

Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD



MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN



MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

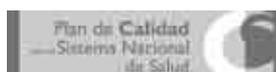
Plan de Calidad
para el Sistema Nacional
de Salud



Generalitat de Catalunya
Departament
de Salut

Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD



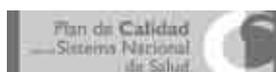
Esta GPC es una ayuda a la toma de decisiones en la atención sanitaria. No es de obligado cumplimiento ni sustituye el juicio clínico del personal sanitario.

Edición: 2010
Edita: Ministerio de Ciencia e Innovación
Maquetación: Arpirelieve
NIPO: 477-09-053-3
Depósito legal: B-17034-2010

Esta GPC ha sido financiada mediante el convenio suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Ciencia e Innovación, y la Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya, en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Esta guía debe citarse:

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/18.



Anexos

Anexo 1. Niveles de evidencia y grados de recomendaciones

Tabla 1. Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN

Niveles de evidencia

1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Grados de recomendación

A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alto potencial de sesgo.

Buena práctica clínica

√ ¹	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.
----------------	---

¹ En ocasiones el grupo elaborador se percata de que existe algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual no existe, probablemente, ninguna evidencia científica que lo soporte. En general estos casos están relacionados con algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que nadie cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica. Estos mensajes no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

Anexo 2. Criterios diagnósticos para el TDAH

Criterios diagnósticos para el TDAH según el DSM-IV-TR (APA, 2001)¹⁰:

A (1) o (2)

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

Desatención

- a) A menudo no presta suficiente atención a los detalles, o comete errores por descuido en sus tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
 - b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
 - c) A menudo no parece escuchar cuando se le habla directamente.
 - d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo, sin que ello se deba a comportamiento negativista, o a incapacidad para comprender las instrucciones.
 - e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
 - f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, como, por ejemplo, las actividades escolares o las tareas domésticas.
 - g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
 - h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
 - i) A menudo es descuidado en las actividades de la vida diaria.
-

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

Hiperactividad

- a) A menudo mueve en exceso las manos o los pies o se remueve en su asiento.
- b) A menudo abandona su asiento en el aula o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo.
- d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse con tranquilidad a actividades de ocio.

- e) A menudo está en movimiento o suele actuar como si tuviera un motor.
- f) A menudo habla en exceso.

Impulsividad

- a) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
 - b) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
 - c) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.
-

- B.** Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
- C.** Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela y en casa).
- D.** Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, académico o laboral.
- E.** Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios diagnósticos para el trastorno hiperactivo según la CIE –10 (OMS, 1992)¹¹¹:

Déficit de atención

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
 2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
 3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
 4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.
 5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
 6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental sostenido.
 7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, como material escolar, libros, etc.
 8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
 9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.
-

Hiperactividad

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento.

2. Abandona el asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

Impulsividad

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.
3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.
4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

-
- El inicio del trastorno no es posterior a los siete años.
 - Los criterios deben cumplirse en más de una situación.
 - Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.
 - No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

Anexo 3. Información para pacientes, familiares y educadores

Aprender a conocer y manejar el TDAH en niños y adolescentes

Esta guía, dirigida a pacientes, familiares y educadores de niños y adolescentes con TDAH, está basada en la *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes*. Tiene como objetivo proporcionar información para que el paciente y su entorno conozcan mejor el trastorno y sean parte implicada en su detección, diagnóstico y tratamiento.

El documento hace recomendaciones basadas en los resultados de la investigación existente hasta la actualidad.

Contiene un listado de direcciones y bibliografía de consulta donde conseguir más información sobre el TDAH.

1. ¿Qué es el TDAH? ¿Cómo se manifiesta en niños y adolescentes?

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno de origen neurobiológico que se inicia en la edad infantil y que afecta entre un 3-7% de niños en edad escolar. Los síntomas principales son la **hiperactividad**, la **impulsividad** y el **déficit de atención**. Estos síntomas se presentan con mayor intensidad y frecuencia de lo esperado en los niños de su misma edad.

Los síntomas nucleares del TDAH son los siguientes:

Hiperactividad

Se manifiesta por un exceso de movimiento en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo y en diferentes ámbitos (casa y escuela). Tienen grandes dificultades para permanecer quietos cuando las situaciones lo requieren (se levantan del asiento, lo tocan todo, no paran quietos, parecen movidos por un motor). Hablan en exceso y producen demasiado ruido durante actividades tranquilas.

Inatención

Se caracteriza por dificultades para mantener la atención en tareas que suponen un esfuerzo mental sostenido. A menudo parecen no escuchar, les cuesta seguir órdenes e instrucciones y tienen dificultades para organizar tareas y actividades con tendencia a los olvidos

y a perder objetos. Suelen distraerse con facilidad ante estímulos irrelevantes. Las dificultades de atención suelen aparecer más frecuentemente durante la etapa escolar cuando aumenta la exigencia académica.

Impulsividad

Se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas o esperar el turno. A menudo interrumpen y dan respuestas precipitadas antes de que las preguntas hayan sido completadas. En general, se caracterizan por actuar sin pensar, no evaluando las consecuencias de la conducta.

Los niños y adolescentes con TDAH tienen problemas para controlar su comportamiento y ajustarse a las normas, presentando así dificultades de adaptación familiar, escolar y/o social.

¿Hay diferentes tipos de TDAH?

El **DSM-IV-TR** (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, texto revisado) de la Asociación Americana de Psiquiatría (2001) clasifica el TDAH en tres tipos:

- **TDAH, tipo combinado:** Se encuentran presentes los tres síntomas principales (inatención, hiperactividad e impulsividad).
- **TDAH, tipo con predominio del déficit de atención:** Cuando el síntoma principal es la inatención.
- **TDAH, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo:** La conducta que predomina es la de hiperactividad e impulsividad.

¿Cuáles son los trastornos que se presentan con el TDAH?

Con frecuencia los niños con TDAH pueden tener otros problemas asociados, como los trastornos de conducta, ansiedad o problemas de aprendizaje.

2. ¿Cuál es la causa del TDAH? ¿Qué factores intervienen?

No se conocen con exactitud todos los factores que intervienen en la aparición del TDAH pero está claro que existe una interrelación de múltiples factores genéticos y ambientales.

Estructuras y circuitos cerebrales

Existe evidencia científica de que el origen del TDAH es una alteración en el funcionamiento cerebral, localizada en las áreas de la corteza prefrontal y sus conexiones con los ganglios basales. Distintos estudios han encontrado en la población pediátrica con TDAH un menor tamaño de algunas de éstas áreas cerebrales.

Componente genético

Existe evidencia científica sobre el componente genético del TDAH. Recientes estudios muestran la complejidad genética del TDAH, ya que se han visto implicados distintos cromosomas y genes. El componente genético quizá sea el mayor predisponente para padecer el TDAH.

Factores neurobiológicos

La presencia de factores neurobiológicos no genéticos en la aparición del TDAH ha sido referida en distintos estudios: prematuridad, encefalopatía hipóxico-isquémica, bajo peso al nacimiento y consumo de tabaco, alcohol y otras drogas durante la gestación. En edades posteriores, los traumatismos craneoencefálicos (TCE) graves en la primera infancia, así como padecer infecciones del sistema nervioso central (SNC), se han relacionado también con un mayor riesgo de TDAH. A estos factores neurobiológicos no genéticos se les denomina, de forma genérica, factores ambientales.

Factores no neurobiológicos

Se han descrito también factores de riesgo psicosocial que influirían en el desarrollo de la capacidad de control emocional y cognitivo. Actualmente, se acepta que es posible la interacción de factores ambientales y genéticos de forma que la presencia de determinados genes afectaría a la sensibilidad individual a ciertos factores ambientales.

Factores dietéticos como el tipo de alimentación, la utilización de aditivos alimentarios, azúcar y edulcorantes han sido también motivo de polémica sin que por el momento existan estudios concluyentes que los relacionen con el TDAH.

¿Existen disfunciones neuropsicológicas en el TDAH?

Los estudios neuropsicológicos y de neuroimagen funcional han demostrado que los niños y niñas con TDAH presentan una alteración cognitiva en las llamadas funciones ejecutivas: inhibición de respuesta, vigilancia, memoria de trabajo y planificación.

3. ¿Cuál es la evolución del TDAH con la edad?

En muchos niños los síntomas de hiperactividad tienden a disminuir durante la infancia. La inatención y especialmente la impulsividad permanecen en adolescentes y adultos.

El tiempo que los niños pueden mantener la atención se incrementa con la edad, sin embargo en muchos niños con el trastorno tiende a estar por debajo del nivel esperado y del que se necesita para realizar las demandas de la vida diaria. **Un alto porcentaje de niños con TDAH seguirán teniendo síntomas en la adolescencia y la edad adulta, por lo que deberán continuar en tratamiento.**

Aunque los síntomas de inatención e hiperactividad pueden persistir en muchos casos, es importante recordar que muchos jóvenes con TDAH tendrán una buena adaptación

en la edad adulta y estarán libres de problemas de salud mental. Un buen pronóstico será más probable cuando predomina la inatención más que la hiperactividad-impulsividad, no se desarrollan trastornos de conducta, y las relaciones con los familiares y con otros niños son adecuadas.

4. ¿Cómo y quién diagnostica el TDAH?

¿Cómo se diagnostica el TDAH?

