

**Viernes 12 de noviembre de 2004**  
**Seminario:**

**“Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH). Manejo en la consulta del pediatra de Atención Primaria. Atención a la comorbilidad y abordaje multidisciplinario”**

**Moderador:**

Maximino Fernández Pérez  
*Pediatra, CS La Felguera, Asturias*

■ **El pediatra de Atención Primaria y el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad**

Maximino Fernández Pérez  
*Pediatra, CS La Felguera, Asturias*

Marta María López Benito  
*Pediatra, CS de Contruences, Gijón, Asturias*

■ **Atención a la Comorbilidad del TDAH por el pediatra de Atención Primaria. Bases de la Entrevista Psiquiátrica**

César Soutullo Esperón  
*Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente  
Departamento de Psiquiatría y Psicología  
Médica, Clínica Universitaria, Facultad  
de Medicina, Universidad de Navarra*

■ **Atención psicopedagógica y familiar en el Trastorno por Déficit de atención con o sin Hiperactividad**

M<sup>a</sup> Dolores Grau Sevilla  
*Profesora de psicología, Universidad Católica  
San Vicente Mártir de Valencia*

José Valero García Garrido  
*Director del Servicio Psicopedagógico Escolar  
V-6 Alzira, Valencia.*

Textos disponibles en  
[www.aepap.org](http://www.aepap.org)

**¿Cómo citar este artículo?**

Grau Sevilla MD y García Garrido JV. Atención psicopedagógica y familiar en el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004: p. 153-161.

# Atención psicopedagógica y familiar en el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad

M<sup>a</sup> Dolores Grau Sevilla

*Profesora de psicología,  
Universidad Católica San Vicente Mártir de Valencia  
lola.grau@ucv.es*

José Valero García Garrido

*Director del Servicio Psicopedagógico Escolar V-6 Alzira, Valencia.*

## RESUMEN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno que ha tenido una gran trascendencia social a medida que se ha ido conociendo su alta prevalencia, la persistencia de los síntomas a lo largo del ciclo vital y las fuertes implicaciones que tiene en la vida familiar, educativa y social.

La investigación actual pone de manifiesto que se trata un trastorno de naturaleza compleja y que presenta, además de los síntomas centrales, problemas asociados e implicaciones familiares, educativas y de relaciones interpersonales. Por ello es necesario analizar el problema desde un punto de vista multidimensional y ofrecer una respuesta multidisciplinar que contemple todas las áreas afectadas de las personas con TDAH.

Independientemente de que un niño cumpla los criterios diagnósticos del trastorno, debemos reconocer que posee unas características que le son propias en función de sus antecedentes, su historia personal, su familia y su entorno. Todas estas variables han ido modulando su proceso de desarrollo y van a influir, por tanto, en la evolución del trastorno.

## I. CONCEPTO

En los actuales sistemas de clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-IV y CIE-10)<sup>1,2</sup>, el TDAH se caracteriza por la aparición de síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad, de modo más frecuente y grave que los que se observan habitualmente en sujetos de la misma edad. Los síntomas se deben mantener a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones en las que el sujeto se desenvuelve. Al mismo

tiempo deben producir un desajuste significativo y manifestarse en dos contextos diferentes.

Estos síntomas centrales pueden aparecer de modo diferente en cada individuo de forma que, en función de los que predominen, podemos diagnosticar al sujeto en base a los tres subtipos que establece el DSM-IV: 1) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio de inatención (TDAH/I). 2) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo/impulsivo y 3) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (TDAH/C).

En la actualidad se considera que el TDAH es un síndrome neurobiológico, en cuya base se encuentran fallos en la **inhibición conductual**, que inciden de forma negativa en la acción coordinada de las cuatro funciones neuropsicológicas que permiten al sujeto una adecuada autorregulación: memoria de trabajo, autorregulación de la motivación y del afecto, internalización del lenguaje y procesos de análisis y síntesis<sup>3</sup>.

El TDAH es uno de los trastornos más frecuentes en la psicopatología infantil, con una prevalencia diferente según la edad y el sexo, pero que en términos generales se estima entre un 3-7%, por otra parte se trata de un trastorno crónico ya que los síntomas persisten hasta la edad adulta en más del 50% de los casos<sup>4,5,6,7</sup> aunque los síntomas varían a lo largo del ciclo vital<sup>8,9</sup>.

