo, y de utilización de recursos sociales en la infancia.

Su frecuencia se sitúa en torno al 8-12%. Es más frecuente en el sexo masculino y se presenta en edades más tempranas y con síntomas más graves.

La sintomatología que presentan es variada con predominio de comportamientos contrarios a los derechos de las otras personas y a las normas sociales establecidas. Como consecuencia de ello, se deteriora la socialización y se aumenta el riesgo de padecer retraso escolar y consumo de tóxicos.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y debe realizarse de manera precoz, puesto que el paso del tiempo empeora el pronóstico. Los aspectos preventivos son de suma importancia ya que reducen la probabilidad de aparición del trastorno o frenan la progresión de los síntomas si ya está establecido el problema.

En relación a la etiología o causa que producen los problemas de comportamiento en la infancia y adolescencia, se pueden plantear tres cuestiones genéricas: ¿es el reflejo de la sociedad en que vivimos? ¿es el reflejo de la propia naturaleza humana? ¿es la expresión sintomatológica de un estado de enfermedad? Estas y otras preguntas son difíciles de responder puesto que la causa es la suma de muchos factores que se relacionan, potencian e interactúan entre sí.

Muchas situaciones contextuales, consideraciones temperamentales o genéticas, etc. pueden producir comportamientos no adecuados a las normas sociales o a los derechos de las demás personas. Sin embargo, la denominación “trastorno del comportamiento” se debe reservar para las ocasiones en las que exista una entidad clínica definida.

Los trastornos del comportamiento más frecuentes son el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), el Trastorno Negativista Desafiante y el Trastorno Diso-

cial. En la presente guía se expondrán las consideraciones más importantes sobre dichos trastornos, cómo identificarlos, cuáles son los tratamientos más adecuados y las medidas preventivas más eficientes.

II. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

¿Qué es y cuáles son sus síntomas?

Es un trastorno que se caracteriza principalmente por síntomas de **inatención, hiperactividad e impulsividad**.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una alteración de la **función ejecutiva**, término que engloba muchas capacidades (atención, memoria, etc.) necesarias para realizar tareas fundamentales en el funcionamiento cotidiano como: atender, planificar y organizar los distintos pasos para conseguir un objetivo, reflexionar sobre las posibles consecuencias antes de hacer o decir algo, inhibir la respuesta inadecuada y cambiarla por otra más apropiada, etc.

Es el trastorno mental más frecuente en edad escolar (6-12 años), y de los más frecuentes en la adolescencia.

Los síntomas de inatención son:

1. **No prestar atención a los detalles** (por ejemplo, a los signos en las operaciones matemáticas, a los enunciados de los ejercicios o a la ortografía) lo que provoca que se comenten **errores por descuido** o por no fijarse bien (como ponerse la camiseta al revés o equivocarse en tareas que realmente sabe hacer).
2. **Dificultades para mantener la atención**, por lo que sobreviene el cansancio o aburrimiento en una actividad o juego al poco tiempo, cambiando frecuentemente de actividad.
3. **Dificultades para completar actividades**, dejando las tareas o los dibujos a medias si alguien no lo supervisa.

4. **Dificultades para organizarse y planificarse:** por ejemplo, comienza la hoja de problemas por el ejercicio 5, o la deja para el último minuto y al final no le da tiempo a terminarla.
5. **Evitar tareas que requieren esfuerzo mental,** como los deberes, puzzles o sudokus.
6. **Perder cosas,** como el material escolar, jerséis o juguetes.
7. **Distraerse con facilidad:** mientras el profesor da la lección piensa en el recreo, al oír un ruido corre a ver qué es, con frecuencia padres y profesores dicen que “está en su mundo”, o que “se le va el santo al cielo”.
8. **Olvidarse de encargos o actividades:** por ejemplo, olvida llevar los deberes a clase o traer a casa el libro del examen que tiene al día siguiente, u olvida para qué fue a su habitación.
9. **Parecer que no escucha** cuando se le habla directamente y hay que repetirle las cosas varias veces.

La hiperactividad consiste en:

1. **Moverse continuamente en su asiento:** cambios de postura, movimiento de pierna, “enredar” con las manos, tocarse la cara, hacer ruiditos con el lápiz.
2. **Levantarse** en situaciones en las que debería permanecer sentado: como en clase, en la mesa o en la iglesia.
3. **Correr todo el tiempo, o subirse a alturas** de forma inapropiada, por lo que es más propenso a sufrir accidentes y plantea problemas de disciplina.
4. **Hacer un ruido excesivo:** mientras realiza actividades, o juega (pega golpes en la mesa, da gritos, tira los juguetes, etc.).
5. **Hablar excesivamente:** a veces rápido sin que se le entienda, por su dificultad para organizar sus ideas.

6. Con frecuencia los padres y profesores advierten que el niño actúa **como si estuviera “activado por un motor”** o como “si nunca se le acabaran las pilas”.

La impulsividad consiste en:

1. **Responder y actuar sin pensar:** responder incluso antes de que la pregunta haya sido formulada, hacer o decir lo primero que se le viene a la cabeza sin pararse a pensar en las posibles consecuencias.
2. **Dificultad para esperar su turno:** quiere ser el primero en la cola, el primero en utilizar un columpio, que le sirvan la comida “ya”, se muestra impaciente cuando pide algo.
3. **Interrumpir** las conversaciones o los juegos de otros. Por ejemplo interrumpe a sus padres cuando hablan por el móvil y a sus hermanos cuando juegan con amigos, o se mete en una conversación “de mayores”.

Muchos niños con TDAH presentan las tres características, lo que se denomina **TDAH combinado**.

Aunque no es imprescindible para el diagnóstico que tenga las tres características, o que tenga las tres características de igual intensidad. Algunos pacientes con TDAH tienen sobre todo síntomas de inatención, lo que se denomina **TDAH de predominio inatento**, y presentan un leve o ningún problema de hiperactividad o impulsividad. Otros tienen dificultad en la atención y además son impulsivos, pero no se muestran excesivamente activos o inquietos.

El TDAH se presenta y se diagnostica más en **varones** (aproximadamente 4 niños por cada niña con TDAH).

Por otra parte, el TDAH de predominio inatento es más frecuente en el sexo femenino. Este subtipo de TDAH tiene un problema: y es que en clase no “molestan” (no alborotan, no se mueven, no distraen a otros compañeros, ni discuten, ni se meten en peleas...). Por esto a veces el TDAH en este grupo pasa inadvertido por lo que puede estar infradiagnosticado.

¿Cuál es la causa?

En la actualidad se desconoce la causa exacta del TDAH, pero se ha estudiado que se debe a un cúmulo de factores (**causa multifactorial**).

Los estudios indican que el 70-80% de la causa es genética.

También se han estudiado otros factores como posibles causas del TDAH tales como que durante el embarazo la madre experimente estrés extremo, tabaquismo activo o ingestión de alcohol, lesiones cerebrales por traumatismos craneoencefálicos, etc.

Algo que debe quedar bien claro es que **El TDAH NO es culpa de los padres, de los profesores o del niño** que lo padece.

¿Es frecuente?