El diagnóstico del TDAH es exclusivamente clínico, esto es, mediante la información obtenida de los niños o adolescentes, sus padres y educadores, y debe estar sustentado en la presencia de los síntomas característicos del trastorno, con una clara repercusión a nivel familiar, académico y/o social, tras haber excluido otros trastornos o problemas que puedan justificar la sintomatología observada.

En la entrevista, se debe obtener información respecto a los problemas actuales del niño, naturaleza de los síntomas (frecuencia, duración, variación situacional de los síntomas), edad de inicio y grado de repercusión en los diferentes ambientes de la vida del niño. Han de evaluarse también los antecedentes familiares (dado el carácter genético del trastorno), el funcionamiento familiar y los antecedentes personales (embarazo, parto y período perinatal, desarrollo psicomotor, antecedentes patológicos e historia de salud mental del niño).

Se ha de realizar una exploración física y psicopatológica del niño, y recoger información de la escuela y sobre el rendimiento académico a lo largo de toda su historia escolar.

La exploración neuropsicológica y psicopedagógica no son imprescindibles para el diagnóstico de TDAH en niños y adolescentes. Sin embargo, es recomendable el estudio neuropsicológico cuando se sospeche la presencia de un trastorno específico de aprendizaje comórbido o sea importante valorar el perfil de funcionamiento cognitivo. Así mismo, una evaluación psicopedagógica permitirá valorar el estilo de aprendizaje y establecer los objetivos de la intervención reeducativa.

La realización de pruebas complementarias de laboratorio, de neuroimagen o neurofisiológicas no son necesarias para el diagnóstico de TDAH en niños y adolescentes a menos que la historia clínica y la exploración física pongan en evidencia la presencia de algún trastorno que requiera realizarlas.

¿Qué instrumentos de evaluación se utilizan?

Para la evaluación del TDAH se requiere obtener información del niño o adolescente, de los padres o cuidadores y de los docentes, acerca de los síntomas del TDAH. La información puede obtenerse mediante preguntas abiertas, preguntas específicas, entrevistas semiestructuradas, cuestionarios y escalas.

El empleo de escalas de valoración de los síntomas es siempre un complemento a la entrevista clínica. Existen escalas y cuestionarios, útiles para valorar los síntomas del TDAH y su intensidad, que suelen administrarse a los padres o cuidadores y a los maestros.

También es frecuente utilizar escalas más amplias de psicopatología general para detectar si existen otros trastornos asociados.

¿Qué es el diagnóstico diferencial?

Dentro de la exploración y valoración del niño con TDAH, hay que tener en cuenta que no todo niño movido y despistado tiene TDAH. Por tanto, es necesario hacer un diagnóstico diferencial con otras enfermedades que pueden ser confundidas con el TDAH.

Los síntomas del TDAH pueden aparecer en una amplia variedad de trastornos:

- retraso mental,
- trastornos de aprendizaje,
- trastornos generalizados del desarrollo,
- trastornos del comportamiento,
- trastorno de ansiedad,
- trastorno del estado de ánimo,
- abuso de sustancias,
- factores ambientales,
- trastornos médicos.

La mayoría de estos trastornos pueden ser excluidos con una historia clínica completa y la exploración física.

¿Quién diagnostica el TDAH?

El diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes debe realizarlo un facultativo (pediatra, psiquiatra, neuropediatra, psicólogo clínico o neuropsicólogo) con entrenamiento y experiencia en el diagnóstico del TDAH y sus comorbilidades más frecuentes.

5. ¿Cuál es el tratamiento del TDAH?

El tratamiento del TDAH en niños y adolescentes se realiza de manera individualizada en función de cada paciente y su familia. Tiene por objetivo mejorar los síntomas y reducir la aparición de otros trastornos asociados, ya que por el momento no existe una cura para el TDAH.

En niños y adolescentes con TDAH con repercusión moderada o grave en su vida diaria, se recomienda el **tratamiento combinado**, que incluye tratamiento psicológico conductual, farmacológico e intervención psicopedagógica.

La combinación de tratamientos farmacológicos y psicológicos tiene la potencialidad de que ejerce efectos inmediatos en los síntomas del TDAH mediante la utilización de la medicación, así como efectos de larga duración gracias al desarrollo de estrategias y habilidades cognitivas y de comportamiento proporcionadas por el tratamiento psicológico.

5.1. Tratamiento psicológico para el TDAH en niños y adolescentes

Las intervenciones psicológicas que han mostrado evidencia científica/positiva para el tratamiento TDAH se basan en los principios de la terapia cognitivo conductual (TCC).

El tipo de intervenciones que se aplican se describen brevemente a continuación.

Terapia de conducta

Es una terapia psicológica que se basa en un análisis de la conducta. Se identifican los factores que están manteniendo la conducta inadecuada, se delimitan las conductas que se desea incrementar, disminuir o eliminar, llevándose a cabo la observación y el registro de éstas. Hay dos tipos de técnicas:

- Para aumentar conductas positivas: el reforzamiento positivo como la alabanza, la atención positiva, las recompensas y los privilegios.
- Para reducir conductas no deseadas: se utiliza el coste de respuestas, el tiempo fuera y la extinción (no prestar caso a la conducta que se desea reducir o eliminar).

Entrenamiento para los padres

Se trata de un programa de tratamiento conductual que tiene como objetivo dar información sobre el trastorno, enseñar a los padres a modificar la conducta de sus hijos, incrementar la competencia de los padres, mejorar la relación paterno-filial mediante una mejor comunicación y atención al desarrollo del niño.

Terapia cognitiva

Entrenamiento en técnicas de autoinstrucciones, autocontrol y solución de problemas.

Entrenamiento en habilidades sociales

Los niños y adolescentes con TDAH presentan a menudo problemas de relación con la familia, déficit en habilidades sociales y problemas de relación con los iguales. El entrenamiento en habilidades sociales suele hacerse en grupos pequeños de edades similares, y se emplean técnicas de la TCC.

5.2. Tratamiento psicopedagógico para el TDAH en niños y adolescentes

La intervención psicopedagógica constituye un pilar fundamental en el tratamiento combinado del TDAH, pues comprenderá desde las intervenciones encaminadas a mejorar el rendimiento académico del niño o adolescente (mediante reeducación psicopedagógica) hasta aquellas dirigidas a la mejora del entorno escolar y, por lo tanto, de su adaptación a éste (mediante un programa de intervención en la escuela y la formación a los docentes).

La **reeducación psicopedagógica** es un refuerzo escolar individualizado que se lleva a cabo después del horario escolar y que tiene como objetivo paliar los efectos negativos del TDAH en el niño o adolescente que lo presenta, en relación a su aprendizaje o competen-

cia académica. Se trabaja sobre la repercusión negativa del déficit de atención, la impulsividad y la hiperactividad en el proceso del aprendizaje escolar.

La reeducación psicopedagógica debe incluir acciones encaminadas a:

- Mejorar el rendimiento académico de las diferentes áreas, las instrumentales y aquellas más específicas para cada curso escolar.
- Trabajar los hábitos que fomentan conductas apropiadas para el aprendizaje (como el manejo del horario y el control de la agenda escolar) y las técnicas de estudio (prelectura, lectura atenta, análisis y subrayado, síntesis y esquemas o resúmenes).
- Elaborar y enseñar estrategias para la preparación y elaboración de exámenes
- Mejorar la autoestima en cuanto a las tareas y el estudio, identificando habilidades positivas y aumentando la motivación por el logro.
- Enseñar y reforzar conductas apropiadas y facilitadoras de un buen estudio y cumplimiento de tareas.
- Reducir o eliminar comportamientos inadecuados, como conductas desafiantes o malos hábitos de organización.
- Mantener actuaciones de coordinación con el especialista que trate al niño y con la escuela para establecer objetivos comunes y ofrecer al docente estrategias para el manejo del niño o adolescente con TDAH en el aula.
- Intervenir con los padres para enseñarles a poner en práctica, monitorizar y reforzar el uso continuado de las tareas de gestión y organización del estudio en el hogar.

Los niños con TDAH requieren, de forma individualizada y para cada uno de ellos, un **programa de intervención en la escuela** que incluya tanto acciones académicas o de instrucción, como conductuales. Estos programas deben implicar a la mayor parte del cuadro docente para facilitar su eficacia, recogiendo:

- Aquellas acciones que hacen referencia a la metodología (la forma de dar instrucciones, de explicar los contenidos académicos, o la asignación de deberes y tareas).
- Aquellas que refieren al entorno de trabajo (la situación física del niño o adolescente en el aula, el ambiente estructurado y motivador o la eliminación de elementos distractores).
- Aquellas que refieren a la mejora del comportamiento del niño o adolescente (la supervisión constante, las tutorías individualizadas y el uso de técnicas conductuales).

La **formación a docentes** permite que éstos reciban psicoeducación sobre el trastorno, modifiquen pensamientos y opiniones en cuanto a los niños y adolescentes con TDAH, se entrenen en pautas de conducta y se capaciten para la detección de señales de alerta del TDAH, favoreciendo así la detección precoz.

5.3. Tratamiento farmacológico para el TDAH en niños y adolescentes

¿Por qué usar fármacos en el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes?

El efecto beneficioso de los fármacos sobre las conductas hiperactivas se conoce desde hace más de 70 años. Los primeros fármacos para el tratamiento del TDAH se comercializaron en España hace más de 25 años.