Aunque la naturaleza del trastorno de déficit de atención con hiperactividad sigue siendo un enigma, diferentes investigaciones ponen de manifiesto que en la etiología existe una base interactiva, por una parte existe una predisposición genética, neurobiológica y por otra existen unas variables familiares y medioambientales que interactúan en el desarrollo de la patología y actúan modulándola.

## 2. CARACTERÍSTICAS

A pesar de que no existen pruebas estandarizadas ni protocolos que permitan delimitar la existencia de TDAH

para niños más pequeños de 6 años, los padres desde los dos o tres años, identifican síntomas en sus hijos, aunque en la mayoría de los casos no se diagnostican hasta que no llegan a la edad escolar.

Los estudios retrospectivos de las historias clínicas de los niños con TDAH muestran que existen diferencias significativas en la primera infancia respecto a los niños normales en: la dificultad en el establecimiento y mantenimiento de las rutinas de sueño y alimentación, el retraso en el habla, el retraso en el control de esfínteres, mayor propensión a padecer accidentes, problemas de lenguaje y coordinación motora pobre<sup>10,11</sup>.

Los problemas de la primera infancia que más dificultades ocasionan a los padres de los niños TDAH son los problemas del sueño y de la alimentación. Estos manifiestan continuas quejas sobre las dificultades de sueño de sus hijos pequeños, ya que presentan dificultades para conciliar el sueño, resistencia para irse a dormir, y por otra parte se encuentran más cansados cuando se levantan por las mañanas.<sup>12,13,14</sup>

También aparecen frecuentemente problemas de alimentación, sobre todo cuando se introducen cambios como sustituir el biberón por papillas o cuando se introducen los alimentos sólidos. También suelen mostrarse caprichosos y desafiantes durante las comidas.

Además de la severidad de los síntomas centrales del TDAH (hiperactividad, impulsividad y problemas atencionales), la presencia de trastornos asociados como son los trastornos de ansiedad, de lenguaje, tics, etc, va a marcar el curso de su desarrollo y su pronóstico, por ello es importante una detección precoz para iniciar una intervención temprana que aborde la globalidad del problema

Los primeros años del niño con TDAH son difíciles para los padres ya que los comportamientos que presenta dificultan su crianza y afectan a las relaciones que mantienen con su familia (padres, hermanos, abuelos). La educación de estos niños es un reto, puesto que presentan un nivel mayor de exigencias que les ocasiona un

nivel de estrés elevado que a su vez puede llegar a ocasionarles problemas psicoemocionales como depresión o ansiedad.

Cuando el niño inicia su escolaridad suele presentar un rendimiento académico inferior al de sus compañeros<sup>15,16</sup>. Los estudiantes con TDAH aunque tengan un nivel intelectual alto es más probable que fracasen en la escuela, principalmente los subtipo combinado y de predominio de atención debido a los fallos en el funcionamiento de la atención, memoria y control ejecutivo. A medida que avanzan los cursos, las tareas escolares exigen más concentración, esfuerzo sostenido y planificación.

Estudios realizados en nuestro contexto señalan que el 21,4% de los niños hiperactivos de entre 9-10 años reciben clases de educación especial, un 42,4% ya ha repetido curso y hasta un 81,6% necesita ayuda diaria para hacer los deberes<sup>17</sup>.

Siguiendo su curso evolutivo, al llegar a la adolescencia, los niños con TDAH, principalmente los que presentan asociado un trastorno de conducta negativista, tienen mayor riesgo de desarrollar conductas antisociales, abuso de sustancias, y en general peor pronóstico que los niños con TDAH sin trastorno de conducta asociado.

Estos niños a lo largo de su desarrollo presentan un largo historial de frustraciones tanto en el contexto familiar como en el escolar. En la familia, los padres les imponen frecuentes límites y castigos, ocasionando interacciones negativas que refuerzan las conductas agresivas y coercitivas. Por otra parte, en el marco escolar muchas veces son rechazados por sus compañeros debido a sus problemas de comportamiento y pueden llegar a relacionarse con pares no convencionales.