En torno al **5-7%** de los niños en edad escolar y alrededor del **4%** de los adultos padecen TDAH. Esto quiere decir que **en una clase de 30 alumnos** probablemente **entre 1 y 3** tengan TDAH.

En 1902 los Dres. Still y Tredgold describieron los síntomas del TDAH, es decir, se describió hace más de 100 años. Es cierto que comparado con entonces, **ahora se realizan más diagnósticos**. Esto NO se debe a un aumento de la frecuencia o a que el TDAH “esté de moda”; sino a la **mejor formación** de los profesionales, a un **mejor método diagnóstico**, y a que ahora también se diagnostican (y se tratan eficazmente) los **casos menos graves**. De todas formas, aún hay muchos casos infradiagnosticados por lo que debería potenciarse su reconocimiento en beneficio de la salud de quienes lo padecen.

¿Cuándo se detecta?

Generalmente el TDAH se detecta en edad escolar (6-12 años), cuando los niños muestran los síntomas. Sin embargo, puede diagnosticarse antes (en edad preescolar) o después (en la adolescencia o la edad adulta).

Un niño con TDAH en **edad preescolar** puede manifestar los siguientes comportamientos:

1. Pegar a sus compañeros.
2. Tener una curiosidad insaciable.
3. Excesiva actividad, cayéndose o golpeándose con frecuencia (y haciéndose heridas, esguinces, fracturas...).
4. No acatar las normas.
5. Tener un juego vigoroso y “bruto”.
6. Presentar inquietud psicomotora (siempre en movimiento).
7. Parecer torpe (derrama y se le caen cosas, no por torpeza motora sino por impulsividad y por hacer las cosas “al tun-tun”).
8. Ser insistente y demandante con padres, profesores y compañeros de clase.
9. Tener rabietas si no se cumplen sus deseos.

Un **adolescente** con TDAH se puede manifestar por los siguientes comportamientos:

1. Hiperactividad fina (sensación de intranquilidad interna, movimiento incesante de pierna, tiene siempre algo en la mano).
2. Los profesores se suelen quejar de que sus trabajos son “sucios” y “desorganizados” y de que no trabaja.
3. Su rendimiento es menor a su capacidad, principalmente porque no se esfuerza (evita el esfuerzo mental), no revisa posibles fallos (entrega los exámenes rápido, cuanto antes mejor) y escribe lo mínimo “para salir del paso”.

4. En clase necesita que alguien le apoye y le anime a seguir, no puede trabajar porque deja las tareas a medias.
5. Tiende a cambiar de amistades con frecuencia, y no tiene un grupo cercano.
6. Llegan a presentar problemas de conducta: faltas de respeto a profesores, actitud retardadora y desafiante, incumplimiento de normas, etc.
7. Suelen involucrarse en conductas de riesgo como abuso de alcohol, nicotina o cannabis.
8. A veces también presentan síntomas depresivos (tristeza, autoestima baja, apatía, desmotivación) y síntomas de ansiedad.

Es importante tener en cuenta que es NORMAL (no es debido a un TDAH) que en edad preescolar exista hiperactividad, o que en la adolescencia se pueda estar distraído durante un tiempo por algún problema en sus relaciones sociales.

Se debe sospechar TDAH cuando los síntomas de intención, hiperactividad o impulsividad, **persistan en el tiempo e interfieran en el funcionamiento cotidiano**: en sus relaciones sociales y familiares, en su rendimiento académico, en su autoestima, en sus hobbies, etc.

¿Cómo evoluciona?

Las tres características cardinales del TDAH, inatención, hiperactividad e impulsividad, **tienden a disminuir con el tiempo**. Sobre todo disminuye la hiperactividad motora gruesa, que con el tiempo se transforma en hiperactividad fina o sensación de intranquilidad interna.

También disminuyen, algo menos, los síntomas de impulsividad. Los síntomas de inatención son los que más tienden a persistir en el tiempo.

El TDAH puede interferir en el funcionamiento cotidiano. Interfiere en:

1. **El rendimiento académico:** debido a la dificultad para organizarse y para centrarse en una tarea un tiempo suficiente, presentan dificultades en el aprendizaje de la lectura, la escritura y el cálculo matemático. Esto hace que sus notas sean más bajas. Incluso llegan a suspender exámenes, y a repetir un curso, y a requerir refuerzo o adaptación curricular, pese a tener capacidad intelectual para superar los objetivos y querer estudiar. Pueden pasar a estudios de menor exigencia o bien abandonar los estudios.
2. **En la capacidad para relacionarse con iguales y con adultos** debido a sus comportamientos desinhibidos, su excesiva insistencia, su falta de reflexión, su fácil frustración (con los consecuentes enfados) y su imposición de sus normas.
3. **En la dinámica familiar y escolar.** Los padres y profesores suelen discutir con ellos y castigarles a menudo. Normalmente tienen poca popularidad y amistades poco duraderas, incluso pueden llegar al aislamiento.

Las personas con TDAH, sobre todo adolescentes, pueden involucrarse en **conductas de riesgo**, como el consumo de sustancias tóxicas. Además comienzan antes su actividad sexual, lo que aumenta el riesgo de embarazo o paternidad precoz.

Por todas estas repercusiones negativas los niños con TDAH tienden a tener una **autoestima baja**.

Además, como están en continuo movimiento **requieren el doble de recursos médicos** (hospitalización, consultas externas y urgencias), sobre todo por traumatismos y fracturas.

Es importante conocer que cuando no reciben tratamiento, con el tiempo suelen tener trabajos por debajo de su capacidad intelectual.

Aproximadamente dos de cada tres niños con TDAH tienen al menos otro trastorno como **trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta, trastornos del aprendizaje, trastornos depresivos y de ansiedad, y trastornos por tics.**

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico de TDAH lo puede realizar un especialista en **psiquiatría, pediatría, neuropsiquiatría o psicología** que esté formado en esta patología.

Cuando se trata de un caso complicado es conveniente que un psiquiatra infantil determine si los síntomas se deben a un TDAH o a otra enfermedad psiquiátrica, o a una combinación de ambos.

Un pediatra o neuropsiquiatra debe también determinar si los síntomas se deben a una enfermedad médica. Es fundamental realizar una evaluación exhaustiva y un diagnóstico preciso, para elegir el tratamiento más adecuado. Cuando se sospeche un TDAH, un médico experto en el diagnóstico y el tratamiento de TDAH siempre debe realizar la valoración clínica.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – Cuarta Edición (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition o DSM-IV*), es el más utilizado entre los profesionales para hacer el diagnóstico. Según el DSM-IV los criterios diagnósticos son: presentar al menos 6 síntomas de inatención (para TDAH de predominio inatento), al menos 6 síntomas de hiperactividad e impulsividad (para el TDAH de predominio hiperactivo-impulsivo), o ambos (para el TDAH combinado). Además, algunos de los síntomas deben haber comenzado antes de los 7 años. Los síntomas deben provocar algún grado de disfunción en al menos dos ambientes (por ejemplo, el colegio y la casa) e interferir en el ámbito social, académico u ocupacional. Por último, los síntomas no se deben explicar mejor por otro trastorno psiquiátrico, por problemas médicos, o por el efecto de fármacos o drogas. Es decir, según el DSM-IV **la mera presencia de los síntomas característicos NO es suficiente. Es necesario que los síntomas tengan un impacto negativo en la vida del niño, en 2 ambientes**

diferentes, y que no se deban a otra causa.