Estos fármacos están entre los más **estudiados y seguros** de todos los que se utilizan en niños y adolescentes, siendo todos ellos **muy eficaces** para el tratamiento de los síntomas del TDAH. Entre el 70 y el 80% de los pacientes responden de forma favorable al primer tratamiento utilizado.

Por tanto, por su seguridad, alta eficacia y escasos efectos secundarios se recomienda el tratamiento farmacológico para el tratamiento de estos pacientes.

Con los fármacos **reducimos los síntomas del TDAH, mejorando el rendimiento escolar y el comportamiento** del niño y las relaciones tanto en casa como en la escuela. Al mismo tiempo, **potencian el efecto de las intervenciones psicológicas y psicopedagógicas**.

¿Qué fármacos hay disponibles en España?

En estos momentos disponemos en nuestro país de dos grupos de medicamentos indicados para el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes, los estimulantes (metilfenidato) y los no estimulantes (atomoxetina).

Disponemos de tres presentaciones de metilfenidato en función de la forma de liberación del fármaco:

- Liberación inmediata: la duración del efecto es de unas 4 horas por lo que deben administrarse 2-3 dosis repartidas a lo largo del día para tratar de forma adecuada al paciente.
- Liberación prolongada: consisten en una mezcla de metilfenidato de liberación inmediata y de liberación prolongada en una sola dosis diaria. La diferencia entre uno y otro es la cantidad de fármaco de acción inmediata y prolongada, y el mecanismo de liberación empleado; todo ello comporta una duración del efecto distinto, unas 12 horas para el metilfenidato de liberación prolongada con tecnología osmótica y unas 8 horas para el metilfenidato de liberación prolongada con tecnología pellets.

En otros países de nuestro entorno existen otras presentaciones disponibles de fármacos estimulantes: por ejemplo, presentación en parches, asociación de sales de estimulantes, etc., de momento no disponibles en España.

¿Qué fármaco elegir?

El tratamiento farmacológico debe ser prescrito y controlado por un médico con experiencia en el TDAH y en el manejo de estos fármacos y sus posibles efectos secundarios. El tratamiento debe ser **individualizado**, es decir, adaptado a las necesidades de cada paciente y cada familia. La elección de un fármaco u otro dependerá de:

- La existencia de problemas asociados, como tics, epilepsia, ansiedad, etc.
- Los efectos adversos de la medicación.
- La existencia de consumo de drogas en el adolescente.
- Las experiencias previas de falta de eficacia con un determinado fármaco.
- Las preferencias del niño/adolescente y su familia.
- La facilidad de administración.

¿Es necesario realizar alguna prueba antes de iniciar el tratamiento con estos fármacos?

No es necesaria la realización de ninguna prueba complementaria (análisis de sangre, electrocardiograma, etc.) salvo que la historia y/o la exploración del paciente lo aconsejen. Por ejemplo, en pacientes con antecedentes de problemas cardíacos será necesario realizar un estudio cardiológico antes de iniciar el tratamiento.

En el control del tratamiento es conveniente registrar el peso, la talla, el pulso y la presión arterial de forma periódica.

¿Cómo se inicia el tratamiento farmacológico?

Una vez elegido el fármaco, se empieza con dosis bajas y se incrementará la dosis cada 1 o 3 semanas en función de la respuesta del paciente y de la aparición de efectos secundarios. El médico será el responsable de evaluar la eficacia y la tolerabilidad del fármaco mediante visitas periódicas, mucho más frecuentes al inicio del tratamiento y más distanciadas en el tiempo (cada 3-6 meses) tras ajustar la dosis del fármaco de forma adecuada.

Aunque el tratamiento es individualizado, las pautas generales para cada fármaco son:

- Metilfenidato de liberación inmediata, en 2-3 dosis al día.
- Metilfenidato de liberación prolongada, una dosis por la mañana.
- Atomoxetina, se recomienda administrar en dosis única por la mañana. Si existen problemas de tolerancia, administrar por la noche o repartir la dosis entre la mañana y la noche.

En algunas ocasiones, si la mejoría no es suficiente o existen otros trastornos asociados, será necesario aumentar la dosis hasta la máxima recomendada o combinar distintos tipos de fármacos.

¿Cuáles son los efectos secundarios más frecuentes?

Los efectos secundarios ocurren fundamentalmente al inicio del tratamiento, son poco frecuentes, de escasa intensidad, transitorios y de poca gravedad. En muy raros casos obligan a suspender el tratamiento. Es importante poder consultar con el médico responsable del tratamiento cualquier efecto adverso antes de suspender la administración del fármaco.

Los efectos secundarios más frecuentes de los **estimulantes (metilfenidato)** son: pérdida de peso y de apetito, sobre todo al inicio del tratamiento; dificultad para conciliar el sueño (insomnio de conciliación); cefalea y, de forma mucho más infrecuente, tics e inquietud.

Los efectos secundarios más frecuentes de los **no estimulantes (atomoxetina)** son: pérdida de peso y de apetito, sobre todo al inicio del tratamiento; somnolencia; síntomas gastrointestinales, como dolor abdominal, náuseas o vómitos; mareos y cansancio. De forma muy infrecuente, puede aparecer ictericia (la piel toma un color amarillo debido al aumento de la bilirrubina), reflejo de un daño hepático que obliga a la suspensión del tratamiento.

¿Cuánto tiempo dura el tratamiento farmacológico?

La duración del tratamiento debe plantearse de forma individualizada en función de la persistencia de los síntomas y de la repercusión de éstos en la vida del niño o del adolescente.

Para los pacientes que estén tomando estimulantes, una práctica aceptada es la realización de períodos cortos, de 1 o 2 semanas anuales, sin tratamiento farmacológico, con el objetivo de poder valorar el funcionamiento del niño o el adolescente tanto en casa como en la escuela. Una de los mejores momentos para realizar esta evaluación sin tratamiento suele ser al comenzar el curso escolar.

¿Es recomendable hacer períodos libres de tratamiento farmacológico con estimulantes («vacaciones terapéuticas»)?

Aunque los fármacos estimulantes mejoran los síntomas del TDAH y el rendimiento escolar, sus efectos no sólo se manifiestan en la escuela, sino también en casa y en otros ambientes. Por este motivo, en el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes, **no están recomendados de manera sistemática los períodos de descanso del tratamiento farmacológico («vacaciones terapéuticas»)**, ya que pueden conllevar un empeoramiento de la sintomatología del paciente. En cualquier caso, la realización o no de las «vacaciones terapéuticas» será una decisión consensuada entre el médico, la familia y el paciente, con el objetivo de evaluar la necesidad de mantener el tratamiento o no, y reducir los efectos adversos.

¿Produce adicción el tratamiento farmacológico?

No existe ninguna evidencia científica que haya demostrado que el tratamiento con estimulantes produce adicción.

Sí que se ha demostrado claramente que los pacientes con TDAH en tratamiento farmacológico presentan significativamente menos problemas de consumo de drogas en la adolescencia que los pacientes con TDAH que no reciben tratamiento farmacológico.

¿El tratamiento farmacológico para el TDAH se relaciona con retraso del crecimiento?

Los estudios disponibles hasta el momento son poco concluyentes. Los últimos datos informan de que la talla final de los niños en tratamiento con estimulantes sería de 1 a 3 cm inferior a lo esperado. El retraso en el crecimiento es mayor en el primer año de tratamiento pero tiende a normalizarse posteriormente.

¿Disminuye la eficacia del tratamiento farmacológico con el tiempo?

El uso correcto de los fármacos indicados para el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes administrados de la forma y dosis prescritas no produce tolerancia, no deja de ser eficaz ni es preciso aumentar la dosis, salvo por motivos del crecimiento (incremento de la talla y el peso). Existe evidencia científica de que el tratamiento es efectivo a largo plazo si éste es continuado.

5.4. Tratamientos alternativos y complementarios para el TDAH en niños y adolescentes

Debido al exponencial incremento de la medicina o terapias alternativas y complementarias en los últimos años, los profesionales de la salud continuamente reciben dudas y preguntas de sus pacientes y familiares sobre el uso de éstas. Por otro lado, muchos pacientes no revelan a sus médicos su utilización, con la posible interferencia con el tratamiento médico, o efectos adversos. **Es importante hacer saber al médico responsable del tratamiento si se utilizan tratamientos alternativos o complementarios.**

Algunas de las terapias alternativas sin recomendación general aplicable para el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes incluyen tratamientos dietéticos, de optometría, homeopatía, medicina herbaria, estimulación auditiva (método Tomatis) y *biofeedback* por encefalograma (EEG-*biofeedback*, *neurofeedback* o neuroterapia), psicomotricidad y osteopatía.

6. ¿Cómo se tratan los trastornos asociados al TDAH en niños y adolescentes?

La terapia psicológica llevada a cabo con los padres (entrenamiento de padres) es el tratamiento más efectivo para los trastornos de conducta en los niños; adicionalmente, las terapias psicológicas con los niños, como el entrenamiento en habilidades sociales, pueden ser beneficiosas.

En niños y adolescentes con trastornos de ansiedad y TDAH, si fuera necesario, el psiquiatra de niños y adolescentes también podría administrar medicamentos eficaces y seguros.

Los problemas de aprendizaje requieren una evaluación y un plan de tratamiento psicopedagógicos a largo plazo.