El clínico que realiza la evaluación y planifica el tratamiento del niño con TDAH debe tener en cuenta la complejidad del trastorno, y establecer un plan terapéutico estructurado e individualizado, que tenga en cuenta además de los síntomas centrales del trastorno, los trastornos comórbidos que presenta asociados (trastornos de conducta, ansiedad, trastornos de len-

guaje, etc.) y las implicaciones que tiene familiares (estrés y conflictos familiares), educativas (problemas de aprendizaje, fracaso escolar) y de relaciones interpersonales (problemas de relación e integración escolar y de actividades extraescolares), con la participación coordinada de distintos profesionales que sumen sus esfuerzos, sin superponer sus actuaciones.

## INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

### Pediatría-familia

Una de las características importantes de la psicopatología infantil es que son los padres los que toman las decisiones sobre los problemas de sus hijos, son los que deciden si su hijo presenta o no un problema, si debe recurrir a un profesional y si se adhiere o no las prescripciones terapéuticas.

La American Academy of Pediatrics en su Clinical Practice Guideline: treatment of the school-aged child with attention deficit hyperactivity disorder (2001), entre sus recomendaciones establece la necesidad de considerar el TDAH como un trastorno crónico y considera que se debe proporcionar información a la familia, actualizándola según el niño crezca. El objetivo es el de ayudarles a fijar unas metas específicas en todas las áreas del desarrollo del niño: conducta, autoestima, aprendizaje, y funcionamiento familiar:

El pediatra de atención primaria, que es el que conoce al niño desde su nacimiento y ha seguido su curso evolutivo, debe llegar a establecer una alianza terapéutica con el niño y los padres antes de iniciar el tratamiento farmacológico ya que esto es clave para lograr el éxito en el tratamiento. Para ello, han de proporcionarles información actual sobre el problema: etiología, tratamientos actuales, resultados a largo plazo y efectos en la vida diaria y en las actividades familiares. La familia tiene que entender el problema antes de discutir las opciones de tratamiento.

Un problema frecuente que se observa en los trastornos crónicos en la respuesta al tratamiento, es la falta

de adhesión de los padres por las preocupaciones que les genera, la percepción de barreras, etc.

Los planes de tratamiento del niño TDAH son a largo plazo, y deben incluir además de medicación, intervenciones medioambientales y conductuales que tengan en cuenta a los niños, familias y escuela. Se trata de una intervención multidisciplinar que requiere un trabajo coordinado entre profesionales, por una parte los profesionales sanitarios (pediatra, psiquiatra, neuropediatra), cuyo interlocutor principal va a ser, por su cercanía al niño, el pediatra; y por otra los profesionales educativos (profesor-tutor, profesor de educación especial, psicopedagogo), cuyo interlocutor principal va a ser el psicopedagogo que por su formación puede actuar en la coordinación del problema en el contexto escolar.

En muchos casos el problema se detecta en el colegio por parte de los profesores y son los psicólogos o psicopedagogos del centro escolar los que, tras realizar una evaluación psicológica, alertan al pediatra para que realice un estudio más detallado y, en su caso, remita al especialista de neuropediatría. En otros casos son los propios pediatras los que, a través de los seguimientos habituales, detectan la problemática.

## INTERVENCIONES EN LA ESCUELA

En el centro escolar existen una serie de profesionales que de manera coordinada hacen frente a la respuesta educativa del niño: el profesor-tutor, el profesor de educación especial y el psicopedagogo, para abordar de manera coordinada los problemas de aprendizaje, conductuales y sociales que presenta el niño con TDAH, así como para establecer una relación coordinada con los padres y el sistema sanitario que también está interviniendo con el niño.

Los tratamientos que de manera más frecuente se utilizan en la escuela son los de modificación de conducta, los tratamientos cognitivo-conductuales y los tratamientos psicopedagógicos.

## A. Técnicas de modificación de conducta

Tienen como objetivo reducir las conductas inapropiadas que presenta el niño y reforzar las conductas adecuadas teniendo en cuenta que el comportamiento está habitualmente condicionado por contingencias ambientales inadecuadas.

Para aumentar las conductas positivas se recurre al uso de las siguientes técnicas:

- **Refuerzos** (premios) de estos comportamientos mediante recompensas materiales, sociales o de actividad. Estos premios se ofrecen inmediatamente después de que el niño ha realizado una conducta adecuada.
- Se pueden establecer también **sistemas de economía** de fichas en las que se ofrecen fichas (o puntos) que se pueden canjear por premios.
- **Técnicas de modelado** consistentes en la realización de la conducta adecuada por parte de un modelo para que el niño la imite. Esa imitación es premiada por el adulto para que el niño tienda a repetirla en el futuro.
- **Reforzamiento de conductas alternativas:** se trata de reforzar cualquier conducta adaptativa distinta a la conducta problema de forma que apropiada irá consiguiendo más fuerza y la otra desapareciendo.