El diagnóstico de TDAH es clínico. Es importante valorar la **presencia** de los síntomas, su **intensidad**, la **frecuencia** con la que aparecen y su **persistencia** en el tiempo y en diferentes situaciones.

También, son fundamentales los datos aportados por otras personas que conviven con el paciente con TDAH, como el profesorado del colegio o particular, tutores, orientadores, entrenadores, etc. Además, se debe valorar la historia del desarrollo psicomotor, los antecedentes médicos y psiquiátricos, el ambiente familiar, las relaciones sociales y la evolución de su escolarización.

Los factores estresantes y conflictos intrafamiliares no causan el TDAH, pero pueden interferir negativamente en su evolución.

Es útil averiguar el cociente intelectual (CI) del niño para descartar un Retraso Mental, sobredotación o diferencias significativas entre el CI verbal y el CI manipulativo (que ayudaría a pensar en la presencia de un trastorno de aprendizaje).

Existen cuestionarios como el SNAP-IV, que pueden ayudar en el diagnóstico y son cumplimentados por padres y profesores.

Dado que el diagnóstico es clínico y no se puede apoyar en técnicas objetivas, es conveniente descartar otras enfermedades. Se recomienda realizar:

1. Estudio analítico si se sospecha de la existencia de anemia, malnutrición, problemas tiroideos, etc.
2. Pruebas de agudeza visual y auditivas para descartar que la falta de vista o una sordera sea la causa de su pobre rendimiento.
3. Si se sospecha un trastorno epiléptico es necesario realizar un electroencefalograma (EEG).
4. Si se sospecha una lesión cerebral es necesario realizar una Tomografía Axial Computerizada (TAC) o escáner, o una Resonancia Magnética (RM) cerebral.

5. En caso de sospecha de un trastorno genético, se debe realizar un cariotipo y un análisis genético.

Pero es importante saber que no se deben realizar estas pruebas de manera rutinaria. Son innecesarias pruebas como las de lateralidad cruzada, alergias alimentarias o de reeducación auditiva.

¿Cómo se trata?

En la actualidad no hay un tratamiento que cure el TDAH. Pero existen tratamientos que disminuyen o incluso hacen desaparecer los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, lo que mejora el funcionamiento en casa y en el colegio, las relaciones con compañeros y aumenta el rendimiento escolar.

Una vez confirmado el diagnóstico, la actuación siguiente consiste en:

1. Proporcionar información a padres y profesores sobre el TDAH (psicoeducación).
2. Entrenamiento a padres y a profesores en el manejo conductual de los síntomas.
3. Apoyo académico.
4. Medicación.

Los tres primeros conforman la denominada intervención psicosocial.

La terapia psicológica ayuda sobre todo en las relaciones sociales, la autoestima, la ansiedad, la capacidad lectora y los síntomas oposicionales.

La mejor terapia, según todos los estudios, es la combinación de medicación e intervención psicosocial.

Si no se inicia el tratamiento, aumenta el riesgo de fracaso escolar, alteraciones en el

comportamiento, dificultades sociales, conflictos familiares, accidentes (heridas, traumatismos), consumo de drogas, comportamientos arriesgados (que resulten, por ejemplo, en embarazos no deseados), problemas legales, y otras patologías psiquiátricas como depresión o ansiedad.

¿Cuáles son los medicamentos que se utilizan?

En España tenemos disponibles dos medicaciones de primera línea para el TDAH: **metilfenidato** (que es un estimulante) y **atomoxetina** (que es un fármaco no estimulante).

Son medicamentos **seguros, efectivos y bien tolerados**.

Los efectos secundarios suelen aparecer sobre todo al inicio del tratamiento, pero la mayoría de las veces son leves y pasajeros (ceden o disminuyen con el tiempo).

No crean adicción si se toman según la prescripción médica, pero es necesario asegurarse que se toma la medicación a la dosis indicada.

En España están disponibles 3 formulaciones de metilfenidato:

1. El **metilfenidato de liberación inmediata** tiene efecto durante aproximadamente 4 horas, por lo que se da en el desayuno (7-8h), al mediodía (12-13h) y por la tarde (16-17h), para conseguir que esté sin síntomas durante todo el día.
2. El **metilfenidato de liberación prolongada** tiene efecto durante aproximadamente 8 horas, y generalmente se da en el desayuno (aunque a veces es necesario una dosis adicional a las 4-5 horas).
3. El **metilfenidato de liberación prolongada OROS** tiene efecto durante aproximadamente 12 horas, y generalmente solo hay que dar una toma en el desayuno.

Los efectos secundarios más frecuentes son:

1. Disminución del apetito (que puede acarrear una pérdida de peso o falta de la ganancia de peso que correspondería para su estado de desarrollo).
2. Problemas para conciliar el sueño.
3. Dolor de cabeza.
4. Dolor de estómago.
5. Sensación de nerviosismo e irritabilidad.

Estos efectos secundarios tienden a desaparecer en las primeras semanas de tratamiento.

Se han descrito con el metilfenidato otros efectos secundarios poco frecuentes como: taquicardia, hipertensión arterial y alteraciones hepáticas.

Son muy poco frecuentes otros efectos secundarios como: alucinaciones, agitación psicomotriz y pensamientos suicidas (se ha visto que esto puede ocurrir si el niño tiene un trastorno psicótico, enfermedad bipolar, trastorno generalizado del desarrollo o abuso de drogas).

El metilfenidato no aumenta el riesgo de muerte súbita, infarto o accidente cerebrovascular si el niño es sano y no tiene problemas cardíacos previos. Estos efectos secundarios son poco probables pero potencialmente graves, por lo que el médico debe siempre monitorizar el tratamiento de manera estrecha.

La **atomoxetina** generalmente se toma por la mañana. Se puede tomar por la noche si da sueño o dividir en 2 tomas si produce efectos secundarios.

La atomoxetina puede provocar náuseas, disminución de apetito (con pérdida de peso), mareos o irritabilidad leve.

Al igual que con el metilfenidato, generalmente estos efectos secundarios son leves y

desaparecen en las primeras semanas de tratamiento. Aunque es muy poco frecuente, la atomoxetina puede causar alteraciones hepáticas, agitación y pensamientos suicidas. Estos efectos secundarios son poco probables pero potencialmente graves, por lo que el médico debe siempre monitorizar el tratamiento de manera estrecha.

Si el metilfenidato o la atomoxetina, que son los fármacos que se usan en primer lugar, son inefectivos o mal tolerados, el médico puede indicar fármacos de segunda línea como:

1. Agonistas alfa adrenérgicos (guanfacina, clonidina).
2. Fármacos con componente noradrenérgico como: bupropion, venlafaxina, reboxetina.
3. Antidepresivos tricíclicos.

Excepto la guanfacina, estas medicaciones no están aprobadas por los organismos científicos más importantes para el TDAH, suelen ser menos efectivas y provocan más efectos secundarios, que el metilfenidato y la atomoxetina. Sin embargo, cuando no funcionan los fármacos de primera elección, es necesario su utilización.