7. ¿Cómo se puede prevenir el TDAH?

Dada la etiología fundamentalmente de base genética del TDAH, la prevención primaria, es decir, las acciones encaminadas a que el trastorno no llegue a producirse, no serían factibles.

Sí que podemos actuar sobre algunos factores biológicos no genéticos, como son el consumo de **tóxicos durante el embarazo** (tabaco y alcohol), recomendando evitarlos durante la gestación.

A otro nivel de prevención estaría la detección precoz de este trastorno, prestando especial atención, sobre todo, a poblaciones de riesgo, como son los niños con antecedentes familiares de TDAH, prematuridad, bajo peso al nacimiento, ingesta de tóxicos durante la gestación y traumatismos craneoencefálicos graves.

La detección precoz del trastorno nos ayudará a iniciar cuanto antes el tratamiento adecuado, fundamental para prevenir los problemas asociados (mal rendimiento escolar, dificultades en sus relaciones sociales y trastornos de conducta).

8. ¿Qué hacer ante la sospecha de TDAH?

En el ámbito de la sanidad pública, ante una sospecha de TDAH, el primer paso sería consultar con el pediatra de atención primaria, el cual, en función de la disponibilidad de la zona, puede hacer la derivación del niño o adolescente a un centro especializado en salud mental infanto-juvenil, servicio de psiquiatría y psicología infantil o de neuropediatría.

9. ¿Qué pueden hacer los padres para ayudar al niño o adolescente con TDAH?

- Confirmar el diagnóstico de TDAH por medio de profesionales de la salud (pediatras, psicólogos clínicos, psiquiatras infantiles, neuropediatras, neuropsicólogos) con experiencia y capacitación en este trastorno.
- Buscar una evaluación profesional y un tratamiento personalizado.
- Iniciar el tratamiento con profesionales que tengan adecuada formación en el TDAH.
- Buscar información adecuada sobre el trastorno, práctica, realista y que se fundamente en datos científicos. Podrá obtenerla de los profesionales que le atiendan o de las asociaciones de TDAH.
- Implicar a los familiares más cercanos en la educación del TDAH.
- Aprender a manejar las propias emociones negativas (enfado, culpa, amargura) y mantener una actitud positiva.
- Procurar dar a su hijo un refuerzo positivo inmediato y frecuente.
- Emplear recompensas duraderas y eficaces.
- Utilizar la recompensa antes que el castigo.
- Mejorar la autoestima del niño o del adolescente, utilizar mensajes positivos.

- Hacer tangibles los pensamientos y la solución de problemas.
- Simplificar las reglas de la casa o lugar donde se encuentren.
- Ayudar a su hijo a hacer las cosas paso a paso.
- Asegurarse de que sus instrucciones son comprendidas.
- Enseñarle a ser organizado y fomentar sus habilidades sociales.
- Ser indulgente.

10. ¿Qué puede hacerse desde la escuela para ayudar al niño o adolescente con TDAH?

Las intervenciones que se lleven a cabo desde la escuela deben contemplar las siguientes estrategias:

- Utilizar técnicas de modificación de conducta: reforzamiento positivo, sistemas de economía de fichas, modelado, extinción, coste de respuesta, técnica del tiempo-fuera, sobrecorrección, etc.
- Enseñar al niño o adolescente técnicas de entrenamiento en autocontrol, resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales o técnicas de relajación.
- Definir claramente y de forma conjunta con el niño o adolescente los objetivos a corto y largo plazo, tanto los que refieren a los contenidos curriculares como a su comportamiento en la escuela.
- Adecuar el entorno y controlar el nivel de distractores en el aula, situando al niño o adolescente en un lugar donde pueda ser supervisado fácilmente y alejado de los estímulos que le puedan distraer.
- Ajustar las tareas y expectativas a las características del niño o adolescente reduciendo o simplificando las instrucciones que se le dan para llevar a cabo las tareas, mediante instrucciones breves, simples y claras.
- Adecuar las formas de evaluación, modificando la forma de administrar y evaluar las pruebas y exámenes.
- Complementar, por parte del docente, las instrucciones orales con instrucciones y recordatorios visuales.
- Ofrecer al niño o adolescente sistemas de ayuda para el control diario de sus tareas y el cumplimiento de trabajos a corto y largo plazo (control de la agenda, recordatorios, etc.).
- Procurar un adecuado nivel de motivación en el alumno ofreciendo retroalimentación frecuente sobre sus mejoras en el comportamiento y su esfuerzo.

11. Direcciones y bibliografía de consulta

11.1. Asociaciones en España

Para conocer el listado actualizado de todas las asociaciones de TDAH, se puede consultar a la Federación Española de Asociaciones Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad:

F.E.A.A.D.A.H.

Presidente: Fulgencio Madrid Conesa.

Dirección: Colegio San Carlos. C/Del Romeral, 8 Tentegorra 30205 Cartagena

Tel.: 663 086 184

Fax: 968 316 150

Email: adahimurcia@hotmail.com

URL: www.feaadah.org

11.2. Bibliografía de consulta

- Barkley R. Niños hiperactivos. *Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica. 1999.
- Barkley R. Hijos desafiantes y rebeldes. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica. 2000.
- Bauermeister JJ. Hiperactivo, impulsivo, distraído, ¿me conoces? Guía acerca del Déficit Atencional para padres. Madrid: Grupo Albor-Cohs. 2002.
- Green C, Chee K. El niño muy movido o despistado. Barcelona: Ed. Médici. 2001.
- Mena B, Nicolau R, Salat L, Tort P, Romero B. El alumno con TDAH. Guía práctica para educadores. 3ª ed. Barcelona: Ed. Mayo. 2006.
- Orjales I. Déficit de Atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores. Madrid: Ed. CEPE. 1998.
- Rief S. Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad. Barcelona: Ed. Paidós. 1999.
- Soutullo C. Convivir con Niños y Adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). 2ª ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana. 2008.

11.3. Webs de interés

AACAP: www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/informacion_para_la_familia

AIAQS: www.aiaqs.net

Barkley: www.russellbarkley.org

CADDRA: www.caddra.ca

CHADD: www.chadd.org

Fundación ADANA: www.fundacionadana.org

Guía Salud. www.guiasalud.es

Hospital Sant Joan de Déu: www.hsjdbcn.org

NICE: www.nice.org.uk/cg072

NIMH: www.nimh.nih.gov/health/topics/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd/index.shtml

Anexo 4. Glosario

AGREE: Instrumento que evalúa la calidad de las guías de práctica clínica.

Calidad metodológica (sinónimos: validez, validez interna): El grado en el que el diseño y desarrollo de un ensayo clínico han evitado probables errores sistemáticos (sesgos). La variación en la calidad de los estudios puede explicar la variación de los resultados de los ensayos clínicos incluidos en una revisión sistemática. Los ensayos clínicos diseñados de manera más rigurosa (con mejor calidad) probablemente proporcionen resultados que están más cerca de la «verdad». Véase también: validez externa, validez.

Clasificación fenotípica: Ordenación de características genéticas visibles.

Clínico: Profesional sanitario o de la salud.

Control: En los ensayos clínicos que comparan dos o más intervenciones, un control es una persona del grupo de comparación que recibe un placebo, ninguna intervención, la atención convencional o algún otro tipo de prestación.

En los estudios de casos y controles, un control es una persona en el grupo de comparación sin la enfermedad o desenlace de interés.

En estadística, controlar significa ajustar o tener en cuenta las influencias u observaciones externas.

Cribado: Identificación de personas dentro de una población que tienen una patología específica.

Doble ciego (*Double blind double masked*): Ni los participantes en el ensayo clínico ni los investigadores (los que valoran el resultado/*outcome*) son conscientes de qué intervención ha sido administrada a los participantes. El propósito de «cegar» a los participantes (tanto los receptores como los proveedores de la asistencia) es prevenir el sesgo de realización (*performance bias*). El objetivo de «cegar» a los investigadores (los evaluadores del resultado, que pueden ser los proveedores de la asistencia) es prevenir el sesgo de detección.

EEG-biofeedback: También conocido como *biofeedback* por encefalograma, *neurofeedback* o neuroterapia, es un conjunto de procedimientos experimentales, cuyo estudio se inició en la década de 1940 en Estados Unidos, en los cuales se utiliza un instrumento externo para proveer al organismo de una información inmediata sobre el estado de condiciones biológicas como la tensión muscular, temperatura de la piel, ondas cerebrales, presión arterial, ritmo cardíaco, etc. con el objetivo de hacer esta información aprovechable.

Efectividad: El grado en el que una intervención específica, cuando se utiliza bajo circunstancias habituales, consigue lo que se supone que puede hacer. Los ensayos clínicos que valoran la efectividad se denominan, a veces, ensayos clínicos de gestión (*management trials*).

Efecto plateau: El efecto *plateau* (o meseta) significa que el fármaco alcanzó su máxima potencia.

Efecto rebote: El efecto rebote consiste en un estado de nerviosismo e irritabilidad con el consiguiente empeoramiento de la conducta que, a veces, se observa cuando se extingue el efecto del fármaco estimulante.

Eficacia: El grado en el que una intervención produce un resultado beneficioso bajo circunstancias ideales. Los ensayos clínicos que valoran la eficacia se denominan, a veces, ensayos explicativos y se restringe su participación a las personas que cooperan completamente.