Para reducir las conductas negativas se utilizan técnicas como:

- **La extinción:** consistente en no ofrecer ninguna respuesta al problema de conducta hasta que finalmente desaparezca.
- **Costo de respuesta:** que consiste en la retirada de privilegios o refuerzos positivos inmediatamente después de la conducta inadecuada. Se pueden quitar fichas, tiempo de juego, etc.

- **La técnica de tiempo-fuera:** consistente en llevar al niño, tras la conducta inadecuada, a un lugar donde no encuentre ningún tipo de distracción ni premio durante un corto periodo de tiempo.

Este primer tipo de técnicas, van a requerir la intervención directa del psicopedagogo del colegio sobre los profesores mediante sesiones de formación donde se especifiquen las características básicas del trastorno, se eliminen falsos mitos y se consiga la implicación en el tratamiento. Estas irán seguidas de sesiones específicas sobre cómo usar las técnicas mencionadas y cómo aplicarlas a situaciones cotidianas.

El tratamiento conductual resulta, por lo general, fácilmente aplicable por parte de los profesores. Es importante recordar que la aplicación de las mismas va a repercutir en un aumento de la capacidad de estos para hacer frente a problemas cotidianos con otros alumnos puesto que no son técnicas diseñadas específicamente para los niños que presentan TDAH.

## B. Técnicas cognitivo-conductuales

Su objetivo es desarrollar en el sujeto la capacidad para autoevaluar sus acciones, prever y analizar las consecuencias de estos actos y, en definitiva, conseguir un autocontrol adecuado de su comportamiento.

**Las técnicas autoinstruccionales** pretenden que el niño comprenda las situaciones y genere mediadores verbales (lenguaje interno) que le ayuden a regular su comportamiento.

La autoinstrucción que se basa en la idea de que la interiorización de normas mediante el lenguaje, facilita la mejora de la planificación y el autocontrol en las tareas. Esto se facilita enseñando a los niños a que se “hablen a sí mismos” con el fin de ayudarles a guiar su conducta hacia la tarea. Esta enseñanza de autoverbalizaciones se realiza combinando técnicas de modelado (ofrecer un modelo para que el niño lo imite) y reforzamiento.

Las fases del modelo de Meichenbaum y Goodman<sup>18</sup> son:

1. El adulto hace de modelo dándose instrucciones en voz alta: qué es lo que tengo que hacer, cómo lo voy a hacer, cómo lo estoy haciendo y cómo lo hice. Ejemplo: el terapeuta comienza hablando en voz alta delante del niño diciendo: “tengo que hacer este puzzle, debo encajar cada pieza en el lugar que corresponde y lo voy a hacer despacio y fijándome bien. Me voy a organizar primero las piezas... aquí ordeno ésta, aquí ésta... Ahora comenzaré poniendo esta primera. Miro bien... creo que esta va aquí. ¡bien!, lo estoy haciendo correctamente, ahora voy a colocar esta segunda.... aquí no va, veré en este hueco... no es aquí, debo rectificar.”
2. El niño ejecuta la misma tarea bajo la dirección del adulto (guía externa).
3. El niño ejecuta la tarea él solo, dándose instrucciones en voz alta.
4. Realiza el trabajo susurrando las instrucciones.
5. Por último trabaja guiándose por instrucciones encubiertas (lenguaje interno).

El contenido de las verbalizaciones, como se observa, se debe referir a:

1. Definición del problema.
2. Aproximación al problema, planificación de la estrategia de ejecución.
3. Autoreforzamiento.
4. Autoevaluación y posibles alternativas para corregir errores.

Esto se aplica a tareas de complejidad progresiva comenzando por tareas fáciles y debe aplicarse a situaciones de colegio, juego y casa.

- Para el **entrenamiento del autocontrol** se utilizan técnicas como la “Técnica de la tortuga” mediante la cual el niño aprende a responder a una palabra clave: “tortuga” mediante la adopción de una postura concreta (ojos cerrados, brazos pegados al cuerpo y cabeza encogida entre los hombros). Una vez aprende esta posición, se le enseñan técnicas de relajación basadas en la tensión y distensión muscular.