Es necesario que el niño tome la medicación todos los días, incluidos los fines de semana y vacaciones. No sólo sirve para el colegio y los estudios, sino que también es útil para que se centre en el juego, en una conversación con amigos, o viendo una película con sus padres.

Se puede considerar “descansar” de la medicación si se aparecen efectos secundarios. En este caso también se puede disminuir la dosis en épocas de menor exigencia.

La medicación debe continuarse siempre que le sea útil al niño y disminuya sus síntomas de TDAH (ya que sin tratamiento, estos síntomas interfieren en su funcionamiento).

Los síntomas de TDAH disminuyen con el tiempo, y algunos pacientes llegan a “com-

pensar” los síntomas que les quedan o “síntomas residuales”, y no siguen necesitando la medicación.

Son indicadores de que se puede suspender la medicación:

1. Si ha permanecido sin síntomas en el último año (tomando medicación).
2. Cada vez está mejor, pese a no aumentar la dosis.
3. “No se nota mucho” si en algún momento se olvida de alguna toma.
4. Ahora tiene más capacidad de concentración.

Antes de considerar cualquier tipo de tratamiento “alternativo” para el TDAH, hay que buscar información sobre ese tratamiento y preguntar al médico.

Algunos de los tratamientos que se ofrecen para el TDAH son: dietas especiales, suplementos de hierbas, tratamientos homeopáticos, terapia visual, tratamientos quiroprácticos, tratamientos para la candidiasis, fármacos para los mareos, entrenamiento con metrónomo, estimulación auditiva o la quinesiología aplicada (la realineación de los huesos del cráneo). **Estos tratamientos no han demostrado ser efectivos según distintos estudios.**

¿Qué tratamiento psicológico se utiliza?

Las terapias psicológicas que han demostrado ser más eficaces son las denominadas **cognitivo-conductuales**. Las cognitivas las realiza el terapeuta sobre el niño y la familia. Las conductuales las pueden realizar los terapeutas, familiares o educadores con un entrenamiento adecuado. En el **apartado VI** de esta guía se pueden consultar algunas de las técnicas conductuales y cognitivas más útiles.

También se utiliza la **intervención psicosocial**, en el contexto familiar, escolar y con el propio niño. Entre otras medidas, incluye:

Contexto **familiar**:

- Se informa a la familia sobre el TDAH (clínica, causas, tratamiento, riesgo de no tratar).
- Las **familias** pueden solicitar que su hijo sea evaluado, para ayudar a decidir si cumple los requisitos para recibir servicios educativos especiales.
- Los **padres** pueden ayudar a sus hijos a cultivar buenas amistades informando a los maestros, los consejeros escolares y los entrenadores acerca de los problemas que pudieran surgir, organizando juegos de a dos y alentando a su hijo para que participe en actividades escolares y programas de grupos.

Contexto **escolar**:

- Se pueden desarrollar estrategias de enseñanza y de control de conducta específicas para llevar a cabo dentro de la clase.
- Si los padres lo autorizan, el personal educativo puede dar la medicación que le corresponde en horario escolar, aunque no existe obligación legal para la administración de medicamentos en el colegio.
- En el aula es importante mantener **rutinas**, fomentar el **uso de agendas**, **revisar que apunta todos los deberes y exámenes programados** y coordinar con la familia la revisión diaria de la agenda, tanto en el colegio como en su casa.
- Un alumno con TDAH se beneficia de estar ubicado cerca del profesor, en los puestos anteriores del aula.
- Es conveniente adecuar las preguntas de un examen para el niño con TDAH. Esto NO significa que el examen sea de menor exigencia académica, sino que las preguntas sean **pocas y cortas, evitando que una pregunta conste de varias partes, o preguntas en las que haya que desarrollar un tema largo**.
- En nuestro sistema educativo es algo novedoso el poder realizar exámenes di-

ferenciados a los niños con TDAH. Sin embargo, en otros países con amplia tradición en este sentido se establece de manera rutinaria que cualquiera que padece TDAH debe realizar exámenes cortos, con pocas preguntas y muy concretas. Esta modalidad de preguntas se puede repetir varias veces consecutivamente para poder evaluar todo el contenido. Entre las tandas de preguntas es recomendable establecer un periodo de varios minutos de descanso.

- Las reglas y las normas de clase deben ser **sencillas, cortas y pocas**. Y es conveniente repetir estas reglas con frecuencia.

Intervención con **el niño**:

- Sobre todo a los adolescentes, se les informa sobre el TDAH, para que entiendan qué les pasa y por qué (y que sepan que no son tontos ni vagos), lo que también sirve para mejorar la adherencia al tratamiento.
- Se les enseña estrategias para aumentar su concentración y disminuir sus olvidos.
- En algunos casos, se les puede enseñar habilidades sociales, técnicas de resolución de conflictos o técnicas de estudio.

Es importante que profesores, padres y personal sanitario trabajen de manera **conjunta** para mejorar el rendimiento y la calidad de vida del niño con TDAH. Para eso es imprescindible que haya **comunicación** entre ellos.

En los últimos años, la Consejería de Educación, Universidades y Deportes del Gobierno de Canarias ha desarrollado un **programa específico para alumnos con TDAH**. Este programa incluye información para profesores, intervención con familias, y formación para los equipos de orientación psicopedagógica, entre otros. Toda la información al respecto se encuentra en la página web de la misma consejería.

Por último, también se pueden realizar **programas de orientación social** (que incluyen, por ejemplo, definir la mejor alternativa educativa según la valoración de la evolución del trastorno y la estimación del pronóstico).

III. Trastorno Negativista Desafiante

¿Qué es?

Es un patrón de **comportamiento desafiante** hacia las figuras de autoridad, junto con discusiones, negativa a cumplir sus responsabilidades y enfados con otros niños o con los adultos.

Además, para considerar su diagnóstico, estas conductas tienen que crear dificultades en varios contextos (por ejemplo, en casa y en el colegio) durante al menos 6 meses.

Su frecuencia estimada se encuentra entre el 3 y el 8 %.

La edad de aparición se encuentra sobre los 8-10 años, aunque se puede observar en edades más tempranas.

¿Cuáles son los síntomas?

Los síntomas conllevan un **comportamiento hostil, desafiante y negativista** dirigido habitualmente hacia las figuras de autoridad.

Las conductas expresadas no son tan graves como en el Trastorno Disocial (que se describirá a continuación), ya que no existen agresiones físicas ni transgresiones serias de las normas.

No se puede considerar como una forma “leve” del Trastorno Disocial ya que son entidades independientes y habitualmente no se observa una continuidad temporal entre el desarrollo de una y otra.

Existe la posibilidad de que se presenten otros trastornos en situación de comorbilidad (a la vez) con el Trastorno Negativista Desafiante y también con el Trastorno Disocial. El más frecuente es el TDAH.

Se conoce que más de un 30% de niños con TDAH van a desarrollar un Trastorno Nega-

tivista Desafiante. Es importante, por tanto, descartar que también tenga TDAH cuando el motivo de consulta es oposicionismo o conductas desafiantes.