Electroencefalograma (EEG): Exploración neurofisiológica que se basa en el registro de la actividad bioeléctrica cerebral en condiciones basales de reposo, en vigilia o sueño, y durante diversas activaciones.

Encefalopatía: Término genérico que agrupa a todas las enfermedades que afectan al encéfalo y especialmente al cerebro.

Ensayo clínico (sinónimos: ensayo terapéutico, estudio de intervención): Un estudio o ensayo que pone a prueba un medicamento u otra intervención para valorar su eficacia y seguridad. Este término general incluye los ensayos clínicos controlados aleatorizados y los ensayos clínicos controlados

Ensayo clínico abierto: Existen tres significados posibles para este término:

1. Un ensayo clínico en el que el investigador y el participante conocen la intervención que será utilizada en cada participante (es decir, no es a doble ciego). La asignación aleatoria puede o no ser utilizada en dichos ensayos.

2. Un ensayo clínico en el que el investigador decide qué intervención va a ser administrada (asignación no aleatoria).

También es conocido a veces como un diseño abierto (*open label*) (aunque algunos ensayos llamados «diseños abiertos», son aleatorizados).

3. Un ensayo clínico que utiliza un diseño secuencial abierto.

Ensayo clínico controlado: Se refiere a un estudio que compara uno o más grupos de intervención con uno o más grupos de comparación (de control). Aunque no todos los estudios controlados son de distribución aleatoria, todos los ensayos clínicos son controlados.

Ensayo controlado aleatorizado (ECA) (sinónimo: Ensayo clínico aleatorizado): Un experimento en el cual los investigadores asignan aleatoriamente a las personas elegibles en varios grupos ensayo clínico aleatorizado (p. ej., grupo de tratamiento y control) para que reciban o no una o más de las intervenciones que son objeto de comparación. Los resultados son valorados comparando los desenlaces en un grupo y en otro. NOTA: cuando se utiliza MEDLINE es preciso buscar tanto el término *randomized* como *randomised*.

Estimación de efecto (sinónimo: efecto terapéutico): En estudios sobre los efectos de la atención sanitaria, la relación observada entre una intervención y un resultado (*outcome*) expresado, por ejemplo, como el número de pacientes que es necesario tratar (NNT), *odds ratio*, diferencia de riesgos, riesgo relativo, diferencia estandarizada de medias o diferencia ponderada de medias.

Estudio de casos y controles (sinónimos: estudio de casos controles, *case reference study*): Un estudio que comienza con la identificación de las personas que presentan la enfermedad o resultado de interés (casos) y un grupo control apropiado sin la enfermedad o resultado de interés (controles). La relación entre un factor (intervención, exposición o factor de riesgo) y el resultado de interés se examina comparando la frecuencia o nivel de

dicho factor en los casos y en los controles. Por ejemplo, para determinar si la talidomida fue la causante de defectos congénitos, un grupo de niños con estas malformaciones (casos) pudo ser comparado con un grupo de niños sin aquellos defectos (controles). Entonces, ambos grupos fueron comparados con respecto a la proporción de expuestos a la talidomida en cada uno de ellos a través de la toma de aquel medicamento por parte de sus madres. Los estudios de casos y controles son retrospectivos, pues siempre se desarrollan mirando atrás en el tiempo.

Estudio de cohortes (sinónimos: estudio de seguimiento, de incidencia, longitudinal): Un estudio observacional en el cual un grupo definido de personas (la cohorte) es seguido en el tiempo y en el que los desenlaces o resultados se comparan entre los subgrupos de la cohorte que estuvieron expuestos o no expuestos (o expuestos a diferentes niveles) a una intervención o a otro factor de interés. Las cohortes se pueden constituir en el momento presente y seguidas prospectivamente (un estudio de cohortes concurrente) o identificadas a partir de registros históricos y seguidas en el tiempo hacia delante desde aquel momento hasta ahora (un estudio de cohortes históricas). Puesto que no se utiliza una distribución aleatoria, se debe emplear un emparejamiento o un ajuste estadístico para asegurar que los grupos de comparación son tan similares como sea posible.

Estudio de un caso (sinónimos: anécdota, historia de un caso, información de un caso individual): Un estudio observacional no controlado que incluye una intervención y un resultado en una persona individual.

Estudio observacional (sinónimo: estudio no experimental): Un estudio en el que se permite a la naturaleza seguir su curso. Los cambios o diferencias en una característica (p. ej., si la población recibió o no la intervención de interés) se estudian en relación a los cambios o diferencias en otra(s) (p. ej., si fallecieron o no), sin la intervención del investigador. Suponen un mayor riesgo de sesgo de selección que los estudios experimentales (ensayos clínicos controlados aleatorizados).

Estudio prospectivo: En las evaluaciones de los efectos de las intervenciones sanitarias, un estudio en el que las personas quedan divididas en dos grupos que son expuestas o no a la intervención o intervenciones de interés antes de que los resultados se hayan producido. Los ensayos clínicos controlados son siempre estudios prospectivos y los estudios de casos y controles nunca lo son. Los estudios de cohortes concurrentes son estudios prospectivos, mientras los estudios de cohortes históricas no lo son (v. también estudio de cohortes), a pesar de que en epidemiología un estudio prospectivo es a veces utilizado como un sinónimo para los estudios de cohortes. Véase estudio retrospectivo.

Estudio retrospectivo: Un estudio en el que los sucesos o resultados han ocurrido a los participantes antes de que el estudio comenzara. Los estudios de casos y controles son siempre retrospectivos, mientras que los de cohortes a veces lo son y los ensayos clínicos controlados, nunca. Véase estudio prospectivo.

Estudio transversal o estudio de prevalencia: Un estudio que examina la relación entre las enfermedades (u otras características sanitarias) y otras variables de interés que pueden existir en una población definida en un momento determinado en el tiempo: la secuencia temporal de causa y efecto no se puede establecer necesariamente en un estudio transversal.

Estudios de imagen funcional: La neuroimagen es una técnica mínimamente invasiva que permite explorar el cerebro humano intacto, y al mismo tiempo, analizar las variaciones de la actividad funcional de áreas o zonas cerebrales en los procesos mentales específicos del ser humano. De este modo, no sólo se exploran las áreas cerebrales implicadas en funciones mentales, sino que además se pueden relacionar con la actividad cerebral del sujeto consciente. El producto final de estas técnicas es un mapa del cerebro a partir de los datos directos o indirectos de la actividad neuronal.

Estudios neurofisiológicos: Medio de diagnóstico e investigación efectivo para determinar el estado anátomo-funcional del aparato neuromuscular.

Factor de riesgo: Una característica o estilo de vida de una persona, o de su entorno, que incrementa la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad.

Funciones ejecutivas: El concepto de funciones ejecutivas define a un conjunto de habilidades cognitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, la formación de planes y programas, el inicio de las actividades y operaciones mentales, la autorregulación de las tareas y la habilidad para llevarlas a cabo eficientemente. Este concepto define la actividad de un conjunto de procesos cognitivos vinculada al funcionamiento de los lóbulos frontales cerebrales del ser humano.

GuíaSalud Biblioteca de GPC del SNS: GuíaSalud, es un organismo del SNS en el que participan las 17 comunidades autónomas para promover la elaboración y el uso de GPC y otras herramientas, y productos basados en la evidencia científica. Su misión es potenciar la oferta de recursos, servicios y productos basados en la evidencia científica para apoyar la toma de decisión de los profesionales y de los pacientes en el SNS, así como impulsar la creación de redes de colaboradores y la cooperación entre entidades relacionadas con las GPC y la medicina basada en la evidencia.

Hepatotoxicidad: También llamada enfermedad hepática tóxica inducida por drogas, implica daño, sea funcional o anatómico, del hígado inducido por ingestión de compuestos químicos u orgánicos.

Ideación autolítica: Presencia persistente en el sujeto de pensamientos o ideas encajinadas a cometer suicidio.

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI): Agrupa diferentes organizaciones sanitarias y tiene como objetivo principal proteger la calidad de la atención sanitaria y ayudar a sus miembros a identificar y acelerar la implementación de las mejores prácticas clínicas para sus pacientes. Es una institución estadounidense sin ánimo de lucro e independiente.

Intervalo de confianza (IC): El intervalo en el cual el valor «verdadero» (p. ej., el tamaño del efecto de una intervención) se estima que puede estar con un determinado grado de certeza (p. ej., 95% o 98%). Nota: los intervalos de confianza representan la probabilidad de cometer errores aleatorios, pero no de cometer errores sistemáticos (sesgos).

No maleficencia: Abstenerse intencionalmente de realizar acciones que puedan causar daño.

Medline/PubMed: Medline/Pubmed es un servicio de la *National Library of Medicine* que incluye citas de artículos biomédicos extraídos de la base de datos de Medline y revistas científicas adicionales de acceso libre.

Metanálisis (MA): El uso de técnicas estadísticas en una revisión sistemática para integrar los resultados de los estudios incluidos. También se utiliza para referirse a las revisiones sistemáticas que utilizan metanálisis.

National Guidelines Clearinghouse (NGC): Es un recurso público sobre GPC basadas en la evidencia científica creado por la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* del *U.S. Department of Health and Human Services*.