Posteriormente se le enseñan estrategias de solución de problemas interpersonales ayudando a que reflexione sobre las alternativas de solución y seleccione la más apropiada. El objetivo es que el niño sepa adaptar esta técnica en situaciones cotidianas que sean conflictivas para él.

En caso de niños mayores de 8 años se sustituye la palabra clave “tortuga” por la de “stop”.

- **Autoobservación:** su objetivo es desarrollar en el sujeto la capacidad para autoevaluar sus acciones, prever y analizar las consecuencias de estos actos y, en definitiva, conseguir un autocontrol adecuado de su comportamiento
- **Autoevaluación reforzada:** el objetivo es que el niño aprenda a valorar de forma más objetiva su actuación. En un primer momento se intenta sensibilizar sobre la importancia de seguir las reglas. En un segundo momento se enseña al niño a valorar su propia actuación jugando a contrastar su opinión con la valoración del adulto. Cada vez que la valoración coincide se pueden dar premios al niño para reforzar los éxitos y de esta forma van disminuyendo progresivamente las discrepancias entre las dos valoraciones.
- **Entrenamiento en solución de problemas** que tiene como objetivo ayudar al niño a identificar los componentes de un problema y a generar soluciones adecuadas siguiendo una serie de pasos como son: 1) el reconocimiento del problema, 2) análisis del mismo, 3) formular soluciones alterna-

tivas y valorar sus consecuencias, 4) seleccionar la mejor alternativa para su solución.

- **Entrenamiento en habilidades sociales** mediante el entrenamiento de habilidades como: conocer, entender y respetar las normas sociales; potenciar hábitos de interacción positiva; reforzar el estilo comunicativo respetuoso: no interrumpir, guardar su turno, mantenerse en el tema y terminar la conversación, responder adecuadamente a las críticas etc.

Programas habituales por su calidad son el H.I.S. de Monjas (1993) y el D.S.A. de De la Cruz y Mazara (1992)<sup>19,20</sup>

Las técnicas cognitivo-conductuales son más dificultosas para llevar a la práctica por parte de los profesores puesto que requieren una formación previa y la disponibilidad de recursos personales como los psicopedagogos que en muchos casos son los que coordinan y asesoran este tipo de intervenciones. Algunas de ellas como el entrenamiento de habilidades sociales son más viables y suelen ser aplicados de forma generalizada a todos los niños del aula

### C. Técnicas psicopedagógicas

Para lograr el éxito académico hay que tener en cuenta que el niño con TDAH no sólo presenta problemas de conducta sino también problemas a la hora de hacer un uso normalizado de las capacidades cognitivas complejas, por lo cual se les debe enseñar habilidades que le permitan anticipar (por ejemplo hacer un listado de las cosas que serán necesarias para realizar una tarea), planificar (elaborar un desarrollo secuenciado de actividades para conseguir la meta propuesta), monitorizar la propia actuación mientras se realiza la tarea (modificando la acción de acuerdo a las instrucciones externas o a las autoinstrucciones) o después de haberla realizado (corrigiendo la acción).

En base a ello, en el colegio se desarrollan programas psicoeducativos que facilitan la adquisición, por parte

del niño, de las habilidades en las que presenta más dificultad como pueden ser las de atención, discriminación, orientación visoespacial, razonamiento lógico, asociaciones lógicas, seriaciones, lectura de textos etc. En la actualidad comienzan a desarrollarse algunos materiales organizados por sesiones de trabajo, que pretenden ofrecer una pauta de actividades para el trabajo sistemático de este tipo de procesos.

Estos tres tipos de técnicas descritas se deben contextualizar bien en cada centro educativo organizando los recursos necesarios para dar respuestas concretas mediante la incorporación de estrategias metodológicas diferentes, organización de grupos flexibles o de refuerzos etc.

Todo ello va a requerir un planteamiento metodológico que impregne toda la actuación educativa. En este sentido es imprescindible la coordinación de todos los profesionales ya que deben estar implicados desde el profesor/tutor hasta el monitor de postcomedor o de patio o el profesor de educación física. Es mediante este planteamiento global como se consiguen generalizar los resultados.