En muchas ocasiones, las dificultades de convivencia, relación, problemas comportamentales que crea el Trastorno Negativista Desafiante pueden hacer que nos centremos en ese problema y que obviemos preguntar por síntomas de TDAH.

IV. Trastorno Disocial

¿Qué es?

El trastorno disocial es el trastorno del comportamiento más grave.

Se puede definir como situaciones en las que aparece un patrón de comportamiento antisocial que vulnera derechos de las otras personas, así como normas de convivencia o reglas socialmente aceptadas para su edad, siendo estos comportamientos inmanejables por personas cercanas, lo que provoca un deterioro progresivo y significativo en el ámbito interpersonal, relacional y laboral.

Su frecuencia estimada se encuentra entre el 1 y el 3%. Y la edad de aparición se sitúa en la preadolescencia y adolescencia.

¿Cuáles son los síntomas?

La presencia de conductas persistentes y recurrentes no adaptadas a las normas sociales de su edad y que viola los derechos de los demás.

Se pueden producir agresiones a personas y animales, destrucción de la propiedad, robos y transgresiones graves de las normas sociales.



V. ¿Los Trastornos del Comportamiento se pueden acompañar de otros problemas?

Los trastornos del comportamiento pueden coexistir con distintos problemas, especialmente cuando las conductas son graves y no se ha actuado de manera precoz.

Los más importantes son los siguientes:

1. **Consumo de drogas**, estupefacientes y otras sustancias: Existe una gran asociación entre el consumo de drogas y el trastorno disocial. También con los restantes trastornos comportamentales. En ocasiones, las transgresiones se producen por la necesidad de la obtención inmediata de la sustancia. Otras veces debido al efecto de las drogas, que puede ser agudo o a las alteraciones mentales que produce su consumo a largo plazo. El ambiente disocial que envuelve al mundo de las drogas es un factor negativo añadido al propio problema.
2. **Fracaso escolar** y absentismo escolar: que impide al alumno obtener los recursos educativos para la resolución de conflictos. Se pierde la estructuración temporal del ocio y del trabajo y se crea una situación de indisciplina que se traslada al ámbito familiar, con el consecuente empeoramiento de una situación ya de por sí deteriorada.

En cuanto a la evolución del trastorno, se han identificado ciertos **factores de riesgo** que parecen indicar una continuación del problema en la edad adulta. Los más importantes son:

1. La edad de inicio. Los niños que desarrollan síntomas antes de los 6 años tienen mayor riesgo.
2. La amplitud del problema, con peor evolución cuando los síntomas aparecen en varios contextos.
3. Frecuencia, intensidad y diversidad de los trastornos conductuales.



VI. ¿Cómo se realiza la Terapia Cognitivo-Conductual para prevenir y tratar los Trastornos del Comportamiento?

El tratamiento psicológico de los trastornos del comportamiento se basa en las estrategias cognitivas y conductuales.

Las técnicas conductuales se han mostrado útiles y de relativamente fácil aplicación. Su eficacia es mayor en los escolares que en los adolescentes y cuando los problemas en el comportamiento están comenzando. Así, se podría decir que son estrategias con un componente de intervención y con un componente preventivo.

Los encargados de aplicar las técnicas conductuales son los tutores (familiares o quienes tengan su tutela), o profesores (a diferencia de las estrategias cognitivas que realizan los terapeutas sobre el niño). Por ello se debe entrenar a los tutores en la identificación de los problemas que van apareciendo y en la idoneidad de aplicar cada técnica.

El objetivo final de esta terapia es **modificar la conducta**. Antes de comenzar la exposición sobre las técnicas de intervención, es preciso mencionar una serie de recomendaciones generales:

1. Las técnicas conductuales o técnicas de modificación de la conducta **se deben aplicar de manera continua**. No se pueden establecer descansos (por ejemplo, los fines de semana) ya que suponen un retroceso en los logros.
2. Es necesario una minuciosa **coordinación sobre las pautas utilizadas para aplicarlas en todos los entornos** (colegio, casa, casa de los abuelos, etc.). De nada sirve que se aplique una técnica en un sitio y no en otro, por lo que todos los implicados deben estar informados.
3. **No existen programas de intervención universales**. Hay que evaluar los problemas del niño de manera individual, priorizando las actuaciones sobre aquellos problemas más importantes. Programas iguales aplicados sobre niños con sín-

tomas similares pueden producir efectos contrarios, por lo que hay que reevaluar de manera periódica la efectividad de la intervención.

4. Hay que tener en cuenta que **estamos realizando un aprendizaje, no un castigo**. La disciplina no está reñida con el cariño, lo que debe ser explicado y entendido por todas las personas involucradas en el proceso educativo.

Antes de comenzar con las estrategias conductuales, se debe establecer un registro de conductas de la manera que se prefiera (que los padres traigan escrito en una hoja los problemas que aparecen a lo largo del día, que el profesor escriba en la agenda escolar las conductas disruptivas, etc.).

En dicho registro, se debe especificar:

1. Las **características de la conducta anómala** y todas sus particularidades importantes.
2. **La intensidad** de los síntomas.
3. Su **consistencia** (si se producen independientemente de factores externos o se mantienen hagamos lo que hagamos).
4. La **frecuencia**.
5. La expresión de los **síntomas en relación con el entorno**. En que situaciones empeoran o mejoran.
6. La **evolución** a lo largo del tiempo (como han sido en los últimos meses, años, etc.).

Aunque existen muchas técnicas conductuales, algunas de las más importantes son las siguientes:

1. *Técnicas de conducta dirigidas a eliminar problemas en el comportamiento:*

- **Corrección verbal y física:** Para que la corrección verbal sea efectiva, se debe procurar un estilo comunicativo en los padres y los educadores basado en el lenguaje propositivo, esto es, evitando las frases con negaciones. Por ejemplo, en lugar de decir “no le pegues a tu hermano”, decir “trata bien a tu hermano”. Esto permite guardar el “no” para los momentos especialmente disruptivos. Cuando se produce ese momento, se le da al niño la instrucción con un “no” antepuesto, con un tono de voz firme y enérgico. Por ejemplo, cuando el comportamiento sobrepasa una pelea normal entre hermanos, se puede decir: “¡No! ¡Quieto!”. A la corrección verbal se le puede acompañar una corrección física. Consiste en utilizar cierta fuerza para eliminar la conducta, sin dañar ni causar dolor al niño. Por ejemplo, en el caso anterior, a la vez que decimos “¡No. Quieto!”, debemos utilizar nuestra mayor fuerza física para interponernos entre los niños que pelean, separándolos con firmeza pero sin agredirlos.
- **Extinción:** Se basa en ignorar las conductas inapropiadas que manifieste el niño. Por ejemplo: La familia acude a un supermercado y el niño interrumpe constantemente pidiendo chuches. La respuesta refleja de sus padres es hacer callar al niño. Éste se enfada y aumenta la intromisión, y así sucesivamente hasta que estalla el conflicto, con una gran rabieta. Una alternativa consiste en ignorar la primera irrupción. Los padres deben continuar comprando y hablando entre ellos con el mismo tono de voz y sin mirar hacia el niño. En las primeras ocasiones en que se practica esta técnica, el niño aumenta la intensidad de la intromisión, ya que entiende que ahora no se le hace caso cuando antes se convertía en el centro de atención. Este efecto se denomina “estallido de extinción”. Poco a poco, si los padres continúan ignorando el mal comportamiento del niño, las demandas, los gritos y los llantos del niño van disminuyendo, debido a que no encuentra respuesta a sus peticiones. Es importante no ceder cuando el niño aumenta la intensidad de intromisión. Si se cede en este punto se le

puede transmitir que la respuesta de los padres aparece cuando su irrupción se realiza con más ímpetu (cuando grito no me hacen caso, pero cuando grito más fuerte y lloro, sí). La extinción se utiliza, sobre todo, cuando hay conductas desafiantes y opositoristas moderados (no se debe ignorar cualquier mínima alteración, ni en todo momento porque el niño puede llegar a pensar que sus padres no le quieren o que nunca le hacen caso).