New Zealand Guidelines Group (NZGG): Es un grupo que lidera un movimiento de cambio hacia la atención sanitaria y sociosanitaria de calidad a partir de la medicina basada en la evidencia científica y en la efectividad.

Odds ratio (OR): El cociente del *odds* de un episodio en el grupo experimental (grupo de intervención) y el *odds* del episodio en el grupo control. Un *odds ratio* de 1 indica que no hay diferencia entre los grupos de comparación. Para los resultados indeseables, un OR menor que 1 indica que la intervención es efectiva en la reducción del riesgo de aquel resultado. Cuando la tasa del episodio es pequeña, los *odds ratio* son muy similares a los riesgos relativos.

Pellets: Comprimidos granulados.

PET: La tomografía por emisión de positrones es una técnica no invasiva de diagnóstico e investigación por imagen capaz de medir la actividad metabólica de los diferentes tejidos del cuerpo humano, especialmente del sistema nervioso central.

Placebo: Una sustancia o procedimiento inactivo administrado a un paciente, usualmente para comparar sus efectos con los de una medicación real o con otra intervención, pero a veces para el beneficio psicológico del paciente que cree que está recibiendo un tratamiento activo. Los placebos se utilizan en los ensayos clínicos para «cegar» a los participantes en cuanto a la asignación del tratamiento que reciben. Los placebos deberían ser indistinguibles de la intervención activa con el fin de asegurar un cegamiento adecuado.

Potenciales evocados: Exploración neurofisiológica que evalúa la función del sistema sensorial acústico, visual, somatosensorial y sus vías por medio de respuestas provocadas frente a un estímulo conocido y normalizado.

Prima facie: Estos principios son considerados como principios *prima facie*, es decir, moralmente obligatorios si no entran en conflicto entre ellos, pero que deben ser jerarquizados para aquellas situaciones en que, por entrar en conflicto, no pueden ser preservados todos ellos.

Revisión sistemática (RS): Una revisión de una cuestión formulada claramente, y que utiliza métodos sistemáticos y explícitos para identificar, seleccionar y evaluar críticamente la investigación relevante, así como para obtener y analizar los datos de los estudios incluidos en la revisión. Se pueden utilizar o no métodos estadísticos (metanálisis) para analizar y resumir los resultados de los estudios incluidos. Véase también revisión Cochrane.

Riesgo relativo (RR) (sinónimo: cociente de riesgos): El cociente del riesgo en el grupo de intervención dividido por el riesgo en el grupo control. El riesgo (proporción, probabilidad o tasa) es el cociente del número de personas con una característica en un grupo dividido por el total de miembros del grupo. Un riesgo relativo de uno indica que no hay diferencia entre los grupos que se comparan. Para resultados indeseables, un riesgo

relativo menor que 1 indica que la intervención fue eficaz al reducir el riesgo de aquel evento.

RM craneal: Es un método no invasivo para crear imágenes detalladas del cerebro y los tejidos nerviosos circundantes.

A diferencia de las radiografías y las tomografías computarizadas que utilizan radiación, la resonancia magnética emplea ondas de radio e imanes potentes.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): Es una institución escocesa que tiene como objetivos mejorar la calidad de la atención sanitaria para los pacientes escoceses con el fin de reducir la variabilidad en la práctica clínica habitual y en los resultados a partir del desarrollo y la diseminación de GPC de ámbito nacional que contienen recomendaciones para la práctica efectiva basada en la evidencia científica actual.

Series de casos: Un estudio observacional no controlado que incluye una intervención y un resultado para más de una persona.

Sesgo: Un error o desviación sistemática en los resultados o inferencias de un estudio. En los estudios sobre los efectos de la atención sanitaria, los sesgos pueden surgir de las diferencias sistemáticas en las características de los grupos que se comparan (sesgo de selección), en la asistencia prestada o la exposición a otros factores, aparte de la intervención de interés (sesgo de realización), en los abandonos o exclusiones de las personas incluidas inicialmente en el estudio (sesgo de desgaste) o en la evaluación de las variables de resultado (sesgo de detección). Los sesgos no necesariamente suponen una imputación de prejuicio, como podrían ser las preferencias de los investigadores por unos resultados concretos, lo cual difiere del uso convencional de esta palabra para hacer referencia a un punto de vista partidario. Se han descrito muchas variedades de sesgos. Véanse también calidad metodológica, validez.

Significación estadística: Una estimación de la probabilidad de que un efecto tan amplio o más que el que es observado en un estudio haya ocurrido a causa del azar. Habitualmente se expresa como el valor P, por ejemplo un valor P de 0,049 para una diferencia de riesgo del 10% significa que hay menos de 1 sobre 20 probabilidades (0,05) de que un efecto o una asociación tan grande o más como ésta haya ocurrido por azar y, por tanto, podría decirse que los resultados son estadísticamente significativos al nivel de una $P = 0,05$. El punto de corte para la significación estadística se sitúa habitualmente en el 0,05, pero a veces en el 0,01 o 0,10. Estos puntos de corte son arbitrarios y no tienen importancia específica. A pesar de que a menudo se hace, no es apropiado interpretar los resultados de un estudio de manera distinta en función del valor P, si este valor P es, por ejemplo, 0,055 o 0,045 (que son valores muy similares, no opuestos).

SPECT: Es una técnica diagnóstica que permite visualizar la distribución tridimensional de un contraste radiactivo localizado en un volumen u órgano de interés, en este caso el cerebro. Mediante la SPECT cerebral obtenemos imágenes («cortes o secciones»), en cualquier plano espacial, que representan, según el radiofármaco empleado, la perfusión regional, la concentración de neuroreceptores o la actividad metabólica de una lesión conocida o sospechada.

Tempo Cognitivo Lento: El término tempo cognitivo lento (*sluggish cognitive tempo*) surgió como constructo para aglutinar características que reflejaban un estado de

alerta y orientación irregulares asociadas a algunos niños con TDAH, como: lento, olvidadizo, soñoliento, apático, con tendencia a soñar despierto, perdido en sus pensamientos, desmotivado, en las nubes, confundido, junto con un bajo rendimiento en algunos test neuropsicológicos o de búsqueda visual.

The Cochrane Library: Un conjunto de bases de datos, publicados en disco y CD-ROM y actualizada trimestralmente, que contiene la Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas (*Cochrane Database of Systematic Reviews*), el Registro Cochrane de Ensayos Clínicos (*Cochrane Controlled Trials Register*), la Base de datos de Resúmenes de Efectividad (*Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness*), la Base de datos Cochrane de Metodología de Revisiones (*Cochrane Review Methodology Database*), e información acerca de la Colaboración Cochrane.

The Health Technology Assessment (HTA) Database The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE): Son dos bases de datos que ofrece el *Centre for Reviews and Dissemination (CRD)* de la Universidad de York, cuya misión es proporcionar información de base científica sobre los efectos de las intervenciones utilizadas en la atención sanitaria y social. Contiene información sobre HTA y sobre evaluación de tecnología médica. DARE contiene resúmenes de revisiones sistemáticas que cumplen rigurosos criterios de calidad y que se dirigen a valorar los efectos de las intervenciones.

Vacaciones terapéuticas: Períodos planificados de descanso del tratamiento farmacológico.

Validez (sinónimo: validez interna): Validez es el grado en que un resultado (o una medida o un estudio) se acerca probablemente a la verdad y está libre de sesgos (errores sistemáticos). La validez tiene algunos otros significados. Habitualmente va acompañada por una palabra o una frase que la califica; por ejemplo, en el contexto de la realización de una medición, se utilizan expresiones como validez de construcción, validez de contenido y validez de criterio. La expresión validez interna se utiliza, a veces, para distinguir este tipo de validez (el grado en el que los efectos observados son verdaderos para las personas del estudio) de la validez externa o generabilidad (el grado en el que los efectos observados en un estudio reflejan realmente lo que se espera encontrar en una población diana más amplia que las personas incluidas en el estudio). Véase también calidad metodológica.

Valoración tipo Likert: La escala de tipo Likert es una escala psicométrica comúnmente utilizada en cuestionarios y la de uso más amplio en encuestas para la investigación. Cuando respondemos a un elemento de un cuestionario elaborado con la técnica de Likert, lo hacemos especificando el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración (elemento, ítem o reactivo).