En función del tipo de dificultades, que presente el niño a nivel académico, se le puede dar respuesta educativa en el aula ordinaria con los apoyos que tiene el centro. Dentro del contexto escolar **el psicopedagogo** es el profesional que:

1. Realiza la evaluación psicopedagógica del niño con TDAH como alumno/a con necesidades educativas especiales (n.e.e.) y para ello va a recoger datos de la observación y evaluación del niño en el contexto escolar; va a realizar entrevistas a padres y va a facilitar a los profesionales que intervienen en el centro (tutor, PT, logopeda) protocolos de observación que le permitan evaluar las n.e.e. en cada uno de las áreas de desarrollo: social, comunicativo, conductual y de aprendizaje.
2. Decide cómo se priorizan las n.e.e y que recursos va a necesitar tanto profesionales como ma-

teriales el niño con TDAH en base a la evaluación psicopedagógica.

3. Coordina las actuaciones de los distintos profesionales que intervienen con el niño: tutor, PT, logopeda, etc.
4. Remite al alumno/a a otros especialistas de salud mental si lo considera oportuno y se coordina con ellos de cara al diagnóstico y tratamiento.
5. Realiza asesoramiento a profesores y padres.

El profesor, en cambio, va a ser el que ponga en práctica en su quehacer diario las orientaciones ofrecidas y quien lleva el peso educativo del alumno con TDAH. Es el profesional que tiene mejor conocimiento del niño y de sus problemática y es, sin duda el que invierte más esfuerzo, en el contexto escolar; para que se desarrolle de forma armónica y global.

## INTERVENCIONES CON LA FAMILIA

La familia es un elemento clave en todo el proceso terapéutico ya que va a ser la que detecta el problema, decide iniciar la intervención y va a llevar el seguimiento de las prescripciones terapéuticas.

El TDAH puede tener un fuerte impacto en el sistema familiar; influyendo no sólo en los padres, sino también en las relaciones que se establecen entre los hermanos o con los abuelos. Muchas veces los padres ven limitadas sus salidas porque sus comportamientos se manifiestan en lugares públicos o con sus amigos. Por todo ello la intervención familiar debe ir centrada a dar apoyo a la familia en el reto que supone la crianza de un niño con TDAH.

El proceso terapéutico familiar debe enfocarse en varios niveles.

1. **Apoyo psicoemocional** a los padres para que aprendan a manejar el estrés.

2. **Entrenamiento en destrezas parentales:** se les enseñan técnicas conductuales para reducir el comportamiento de su hijo:
  - Establecer métodos de disciplina proactiva, que enseñe y refuerce las conductas apropiadas así como crear un plan de modificación de conducta para reducir las negativas.
  - Establecimiento de expectativas, instrucciones y límites claros y consistentes. Los niños deben saber exactamente lo que se espera de ellos.
  - Identificar las habilidades positivas del niño y elogiarlas para elevar su autoestima y que aumente su motivación de logro.
  - Ayudar al niño en las relaciones sociales, actividades, amigos, etc para que conseguir unas relaciones sociales ajustadas.
  - Dedicarles un tiempo diario para establecer una interacción positiva con el niño.
  
3. **Coordinación familia-escuela:** es importante que los padres se impliquen en el seguimiento académico de sus hijos ya que las mejoras en los aspectos conductuales académicos dependen de una acción conjunta. Se suelen utilizar notas en la agenda para intercambio de información, reuniones periódicas con el equipo educativo y seguimiento en el hogar de las prescripciones ofrecidas en el colegio: rutinas, hábitos, etc.
  
4. **Coordinación familia sistema sanitario:** resulta importante que la familia se implique en la medicación con unas expectativas ajustadas que favorezcan la adherencia al tratamiento y aseguren una consistencia en las diferentes etapas evolutivas.
  
5. **Asociacionismo:** es importante proporcionar información a los padres para que se unan a otras familias con este mismo trastorno, es decir; facilitar el contacto con las Asociaciones de padres de niños con TDAH ya que ello les puede ofrecer recursos, actividades de formación, grupos de autoayuda, actividades específicas para sus hijos e incluso actividades de respiro que ayuden a las familias en la sobrecarga de la crianza. La colaboración de los profesionales de la psicología y la pediatría en estas asociaciones resulta especialmente importante.
 

Todo lo expuesto anteriormente nos lleva a considerar como uno de los pilares básicos del éxito terapéutico la buena coordinación entre psicopedagogos y pediatras del sistema de atención primaria. La fluidez de esta relación va a posibilitar un intercambio de información imprescindible una vez instaurados los tratamientos: el pediatra debe tener información de cómo el niño se adapta a la medicación, cómo evoluciona su problemática conductual o si mejora su aprendizaje. Esta información no puede aportarla la familia de forma adecuada.

Del mismo modo debe tener conocimiento de las iniciativas pedagógicas o tratamiento puestos en marcha en el centro educativo y de la evaluación periódica de estos.

Resulta importante que los pediatras conozcan la estructura de los recursos educativos de su zona y sean conscientes del perfil profesional de los diferentes servicios implicados en la educación y específicamente de los psicopedagogos.

Obviamente, ante el exceso de tareas que se abordan desde los servicios de salud y desde los servicios psicopedagógicos, las Administraciones de los sistemas sanitarios y educativos deberían consensuar protocolos de coordinación para que las actuaciones fueran más homogéneas y eficaces.



## Bibliografía

1. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.
2. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural diseases: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Ginebra. WHO. Madrid: Meditor; 1992.
3. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*; 1997; 121:1, 65-94.
4. Biederman J, Faraone SV, Lapey K. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit disorder. *Am J Psychiatry*; 1993; 150: 1792-1798.
5. Spencer T, Biederman J, Wilens T. Is attention deficit hyperactivity disorder in adults a valid disorder?. *Harv Rev Psychiatry*; 1994; 326-335.
6. Wender PH. Attention deficit hyperactivity disorder in adults. New York: Oxford University Press; 1995.
7. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am J Psychiatry*; 1998; 155: 493-498.
8. Hart EL, Lahey BB, Loeber R. Developmental change in attention deficit hyperactivity disorder in boys: a four year longitudinal study. *Journal Abnormal Child Psychology*; 1995; 23: 729-749.
9. Levy F, Hay DA, McStephen M. Attention deficit hyperactivity disorder: a category or a continuum? Genetic analysis of a large scale twin study. *Journal AM Acad Child Adolesc Psychiatry*; 1997; 36: 734-744.
10. Hartsough CS, Lambert NM. Medical factors in hyperactive and normal children. *American Journal Orthopsychiatry*; 1985; 55, 190-201.
11. Rajeev MD, Riaz MD. Attention Deficit Hyperactivity disorder: Can we do better? *International Pediatrics*; 2003; 18: 84-86.
12. Brown TE, Gammon GD. ADHD associated difficulties falling asleep and awakening: clonidine and methylphenidate treatments. Poster presented at annual meeting of the American Academy of child and adolescent psychiatry. Washington: October 1992.
13. Carskadon MA, Poeschel SM, Millman RP. Sleep disorder breathing and behavior in three risk groups: preliminary findings from parental reports. *Childs Nerv Syst*; 1993; 9: 452-457.
14. Corkum P, Tannock R, Moldofsky H, Hogg Sh, Humpries T. Actigraphy and parental ratings of sleep in children with attention deficit hyperactivity. *Journal of sleep research and sleep Medicine*; 2001; 24(3): 303-312.
15. Barkley RA, DuPaul GJ, McMurray MB. Attention deficit disorder with and without hyperactivity: Clinical response to three dose levels of methylphenidate. *Pediatrics*; 1991; 87: 519-531.
16. Casey R, Schlosser S. Emotional responses to peer praise in children with and without diagnosed externalising disorder. *Merrill Palmer Quarterly*; 1996; 40, 60-81.
17. Miranda A, López MJ. Presentación Contextos familiar y escolar de niños con Trastorno de déficit de atención con hiperactividad, agresivos y no agresivos, En Lara F. (comp.), *Psicología evolutiva y de la educación. Actas del IV Congreso INFAD*. Burgos: Universidad de Burgos; 1995. p. 469-480.
18. Meichenbaum DH, Goodman J. Training impulsive children to talk to them selves: a means of developing self control. *Journal of Abnormal Psychology*; 1977: 115-126.
19. Monjas MI. Programa de enseñanza de habilidades de interacción para niños y niñas en edad escolar. Valladolid: Casares impresores; 1993.
20. De la Cruz MV, Mazaira MC. DSA. Programa de Desarrollo Socioafectivo. Madrid: TEA; 1992.