2. Técnicas de conducta dirigidas a aumentar los comportamientos positivos:

- **Técnicas de reforzamiento:** Los niños con problemas de comportamiento se acostumbran con facilidad a los castigos. Por ello, llegan a ser ineficaces. Conviene recordar que el mal comportamiento del niño no es voluntario en la mayoría de las ocasiones, sino que se trata de una incapacidad para controlar sus impulsos. En contraposición, resulta eficaz el reforzamiento positivo. Consiste en transmitir alabanzas y halagos a lo que el niño hace bien o incluso dentro de “la normalidad”. Por ejemplo, si una tarde el niño no le pega a su hermano, cuando lo venía haciendo a diario en el último mes, se le debe decir: “Muy bien, campeón, has estado toda la tarde jugando con tu hermano sin discusiones y no le has pegado ni una vez. ¿Ves como puedes lograrlo? ”. En ocasiones, se pueden añadir pequeños premios tangibles como un juguete de poco valor o una tarde en el cine. Las alabanzas de los padres y profesores son los premios más eficaces para mejorar el comportamiento. Más que los juguetes u otros premios.
- **Economía de fichas:** Consiste en registrar las conductas positivas del niño en un calendario. Cada conducta positiva conlleva una señal y cuando se sobrepasa un determinado número de señales se le entrega un premio, que puede ser alguno de los mencionados en el apartado anterior. El tipo de premio y el número de señales necesarias para su obtención deben ser pactados previamente. Un ejemplo: Se pega una cartulina en la pared del cuarto o del aula del niño con un calendario. Cada día que el niño no arremete contra su hermano, o no interrumpe en clase, se coloca una

estrella en el día correspondiente. Cada semana se cuentan las estrellas logradas. Si se llega a 4 estrellas, se va al cine. Si son 3 estrellas, otro premio menor, etc. Se pueden combinar los logros del niño en la clase y en casa, por ejemplo a través de la agenda escolar.

- **Contrato de contingencias:** Consiste en utilizar un reforzador positivo muy importante para el niño para incrementar una conducta positiva que casi no se está produciendo. Para ello hay que establecer un “contrato” entre el niño y sus padres o profesores, que incluso puede ser escrito y firmado por ambas partes donde se especifique lo que se consigue por realizar la conducta requerida. Se puede emplear en niños mayores y adolescentes, incluso con problemas disociales graves. Es muy utilizado en centros terapéuticos especializados en adolescentes con trastornos graves del comportamiento. Por ejemplo, se da permiso para un tatuaje cuando se comprueba que no existe consumo de tóxicos ni nuevas denuncias por delitos durante un mes.
- **Los procedimientos cognitivos** son programas encaminados a reestructurar los pensamientos de los niños y a lograr nuevas conductas facilitadoras de la reducción de los problemas de comportamiento.
- **La psicoterapia cognitiva debe ser utilizada por terapeutas especializados.**

Aunque existen varios métodos en la psicoterapia cognitiva, la mayoría de ellos comprenden una serie de fases que se pueden sintetizar en tres principales y que se exponen a modo de orientación para el lector de la presente guía:

1. **Acontecimientos:** Una vez que se han recogido los problemas en la entrevista, en esta primera fase se explica al niño y sus familiares las conductas disruptivas identificadas. Para ellos se deben establecer los correlatos conductuales. Por ejemplo, a partir de un acto violento se genera en los demás compañeros rechazo. Esto produce un aislamiento progresivo que aumenta la sensación de malestar, la irritabilidad y

disminuye la tolerancia a las consignas de los profesores. Al final, la frustración lleva a aumentar los problemas conductuales. Este correlato se le dice al niño y a sus familiares.

2. **Ideas irracionales:** En la segunda parte, una vez comentadas las experiencias cotidianas y los problemas conductuales junto con el correlato, se le explica que sus ideas y creencias tienen un papel fundamental en generar los problemas. Los problemas de conducta se asocian a una serie de ideas no racionales (ilógicas) como pueden ser que los actos violentos son para conseguir algo, que no recibirán castigo por los actos que cometen o que uno se siente mejor cuando actúa así. El terapeuta debe identificar dichas creencias erróneas y plantear las alternativas correctas a la familia y al niño. Cuando el niño es pequeño no suele comentar espontáneamente dichos pensamientos erróneos, por lo que hay que ayudar con una serie de preguntas preparadas. Por ejemplo: ¿crees que pegando a tu compañero las cosas van a ir mejor?
3. **Consecuencias:** Se explicita que las ideas irracionales llevan a una consecuencia conductual. Para continuar con el mismo ejemplo, la creencia que al pegar a un compañero se obtiene alguna ventaja en algún aspecto de la vida puede llevar a aumentar esas conductas violentas.

Al concluir las tres fases se ha logrado que el niño sea consciente de las conductas y que los pensamientos que las acompañan se encuentren en la superficie de los procesos mentales. Entonces es más fácil poder actuar sobre ellos. A partir de este momento, se puede trabajar sobre las conductas que ocasionan problemas y sobre las alternativas que existen para que desaparezcan.

Se debe enfatizar la presencia de creencias y pensamientos erróneos, y la capacidad del niño para cambiar esos pensamientos. También la capacidad del niño para cambiar sus conductas por otras que no le ocasionen conflictos.

Cuando se trata de niños pequeños, los padres pueden estar presentes siempre que se les

advierta sobre la necesidad de respetar espacios para que el niño hable.

En niños de más edad, la intervención se puede realizar sin la presencia de la familia.

Es importante que se establezca un debate y discusión sobre las posibilidades de eliminación de las creencias erróneas. Para ello, se cuestiona y pone en tela de juicio cada cuestión, mediante preguntas retóricas que suscitan el debate: “¿Crees que puedes ir a clase sin que te pelees con los compañeros?, ¿crees que tu forma de pensar te ha llevado a esta situación y que cambiando la forma de pensar puedes conseguir que tus padres confíen más en ti?”.

Otras estrategias cognitivas comprenden **programas de entrenamiento en habilidades de resolución de problemas**. Estos programas incluyen técnicas de mejora de las habilidades sociales, del autocontrol de los impulsos o de las capacidades de comunicación.

Para llevar a cabo este tipo de intervención es necesario que el terapeuta tenga: experiencia en su aplicación, tiempo para su ejecución y que el niño tenga una edad suficiente para que establezca la adecuada conexión cognitiva con el terapeuta. A pesar de ello, sus directrices generales se pueden utilizar como una estrategia más para utilizar en la relación profesor-alumno.



VII. Prevención de los Trastornos del Comportamiento

¿Cómo se pueden prevenir?

No existe una sola medida que pueda prevenir todos los trastornos del comportamiento; y hay factores causales que no se pueden prevenir (por ejemplo, el sexo o la edad) por lo que no existe la prevención total.

Hay dos medidas muy importantes que se pueden y se deben tomar: la atención precoz a los síntomas, y la inclusión de la familia y la escuela en el tratamiento.

Hay que prestar atención a las características de la vida del niño y del ambiente que le rodea. Es posible que el niño violento, disruptivo y agresivo esté reproduciendo conflictos y vivencias cotidianas de su medio familiar o social.

La prevención de los trastornos del comportamiento comienza en la primera infancia. No son excepcionales los padres de niños preescolares que refieren que “no pueden con él”.

Hay que diferenciar los comportamientos normales para la edad (a los 2-3 años el niño aprende a decir “no” y va explorando su voluntad y sus capacidades), de las rabietas y los estallidos que utiliza para conseguir lo que quiere y salirse con la suya.

Es muy importante **establecer límites claros** y normas de disciplina coherentes y estables, ajustadas a la realidad y capacidad del niño, desde muy temprano. Tanto la ausencia de estas normas como su excesiva rigidez pueden propiciar los problemas de comportamiento.

¿A qué edad hay que comenzar a inculcar disciplina durante la infancia y adolescencia?

La palabra “disciplina” proviene de la misma raíz latina que “discípulo” y hace referencia a la acción de enseñar... Durante unos años este término cayó en desuso y se relacionaba con posturas o ideologías autoritarias.

Actualmente se van perdiendo estas connotaciones peyorativas. La disciplina ha de basarse sobre todo en principios positivos: Premiar, apoyar y valorar lo que se haga de bueno. Cuando el niño se comporta mal lo mejor es que afronte las consecuencias “naturales” de sus actos. Así, si ha roto algo debe repararlo, restituirlo o quedarse sin ello. Si llega tarde se le restará tiempo de su siguiente salida. Si se dirige a nosotros sin consideración o respeto no obtendrá nuestra atención ni nuestra ayuda.

La psicología del aprendizaje muestra que el castigo sólo es efectivo para reducir la conducta en presencia del “agente punitivo” (es decir, al adulto que le impone el castigo) y genera actitudes negativas hacia éste, con lo cual la relación se deteriora.

Si los padres prestan atención y refuerzan los comportamientos positivos de sus hijos más que los negativos, éstos espontáneamente incrementarán su buena conducta.

Si ignoramos lo que hacen bien y sólo les prestamos atención cuando no hacen lo correcto, estamos reforzando que se comporten mal.

¿La televisión, los ordenadores y los videojuegos pueden favorecer la aparición de problemas de atención e hiperactividad?

Las nuevas tecnologías y los videojuegos aportan muchos aspectos positivos para el aprendizaje y el desarrollo de diferentes habilidades cognitivas.

También tienen algunos aspectos negativos, especialmente si se abusa de ellos. Por ejemplo, la inmediatez y la sobreestimulación. En ellos todo es brillante, seductor, muy estimulante y muy rápido. No hay que esperar, todo ocurre en el momento, según le doy a la tecla correspondiente.

Un niño con un régimen abusivo de “pantallas” puede encontrar aburrido el “mundo real” y tediosa e insoportable una explicación en la pizarra donde no hay movimiento, lucecitas ni música, ni recompensas inmediatas...

Por otra parte, las horas del día son limitadas. Un niño que pasa mucho tiempo sentado jugando con su consola o viendo la televisión tiene menos tiempo para jugar a otras co-

sas, hacer deporte, relacionarse con otros niños...

De gran trascendencia en cuanto a la prevención es la organización de un sistema apropiado de **ocio y tiempo libre**. Los niños y adolescentes necesitan moverse y realizar ejercicio físico. Además de los beneficios para la salud en general, la actividad física es una válvula de escape para el “exceso de energía” en estas edades. Asimismo, el uso restrictivo de televisión y juegos electrónicos favorece una diversificación del ocio, que se vuelve más creativo y más activo.

Por todo lo expuesto es conveniente **enseñarles a entretenerse y calmarse** por sí solos desde que son muy pequeños. Permitir que desarrollen sus propias estrategias para solucionar el aburrimiento o la tensión, proporciona autonomía y sentimiento de auto-control, que no se adquiere si se recurre siempre a elementos externos.

Mi hijo no me hace caso, no quiere hablar conmigo. ¿Qué hago?

La comunicación, es una tarea que conlleva tiempo y dedicación, y que con frecuencia se ve instrumentalizada y operacionalizada, dado el ritmo de vida que predomina.

Si grabásemos las conversaciones familiares a menudo oiríamos una serie de órdenes y apremios “venga”, “vamos”, “date prisa”, “haz esto”, “no hagas esto”... No tenemos mucho tiempo para conversar relajadamente.

Una comunicación efectiva previene la aparición de los problemas conductuales, o ayuda a resolverlos. Si este contacto estrecho se ha mantenido desde la infancia, la crisis de la adolescencia tiene un menor impacto negativo.

Un adolescente con problemas conductuales escucha muchas reprimendas al día, en diferentes ambientes: Familia, colegio... No espera gran cosa de conversar con adultos, más bien intenta evitar tales ocasiones de ser sermoneado.

Restablecer la comunicación no es fácil. Implica recordar que esta persona es más que sus problemas o sus síntomas. Es importante interesarse por lo que le gusta y le importa, y establecer una actitud de escucha, para que pueda confiar lo suficiente como para

animarse a hablar.

Hay que encontrar algún terreno libre de conflicto, valorar cualidades y aptitudes del niño o adolescente que estén fuera de las áreas problemáticas, y, especialmente en la familia, no focalizar toda la vida familiar y la relación con el adolescente en torno a su trastorno.

Todo esto no puede improvisarse, necesita comenzarse muy pronto, y cultivarse.

Es en el marco de una buena relación cuando se posibilita el desarrollo de la **inteligencia emocional**: Conocer y comprender las emociones propias y ajenas y controlar su expresión e impacto para establecer relaciones asertivas y significativas con los demás.

¿Pueden familias y escuela ayudarse mutuamente?

Tanto la familia como la escuela se necesitan, sin embargo, a veces esta relación no es fácil.

Existe un cierto temor, por ambas partes, por la posibilidad de ser culpadas de los problemas que el niño manifiesta.

Los profesores pueden considerar que la raíz de las dificultades está en la familia, y los padres pueden decir que el niño pasa más tiempo en la escuela que en la casa, o negar las dificultades en el hogar... Se establece así un clima de confrontación y desconfianza mutua, con deseos de depositar la responsabilidad en el otro, o en la búsqueda de otro profesional que “resuelva” la situación.

Debe existir una **coordinación entre familia y escuela** de manera que padres y profesores estén en contacto y colaboren, haciendo que el niño perciba que trabajan en la misma dirección.

La detección e intervención precoz es fundamental en la resolución de los trastornos del comportamiento. Postergar el tratamiento de estas disfunciones lleva a la cronificación de las mismas, y conlleva un mal pronóstico, pudiendo evolucionar a patologías más graves.

Los grupos de escuela de padres y madres, en los que se recibe formación y se intercambian experiencias constituyen una adecuada medida de prevención de los problemas del comportamiento.

También los profesores deberían contar con apoyo y asesoramiento técnico y emocional, pues su formación no suele contemplar el abordaje de estas dificultades, ni estrategias para afrontar el estrés que conlleva trabajar con estos alumnos.



VIII. Enlaces de interés en internet

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

<http://www.psicoactiva.com/cie10/cie1.htm>

Contiene los criterios diagnósticos de la CIE-10.

http://www.psicoarea.org/Mis%20Webs/psicoarea%20y%20cocina/dsmiv_1.htm#

Contiene los criterios diagnósticos del DSM IV-TR.

PÁGINAS DE ENTIDADES Y ASOCIACIONES CANARIAS

<http://www.gobiernodecanarias.org/educacion/webdgoie/scripts/default.asp?IdSitio=15&Cont=76&categoria=2258>

Página de la Consejería de Educación, en la que se describe el programa de atención para alumnado con TDAH, y un documento para la formación del profesorado.

<http://www.afescanarias.org/>

Página de la asociación de familiares y personas con enfermedad mental, en la que se ofrece un programa de formación y asistencia a las familias.

<http://www.tdahgc.org.es/>

Asociación de Las Palmas de Gran Canaria de personas afectadas por el TDAH.

<http://www.atimana.org/>

Asociación de Tenerife de padres y madres de niños y adolescentes con TDAH.

<http://asociacionbesaydetdah.jimdo.com/>

Asociación de La Palma de padres y madres de niños y adolescentes con TDAH.

<http://www.familiasenred.es/>

Página de la Consejería de Educación con varios recursos de formación para familias.

<http://www.gobiernodecanarias.org/educacion/udg/pro/plan/Planformacionfamilias.asp>

Plan Canario de formación para la familia, de la Consejería de Educación. Incluye asesoramiento gratuito online y telefónico, en horario de tarde.

http://www.tdahgc.org.es/images/stories/docs/necesidades_demandas_afectados_tdah_canarias_v7.pdf

Informe realizado por la Universidad de La Laguna sobre la demanda asistencial generada por las familias afectadas por TDAH.

ASOCIACIONES Y FEDERACIONES A NIVEL ESTATAL

<http://www.anhida.org>

Asociación de niños con hiperactividad y/o déficit de atención, con recursos para profesionales y afectados.

<http://www.feaadah.org/>

Página de la Federación Española de Asociaciones de ayuda al déficit de atención e hiperactividad. Además de la dirección y la página web de las asociaciones internacionales, locales y autonómicas, contiene información para padres, profesores y también para adultos que sufren este trastorno.

PÁGINAS SOBRE PSIQUIATRÍA INFANTIL Y JUVENIL.

<http://paidopsiquiatria.com/>

El doctor Díaz Atienza coordina esta interesantísima página, que incluye información sobre los principales trastornos psicopatológicos en la infancia y la adolescencia, información para padres y profesores y una revista sobre estos temas. La sección sobre trastornos externalizantes (TDAH y Trastornos Conductuales) es especialmente recomendable, incluyendo un manual que se puede descargar gratuitamente.

http://www.psiquiatria.com/areas/trastornos_infantiles/hiperactividad/tdah_y_comportamiento_perturbador
*Sección de la revista *psiquiatria.com* dedicada a los trastornos por déficit de atención e hiperactividad y a los trastornos conductuales.*

<http://www.neurologia.com/sec/resumen.php?or=web&i=e&id=2009210>

Artículo de actualización sobre el tratamiento del TDAH.

La revista de neurología suele recoger numerosos temas de neurología pediátrica, permite gratuitamente, previo registro, y a través de su buscador, acceder a los últimos descubrimientos en el área de la investigación sobre TDAH.

RECURSOS PARA PROFESORES

<http://centros.educacion.navarra.es/creena/002conductuales/menuconducta.htm>

http://centros.educacion.navarra.es/creena/002conductuales/menuTDA_H.html

Centro de recursos del Departamento de Educación del Gobierno de Navarra para alumnos con necesidades educativas especiales por trastornos conductuales, y con TDAH. Además de la descripción de los trastornos, proporciona pautas para la intervención desde el aula. Contiene también material audiovisual.

http://www.hezkuntza.ejgv.euskadi.net/r43-573/es/contenidos/informacion/dia6/es_2027/adjuntos/RecursosParaLaInclusion/hiper_tda_c.pdf

Guía de actuación para profesores de niños con TDAH del Gobierno vasco.

RECURSOS PARA PEDIATRAS

http://www.pediatrasandalucia.org/docs/Hiperactividad_Alf-Lora.pdf

Guía de actuación ante estos trastornos especialmente pensada y dirigida a pediatras.

<http://www.aepap.org/atencion/>

Página del grupo de trabajo sobre TDAH de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Contiene interesantes y muy numerosos documentos, así como guías clínicas y protocolos nacionales e internacionales para la atención de estos niños por parte de pediatría de atención primaria.

http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ps_inf_trastornos_comportamiento_negativista_disocial.pdf

http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Trastorno_deficit_atencion_hiperactividad.pdf

[http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Problemas_emocionales_conducta_deteccion_precoz\(2\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Problemas_emocionales_conducta_deteccion_precoz(2).pdf)

[http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/trastorno_deficit_atencion_hiperactividad\(1\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/trastorno_deficit_atencion_hiperactividad(1).pdf)

http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ps_inf_trastornos_comportamiento_negativista_disocial.pdf

http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ps_inf_agresividad_violencia.pdf

http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Trastornos_comportamiento.pdf

Artículos de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria sobre el abordaje de los trastornos conductuales por parte del pediatra.

OTROS RECURSOS

<http://www.help4adhd.org/es/treatment/coexisting/WWK5B>

Versión española de una página norteamericana llena de recursos de todo tipo para el TDAH. Muy interesante su apartado de trastornos comorbidos.

http://www.feaps.org/biblioteca/libros/documentos/apoyo_conductual.pdf

Aborda el tratamiento de los problemas conductuales de los discapacitados psíquicos mediante técnicas de apoyo conductual y refuerzo positivo perfectamente aplicables a otras poblaciones.

<http://www.proyectoespero.com/>

Página del proyecto Espero, de la fundación O'Belén. Se trata de un proyecto de investigación e intervención multidisciplinar sobre problemas del comportamiento de niños y adolescentes. Se pueden descargar gratuitamente escalas para la evaluación y un manual con recursos de todo tipo, para padres, profesores y otros profesionales.

<http://www.faroshsjd.net/item.php?id=341&lang=1>

Informe del observatorio San Juan de Dios sobre la salud mental de la infancia y la adolescencia, dedicado a los trastornos del comportamiento.

“Las direcciones de Internet citadas constituyen una excelente referencia para el lector, sin embargo el editor no puede garantizar que las páginas web estén disponibles en el momento de la consulta”.

GUÍA

DIDÁCTICA

Trastornos del Comportamiento