Anexo 5. Abreviaciones

AACAP	<i>American Academy of Child and Adolescence Psychiatry</i>
AAP	<i>American Academy of Pediatrics</i>
AIAQS	Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat de Catalunya
ADT	Antidepressivos tricíclicos
AGREE	<i>Appraisal of Guidelines Research and Evaluation</i>
AHA	<i>American Heart Association</i>
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
AMA	<i>American Medical Association</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
BASC	<i>Behavior Assessment System for Children-Parent Rating Scales</i>
BOE	Boletín Oficial del Estado
CAM	<i>Complementary and Alternative Medicine</i>
CBCL	<i>Child Behavior Check-List</i>
CDC	Centro de Control de Enfermedades norteamericano
CHTE	Cuestionario de hábitos y técnicas de estudio
CI	Cociente intelectual
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª versión.
CMA Infobase	<i>Canadian Medical Association</i>
Cmáx	Concentración plasmática máxima
CPRS	<i>Conners Parents Rating Scale</i>
CPT II	<i>Conners Performance Test II</i>
CRD	<i>Centre for Reviews and Dissemination</i>
CSAT	<i>Children Sustained Attention Task</i>
CTRS	<i>Conners Teachers Rating Scale</i>
D2	Test de Atención D2
DICA-IV	<i>Diagnostic Interview for Children and Adolescents-IV</i>
DIE	Diagnostico integral del estudio
DISC	<i>Diagnostic Interview Schedule for Children</i>
DME	Diferencia de medias estandarizadas
DSM -IV-TR	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición, texto revisado

DSM-II	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2ª edición
DSM-III	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 3ª edición
ECA	Ensayo controlado aleatorizado
EDAH	Escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad
EEG	Electroencefalograma
Estudio MTA	<i>The Multimodal Treatment Study of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i>
FCR	Figura Compleja de Rey
FDA	<i>US Food and Drug Administration</i>
Frec. Cz	Frecuencia cardíaca
FSJD	Fundación Sant Joan de Déu
GPC	Guía de Práctica Clínica
HHSS	Habilidades sociales
IC	Intervalo de confianza
ICSI	<i>Institute for Clinical System Improvement</i>
IHE	Inventario de hábitos de estudio
ISRN	Inhibidor selectivo de la recaptación de la noradrenalina
ISRS	Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina
K ABC	Batería de evaluación de Kaufman para niños
K BIT	Test breve de inteligencia de Kaufman
kg	kilogramos
K-SADS	<i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia in School-Age Children</i>
MA	Metanálisis
MFF-20	Test de emparejamiento de figuras conocidas-20
mg	miligramos
MHS	<i>Multi-Health Systems Inc.</i>
MSCA	Escala McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños
NHS	<i>National Library for Health</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
NIMH	<i>National Institute of Mental Health</i>

NNTB	<i>Number needed to benefit</i>
NNTH	<i>Number needed to harm</i>
NZGG	<i>New Zealand Guidelines Group</i>
OMC	Organización Médica Colegial
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PA	Presión arterial
PET (o PET)	Tomografía por emisión de positrones <i>Positron Emission Tomography</i>
PICO	Paciente / Intervención / Comparación / <i>Outcome</i> o resultado
PROESC	Batería de evaluación de los procesos de escritura
PROLEC-R	Batería de evaluación de los procesos lectores, revisada
PROLEC-SE	Evaluación de los procesos lectores en alumnos del tercer ciclo de educación primaria y secundaria
RM craneal	Resonancia magnética craneal
RR	Riesgo relativo
RS	Revisión sistemática
SDQ	Cuestionario de Capacidades y Dificultades
SIGN	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>
SNC	Sistema nervioso central
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPECT	Tomografía computarizada por emisión de fotón único; <i>Single Photon Emission Computed Tomography</i>
STROOP	Stroop test de colores y palabras
TALE	Test de análisis de lectura y escritura
TALEC	Test de análisis de lectura y escritura en catalán
TC	Terapia conductual
TCC	Terapia cognitivo conductual
TCE	Traumatismo craneoencefálico
TD	Trastorno disocial (o de conducta)
TDAH	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
TDAH-C	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, subtipo combinado

TDAH-DA	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, subtipo con predominio de déficit de atención
TDAH-HI	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, subtipo con predominio de hiperactividad/impulsividad
TDCM	Trastorno del desarrollo de la coordinación motora
TND	Trastorno negativista desafiante
TP	<i>Toulouse-Pieron</i>
TRF	<i>Teacher Report Form</i>
TUS	Trastorno de uso de sustancias
UAB	Universidad Autónoma de Barcelona
WAIS-III	<i>Weschler Adult Intelligence Scale</i> , versión III
WISC – IV	<i>Weschler Intelligence Scale for Children</i> , versión IV
YSR	<i>Youth Self Report Form</i>

Anexo 6. Declaración de interés

Grupo de trabajo de la GPC de TDAH

Mónica Fernández Anguiano y Beatriz Mena Pujol han declarado ausencia de conflictos de interés.

José Ángel Alda Diez ha recibido apoyo de Janssen-Cilag, Lilly y Juste para asistir a reuniones y congresos, ha recibido honorarios como ponente y ha realizado actividades de consultoría para Janssen-Cilag y Lilly.

Cristina Boix Lluch ha recibido apoyo de Janssen-Cilag y Juste para asistir a congresos y cursos, y ha recibido honorarios de Janssen-Cilag como ponente.

Roser Colomé Roura ha recibido apoyo de Janssen-Cilag para asistir a congresos y reuniones.

Rosa Gassió Subirachs ha recibido apoyo de Janssen-Cilag para asistir a congresos, ha recibido honorarios como ponente y ha recibido financiación por participar en una investigación.

Jon Izaguirre Eguren ha recibido apoyo de Janssen-Cilag y Novartis para asistir a cursos y congresos, ha recibido honorarios de Janssen-Cilag como ponente y ha recibido financiación de Lilly y Novartis por participar en una investigación.

Juan Ortiz Guerra ha recibido apoyo de Janssen-Cilag y Lilly para asistir a congresos, ha recibido honorarios de Janssen-Cilag como ponente y ha recibido financiación de Lilly por participar en una investigación.

Anna Sans Fitó ha recibido apoyo de Janssen-Cilag y Lilly para asistir a reuniones y congresos, ha recibido honorarios de Janssen-Cilag como ponente y ha realizado actividades de consultoría para Janssen-Cilag, Juste y Lilly.

Eduardo Serrano Troncoso ha recibido apoyo de Janssen-Cilag para asistir a un congreso.

Anna Torres Giménez ha recibido honorarios de Janssen-Cilag para asistir a un curso.

Asesoramiento metodológico de la Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS)

Maria Dolors Estrada Sabadell ha declarado ausencia de conflictos de interés.

Capítulo de Aspectos éticos y legales

Sabel Gabaldón Fraile y Núria Terribas Sala han declarado ausencia de conflictos de interés.

Otras colaboraciones

Antoni Parada Martínez ha declarado ausencia de conflictos de interés.

Colaboradores expertos

Juan Antonio Amador Campos ha declarado ausencia de conflictos de interés.

Josefina Castro Fornieles ha recibido apoyo de Lilly para asistir a un congreso y ha realizado actividades de consultoría para Lilly.

Lefa S. Eddy Ives ha recibido honorarios de Janssen-Cilag como ponente.

Jesús Eirís Puñal ha recibido apoyo de Lilly para asistir a un congreso, ha recibido honorarios de Janssen-Cilag y Lilly como ponente y ha recibido financiación de Lilly, Janssen-Cilag, Rubió y Juste para programas educativos o cursos.

Marta García Giral ha recibido apoyo de Janssen-Cilag, Lilly y Juste para asistir a reuniones y congresos, ha recibido honorarios de Janssen-Cilag, Lilly y Rubió como ponente de diferentes conferencias y cursos; ha realizado actividades de consultoría para Janssen-Cilag, Lilly, Rubió y Juste; también ha declarado conflictos de interés no personal por parte de Juste para la dotación de material de papelería como reforzador para grupos de pacientes y ayuda económica de Janssen-Cilag, Lilly y Rubió para la financiación de investigación.

Oscar Herreros Rodríguez ha recibido apoyo de Lilly, Janssen-Cilag, AstraZeneca, Novartis, Wyeth, GlaxoSmithKline, Almirall, Esteve, Juste para asistir a diversas actividades, tanto nacionales como internacionales; ha recibido honorarios de Lilly, Janssen-Cilag, Wyeth y Juste como ponente y ha recibido financiación de Lilly, Janssen-Cilag, AstraZeneca, Novartis, Wyeth, Almirall, Esteve, Juste, GlaxoSmithKline y Pfizer para programas educativos o cursos; ha declarado financiación de Lilly para participar en una investigación; ha realizado actividades de consultoría para Lilly, Janssen-Cilag y Juste; también ha declarado conflictos de interés no personal por parte de Lilly, Janssen-Cilag, AstraZeneca, Novartis, Wyeth, Almirall, Esteve, Juste, GlaxoSmithKline y Pfizer para la financiación de programas educativos o cursos para la unidad.

Amaia Hervás Zúñiga ha recibido apoyo de Janssen-Cilag y Lilly para asistir a cursos y congresos, ha recibido honorarios de Lilly como ponente y ha realizado actividades de consultoría para Janssen-Cilag, Lilly y Bristol Myers Squibb; también ha declarado conflictos de interés no personal por parte de Lilly para la ayuda económica de una investigación.

María Jesús Mardomingo Sanz ha recibido apoyo de Janssen-Cilag y Lilly para asistir a reuniones y congresos; ha recibido honorarios de Lilly, Janssen-Cilag y Rubió como ponente, y ha recibido financiación de Janssen-Cilag y Lilly para la financiación de programas educativos o cursos.

Rosa Nicolau Palou ha recibido apoyo de Janssen-Cilag y Lilly para asistir a cursos y congresos, ha recibido honorarios de Lilly y Rubió como ponente y tiene intereses económicos en la consulta privada, socia participativa en Teknon, TeDeA, Attentia, Unidad TDAH per nens i adolescents; también ha declarado conflictos de interés de índole no económico como miembro del comité asesor científico-ético de la Fundación Adana.

Cesar Soutullo Esperón ha recibido apoyo de Almirall-Prodesfarma, AstraZeneca, Lilly, Esteve, Bristol-Myers Squibb, Janssen-Cilag, Pfizer, Pharmacia Spain para asistir a cursos y congresos; ha recibido honorarios de AstraZeneca, Lilly, GlaxoSmithKline, Janssen-Cilag, Novartis y Solvay como ponente; ha recibido financiación de la Fundación Ali-

cia Koplowitz, Janssen-Cilag, Juste, Lilly, Rubió y Shire para programas educativos o cursos; ha realizado actividades de consultoría para la Fundación Alicia Koplowitz, Lilly (España y Europa), Juste, EINAQ (European Interdisciplinary Network ADHD Quality Assurance), Janssen-Cilag (España y Europa), Pfizer (Global), Shire (Global), Otsuka (Europa), Bristol-Myers Squibb; tiene intereses económicos como consultor clínico (jefe clínico) y profesor asociado de la Clínica Universitaria, Universidad de Navarra y conflictos de interés de índole no económico por derechos de autor por publicaciones en DOYMA, Editorial Médica Panamericana, Grupo Correo, EUNSA, Euro RSCG Life Medea; también ha declarado conflictos de interés no personal por parte de la Fundación Alicia Koplowitz, Lilly y Shire para la financiación de la creación de una unidad o servicio.

Javier San Sebastián Cabasés ha recibido apoyo de Janssen-Cilag para asistir a congresos.

Revisión externa

Anna Bielsa Carrafa, Fulgencio Madrid Conesa y Mateu Servera Barceló han declarado ausencia de conflictos de interés.

Pedro Benjumea Pino ha recibido apoyo de Lilly para asistir un congreso.

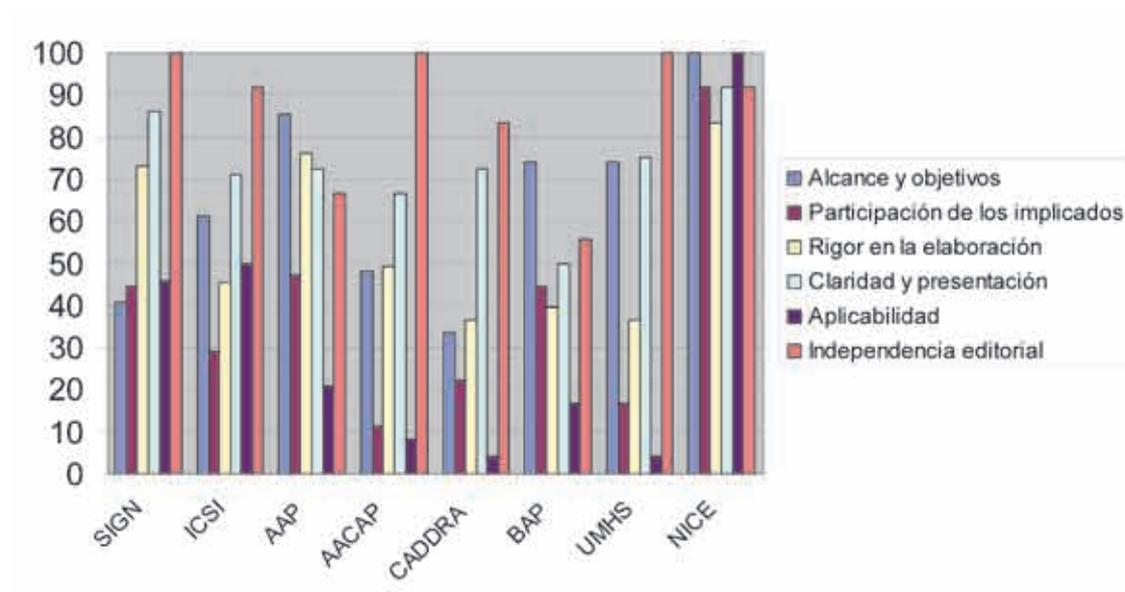
María Dolores Domínguez Santos ha recibido apoyo de Lilly para asistir a un congreso.

Joaquín Fuentes Biggi ha recibido apoyo de Lilly, Janssen-Cilag y Shire para asistir a cursos y congresos; ha recibido honorarios de Lilly, Janssen-Cilag y Shire como ponente en actividades científicas no-promocionales; ha recibido financiación por parte de Lilly para participar en diversas investigaciones y ha realizado actividades de consultoría para Lilly, Janssen-Cilag y Shire.

Anexo 7. Descripción de las GPC incluidas

Se han incluido ocho GPC de ámbito internacional sobre el TDAH. Además, la GPC del TDAH también se ha inspirado en cinco guías de otros trastornos y consensos internacionales.

En la gráfica se muestra la calidad según las seis dimensiones del instrumento AGREE de las ocho GPC sobre el TDAH evaluadas.



Attention Deficit and Hyperkinetic Disorders in Children and Young People. A National Clinical Guideline¹

Abreviatura GPC:	SIGN 2005
Organización:	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
Fecha de publicación:	Agosto 2005
Población:	Niños y adolescentes con TDAH
Contexto de aplicación:	Escocia
Dirigida a:	Profesionales de la salud
Financiación:	SIGN
Calidad según AGREE:	Recomendada

Health Care Guideline: Diagnosis and Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Primary Care for School-Age Children and Adolescents¹⁷⁹

Abreviatura GPC:	ICSI 2007
Organización:	Institute for Clinical Systems Improvement
Fecha de publicación:	Marzo 2007
Población:	Niños y adolescentes con TDAH
Contexto de aplicación:	Estados Unidos
Dirigida a:	Médicos de Atención Primaria, organizaciones que proveen o toman decisiones
Financiación:	ICSI
Calidad según AGREE:	Recomendada con modificaciones

Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Evaluation of the Child with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Treatment of the School-Aged Child UIT Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder¹⁹⁶

Abreviatura GPC:	AAP 2005
Organización:	American Academy of Pediatrics
Fecha de publicación:	Junio 2005
Población:	Niños y adolescentes con TDAH
Contexto de aplicación:	Estados Unidos
Dirigida a:	Pediatras, profesionales de la salud
Financiación:	AAP
Calidad según AGREE:	Recomendada

Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder⁷²

Abreviatura GPC:	AACAP 2007
Organización:	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
Fecha de publicación:	Julio 2007
Población:	Niños y adolescentes con TDAH
Contexto de aplicación:	Estados Unidos
Dirigida a:	Psiquiatras infantiles, profesionales de la salud
Financiación:	AACAP
Calidad según AGREE:	Recomendada con modificaciones

Canadian ADHD Practice Guidelines³⁵⁹

Abreviatura GPC:	CADDRA 2008
Organización:	Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance
Fecha de publicación:	2008
Población:	Niños, adolescentes y adultos con TDAH
Contexto de aplicación:	Canadá
Dirigida a:	Profesionales de la salud
Financiación:	CADDRA
Calidad según AGREE:	No recomendada

Evidence-based guidelines for management of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents in transition to adult services and in adults: recommendations from the British Association for Psychopharmacology³⁶⁰

Abreviatura GPC:	BAP 2006
Organización:	British Association for Psychopharmacology
Fecha de publicación:	2006
Población:	Adolescentes en transición a la adultez y adultos con TDAH
Contexto de aplicación:	Gran Bretaña
Dirigida a:	Profesionales de la salud
Financiación:	BAP
Calidad según AGREE:	No recomendada

Guidelines for Clinical Care: Attention Deficit Hyperactivity Disorder³⁶¹

Abreviatura GPC:	UMHS 2005
Organización:	University of Michigan Health System
Fecha de publicación:	Agosto 2005
Población:	Niños y adolescentes con TDAH (6-18 años)
Contexto de aplicación:	Estados Unidos
Dirigida a:	Profesionales de la salud
Financiación:	UMHS
Calidad según AGREE:	No recomendada

Attention deficit hyperactivity disorder. The NICE guideline on diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults²

Abreviatura GPC:	NICE 2009
Organización:	National Institute for Health and Clinical Excellence
Fecha de publicación:	2009
Población:	Niños, adolescentes y adultos con TDAH
Contexto de aplicación:	Gran Bretaña
Dirigida a:	Profesionales de la salud, familiares, organizaciones que proveen o toman decisiones
Financiación:	NICE
Calidad según AGREE:	Muy recomendada

Guías de inspiración para apartados concretos de la GPC de TDAH

- Taylor E, Dopfner M, Sergeant J, Asherson P, Banaschewski T, Buitelaar J, *et al.* European clinical guidelines for hyperkinetic disorder -first upgrade 5. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2004;13 Suppl 1:17-30¹⁸⁹.
- Fuentes-Biggi J, Ferrari-Arroyo MJ, Boada-Muñoz L, Touriño-Aguilera, Artigas-Pallarés J, Belinchón-Carmona M, *et al.* Good practice guidelines for the treatment of autistic spectrum disorders. *Rev Neurol.* 2006 Oct 1;43(7):425-38³²⁹.
- Pliszka SR, Crismon ML, Hughes CW, Corners CK, Emslie GJ, Jensen PS, *et al.* The Texas Children's Medication Algorithm Project: revision of the algorithm for pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006 Jun;45(6):642-57³³².
- McClellan J, Kowatch, RA, Findling, R. L. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Bipolar Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46(1):107-125³³⁵.
- Kowatch RA, Fristad M, Birmaher B, Wagner KD, Findling RL, Hellander M. Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005 Mar;44(3):213-35³³⁷.



MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN



MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD