



LO QUE SABEMOS

Tratamientos psicosociales para niños y adolescentes con el TDA/H*

El tratamiento psicosocial es una parte crítica del tratamiento para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDA/H) en niños/as y adolescentes. La literatura científica, el Instituto Nacional de Salud Mental y muchas organizaciones profesionales están de acuerdo en que los tratamientos psicosociales orientados a la

conducta — también llamados terapia conductual o modificación de la conducta — y la medicación estimulante tienen una base sólida de evidencia científica que demuestra su efectividad. La modificación de la conducta es el *único* tratamiento no médico para el TDA/H con una base grande de evidencia científica.

El tratamiento del TDA/H en los niños/as con frecuencia incluye intervenciones médicas, educacionales y conductuales. Este acercamiento abarcador al tratamiento se llama “multimodal” y consiste en la educación de los padres y del niño/a acerca del diagnóstico y el tratamiento, técnicas de manejo de conductas específicas, medicación estimulante, y programación y apoyo escolar apropiados. La severidad y el tipo del TDA/H pueden ser factores para decidir cuáles componentes son necesarios. El tratamiento

* Esta hoja de datos debe leerse junto con Los Que Sabemos #3, “El manejo de la medicación en niños y adolescentes con el TDA/H.”

debe ajustarse a las necesidades únicas de cada niño/a y de cada familia.

Esta hoja de datos:

- Definirá la modificación de la conducta
- Describirá las intervenciones de adiestramiento a los padres, las intervenciones en la escuela y las intervenciones con el/la niño/a que son eficaces
- Discutirá la relación entre la modificación de la conducta y la medicación estimulante en el tratamiento de los/as niños/as y adolescentes con el TDA/H

¿POR QUÉ USAR TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES?

El tratamiento conductual para el TDA/H es importante por varias razones. Primero, los/as niños/as con el TDA/H enfrentan problemas en la vida diaria que van mucho más allá de sus síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, incluyendo una ejecución académica pobre y problemas de conducta en la escuela,

Para obtener mejores resultados, las intervenciones de los/as padres/madres, los/as maestros/as y el/la niño/a deben llevarse a cabo al mismo tiempo ^{5,6}.

pobres relaciones con los compañeros y con los/as hermanos/as, fracaso en obedecer las peticiones de los adultos y pobres relaciones con sus padres. Estos problemas son extremadamente importantes porque predicen cómo les irá a los/as niños/as con el TDA/H a largo plazo.

Tres cosas predicen mejor el cómo le irá a un/a niño/a con el TDA/H en la adultez—(1) si sus padres utilizan destrezas de crianza eficaces, (2) cómo él o ella se lleva con otros/as niños/as, y (3) su éxito en la escuela.¹ Los tratamientos psicosociales son eficaces en el tratamiento de estas áreas importantes. Segundo, los tratamientos conductuales enseñan a los padres y a los maestros destrezas que les ayudan a lidiar con los/as niños/as que

presentan el TDA/H. También le enseñan a los niños con el TDA/H destrezas que les ayudarán a sobreponerse a sus impedimentos. Aprender estas destrezas es especialmente importante porque el TDA/H es una condición crónica y estas destrezas serán útiles a lo largo de toda la vida de los/as niños/as.²

Los tratamientos conductuales para el TDA/H deben comenzarse tan pronto el/la niño/a recibe el diagnóstico. Hay intervenciones conductuales que trabajan bien para los/as preescolares, para los/as estudiantes de edad escolar y para los/as adolescentes con el TDA/H, y existe consenso en que el comenzar temprano es mejor que comenzar más tarde. Los padres, las escuelas y los profesionales no deben retardar el inicio de los tratamientos conductuales eficaces para los/as niños/as con el TDA/H.^{3,4}

¿QUÉ ES LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA?

Con la modificación de la conducta, los padres, los/s maestros/as y los/as niños/as aprenden técnicas y destrezas específicas de un terapeuta o de un educador con experiencia en el acercamiento, que les ayudarán a mejorar la conducta del niño/a. Esto resultará en una mejora en el funcionamiento del niño/a en las áreas clave mencionadas anteriormente. Adicionalmente, los/as niños/as con el TDA/H usan las destrezas que aprenden en las interacciones con otros/as niños/as.

Frecuentemente, la modificación de la conducta se expresa en términos de: Antecedentes (cosas que causan el inicio o cosas que pasan antes de las conductas, Conductas (cosas que el/la niño/a hace que los/as padres/madres y los/as maestros/as quieren cambiar) y Consecuencias (cosas que pasan después de las conductas). En los programas conductuales, los adultos aprenden a cambiar los antecedentes (por ejemplo, cómo dar mandatos a los niños) y las consecuencias (por ejemplo, cómo reaccionan cuando un/a niño/a obedece o desobedece un mandato) con el propósito de cambiar la conducta del/a niño/a (esto es, la respuesta del/a niño/a al mandato). Al cambiar consistentemente las formas en que responden a las conductas de los/as niños/as, los adultos le enseñan a los/as niños/as nuevas formas de comportarse.

Para obtener mejores resultados, las intervenciones de los/as padres/madres, los/as maestros/as y el/la niño/a deben llevarse a cabo al mismo tiempo ^{5,6}. Los siguientes cuatro puntos deben incorporarse a los tres componentes

de la modificación de la conducta:

1. Comience con metas que el/la niño/a pueda alcanzar en pequeños pasos.
2. Sea consistente — a través de los diferentes momentos del día, los diferentes lugares y las diferentes personas.
3. Establezca intervenciones conductuales a largo plazo — no solo por varios meses.
4. El aprender y enseñar destrezas nuevas toma tiempo y el progreso de los/as niños/as va a ser gradual.

Los padres que quieren intentar un nuevo acercamiento conductual con sus niños/as deben aprender lo que distingue a la modificación de la conducta de los otros acercamientos para que puedan reconocer el tratamiento conductual efectivo y sentirse confiados en que lo que el/la terapeuta ofrece mejorará el funcionamiento de su niño/a. Muchos tratamientos psicoterapéuticos no funcionan con niños/as que presentan el TDA/H. La terapia individual tradicional, en la cual el/la niño/a invierte tiempo con el/la terapeuta o con el/la consejero/a escolar hablando sobre sus problemas o jugando con muñecos o con juguetes, no es modificación de la conducta. Tales terapias de “hablar” o “jugar” no le enseñan al niño/a destrezas y no se ha demostrado que trabajen para niños/as con el TDA/H ^{2,7,8}.

¿CÓMO COMIENZA UN PROGRAMA DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA?

El primer paso es identificar un profesional de la salud mental que pueda proveer terapia conductual. Para algunas familias puede ser difícil encontrar al profesional apropiado, especialmente para aquellas familias que son socialmente desventajadas o que están aisladas geográficamente. Las familias deben pedirle un referido a su médico de cuidado primario, o deben comunicarse con la compañía de seguros para pedirle una lista de proveedores que participen en el plan de seguros, a pesar de que tal vez el seguro médico no cubra los costos del tipo de tratamiento intensivo que puede ser más útil. Otras fuentes de referido incluyen las asociaciones profesionales y los centros para el TDA/H de los hospitales y las universidades (visite www.help4adhd.org para obtener una lista de recursos).

El profesional de la salud mental comienza con una evaluación completa de los problemas del niño/a en la vida diaria, incluyendo el hogar, la escuela (tanto conductual como académica) y los ambientes sociales. La mayor parte de esta información proviene de los padres y de los/as maestros/as. El terapeuta también se

reúne con el/la niño/a para tener una idea de cómo es el/la niño/a. La evaluación debe resultar en una lista de áreas objetivo o áreas blanco a atender en tratamiento. Las áreas objetivo o áreas blanco—frecuentemente conocidas como conductas blanco—son conductas en las que se desea un cambio, y si se cambian, ayudarán a mejorar el funcionamiento/impedimento del niño/a y los resultados a largo plazo.

Las conductas blanco pueden ser conductas negativas que es necesario detener o destrezas nuevas que es necesario desarrollar. Esto significa que las áreas blanco para tratamiento típicamente no serán los síntomas del TDA/H—sobreactividad, inatención e impulsividad—sino más bien los problemas específicos que esos síntomas pueden causar en la vida diaria. Las conductas blanco del salón de clases comúnmente incluyen “completar el trabajo asignado con un 80 por ciento de precisión” y “seguir las reglas del aula”. En el hogar, “juega bien con los/as hermanos/as (esto es, sin peleas)” y “obedece los pedidos o los mandatos del padre/madre” son conductas blanco comunes. (Se puede obtener una lista de conductas blanco comunes en el ambiente de la escuela, del hogar y de los/as compañeros/as en los paquetes de Tarjetas para el Reporte Diario en <http://wings.buffalo.edu/adhd/>.)

Luego de que se identifiquen las conductas blanco, pueden implementarse intervenciones conductuales similares en el hogar y en la escuela. Los padres y los/as maestros/as aprenden y establecen programas en los que los antecedentes ambientales y las consecuencias se modifican para cambiar las conductas blanco del/a niño/a. La respuesta al tratamiento se monitorea constantemente por medio de la observación y la medición, y las intervenciones se modifican cuando fallan en ser útiles o ya no se necesitan más.

ADIESTRAMIENTO A PADRES

Los programas de adiestramiento conductual para padres se han usado por muchos años y se ha encontrado que son muy efectivos^{9,19}.

A pesar de que de las ideas y las técnicas que se enseñan en el adiestramiento conductual para padres son técnicas de crianza de sentido común, muchos padres necesitan enseñanza cuidadosa y apoyo para aprender las destrezas de crianza y para usarlas consistentemente. Es muy difícil para los padres comprar un libro, aprender la modificación de la conducta e implantar un programa efectivo por su propia cuenta. Con frecuencia necesitan

ayuda de un profesional. Los tópicos cubiertos en una serie típica de sesiones de adiestramiento a padres incluyen lo siguiente:

- Establecer reglas para el hogar y estructura
- Aprender a elogiar las conductas apropiadas (elogiar la buena conducta al menos cinco veces más que lo que se critica la mala conducta) e ignorar las conductas inapropiadas menos severas (escoger sus batallas)
- Usar mandatos apropiados
- Usar contingencias de “cuando”... “entonces” (retirar recompensas o privilegios en respuesta a la conducta inapropiada)
- Planificar de antemano y trabajar con los niños en lugares públicos
- Tiempo fuera de los reforzamientos positivos (usar tiempo fuera como una consecuencia de la conducta inapropiada)
- Gráficas diarias y sistemas de puntos/fichas con recompensas y consecuencias
- Sistema de comunicación escuela-hogar para recompensar la conducta en la escuela y llevar un registro de las asignaciones escolares^{20,22}

Algunas familias pueden aprender estas destrezas rápidamente en el transcurso de 8-10 reuniones, mientras que otras familias — con frecuencia aquellas con los niños más severamente afectados — requieren más tiempo y energía.

Las sesiones de crianza usualmente envuelven un libro educativo o una cinta de video sobre cómo usar los procedimientos de manejo de conducta con los niños. La primera sesión con frecuencia se dedica a un vistazo general del diagnóstico, las causas, la naturaleza y la prognosis del TDA/H. Luego, los padres aprenden una variedad de técnicas, las cuales tal vez estén usando en el hogar pero no tan consistentemente o tan correctamente como es necesario. Los padres luego van a la casa e implantan durante la semana lo que han aprendido en las sesiones, y regresan a la sesión de crianza durante la semana próxima para discutir el progreso, para solucionar problemas y para aprender nuevas técnicas.

El adiestramiento a padres puede llevarse a cabo en grupos o con familias individuales. Las sesiones individuales con frecuencia se implantan cuando no hay un grupo disponible o cuando la familia se beneficiaría de un acercamiento diseñado a la medida que incluye al niño/a en la sesiones. Este tipo de tratamiento se llama terapia familiar conductual. El número de sesiones de terapia de familia varía dependiendo de la severidad de

los problemas^{22,24}.

Cuando el/la niño/a involucrado/a es un/a adolescente, el adiestramiento a padres es un poco distinto. Se les enseña a los padres las técnicas conductuales que se modifican para que sean apropiadas para la edad del/a adolescente. Por ejemplo, el tiempo fuera es una consecuencia que no es efectiva con los/as adolescentes; en cambio, la pérdida de privilegios (tal como quitarle las llaves del auto) o el asignarle trabajo sería más apropiado. Luego de que los padres hayan aprendido estas técnicas, los padres y el/la adolescente típicamente se reúnen juntos con el/la terapeuta para aprender cómo encontrar soluciones a los problemas con las cuales todos estén de acuerdo. Los padres negocian la mejora en las conductas blanco del/a adolescente (tal como mejores notas en la escuela) a cambio de recompensas que ellos pueden controlar (tal como permitirle al adolescente que salga con sus amistades). El intercambio entre los padres y el/la adolescente en estas sesiones es necesario para motivar al adolescente a trabajar con los padres para lograr los cambios en su conducta.

El aplicar estas destrezas con los/as niños/as y los adolescentes con el TDA/H conlleva un gran esfuerzo por parte de los padres. Sin embargo, el trabajo duro tiene su recompensa. Los padres que dominan y aplican consistentemente estas destrezas serán recompensados con un/a hijo/a que se comporta mejor y que tiene una mejor relación con los padres y los compañeros.

INTERVENCIONES ESCOLARES

Igual que en el caso del adiestramiento a los padres, las técnicas utilizadas para manejar el TDA/H en el aula o sala de clases han sido usadas por algún tiempo y se consideran efectivas^{2,25,31}. Muchos/as maestros/as que han recibido adiestramiento en el manejo dentro del aula son bastante expertos en desarrollar e implantar programas para los/as estudiantes con el TDA/H. Sin embargo, dado que la mayor parte de los/as niños/as con el TDA/H no están matriculados/as en servicios de educación especial, sus maestros/as con frecuencia serán maestros/as de educación regular que tal vez sepan poco acerca del TDA/H o de la modificación de la conducta y que necesitarán ayuda para aprender e implantar los programas necesarios. Hay muchos manuales, textos y programas de adiestramiento ampliamente disponibles que enseñan a los/as maestros/as destrezas de manejo en el aula. La mayor parte de estos programas están diseñados para los/as maestros/as de educación

regular o de educación especial que también reciben adiestramiento y asesoramiento del personal de apoyo de la escuela o de consultores externos. Los padres de niños/as con el TDA/H deben trabajar de cerca con el/la maestro/a para apoyar los esfuerzos para implantar programas en el aula. (Para leer más acerca de los procedimientos de manejo de conducta en el aula, por favor vea el Apéndice A.)

Manejar a los/as adolescentes con el TDA/H es diferente a manejar los/as niños/as con el TDA/H en la escuela. Los/as adolescentes necesitan estar más involucrados que los/as niños/as en la planificación de metas y en la implantación de intervenciones. Por ejemplo, los/as maestros/as esperan que los/as adolescentes sean más responsables con sus pertenencias y con las asignaciones. Tal vez esperan que los estudiantes escriban las tareas o asignaciones en planificadores semanales en vez de recibir una tarjeta diaria de reporte. Por lo tanto, es necesario enseñarle al adolescente con el TDA/H estrategias de organización y destrezas de estudio. El involucramiento de los padres con la escuela, sin embargo, es tan importante en los niveles de escuela intermedia y superior como lo es en el nivel de escuela primaria. Con frecuencia los padres trabajarán con consejeros/as asesores y no con maestros/as, de tal modo que el/la consejero/a asesor/a pueda coordinar las intervenciones entre los/as maestros/as.

INTERVENCIONES CON EL/LA NIÑO/A

Las intervenciones dirigidas a las relaciones entre compañeros (cómo el/la niño/a se lleva con otros niños/as) son un componente crítico del tratamiento para los/as niños/as con el TDA/H. Con mucha frecuencia, los/as niños/as con el TDA/H tienen problemas serios con las relaciones entre compañeros^{32,35}. Los/as niños/as que superan estos problemas salen mejor a largo plazo que aquellos/as que continúan teniendo problemas con los compañeros³⁶. Existe fundamento científico para los tratamientos para el TDA/H con base en el niño que se enfocan en las relaciones entre compañeros. Estos tratamientos usualmente ocurren en escenarios de grupo fuera de la oficina del terapeuta.

Hay cinco formas efectivas de intervención para las relaciones entre compañeros:

1. enseñanza sistemática de destrezas sociales³⁷
2. solución de problemas sociales^{22,35,37,40}
3. enseñar otras destrezas de conducta que frecuentemente se consideran importantes para el/la

niño/a, tales como destrezas deportivas y reglas de juegos de mesa⁴¹

4. disminuir las conductas indeseables y antisociales^{42,43}
5. desarrollar una amistad cercana

Hay varios escenarios en los que se pueden proveer estas intervenciones a los/as niños/as, incluyendo salones o aulas, grupos en las oficinas clínicas, pequeños grupos en la escuela y campamentos de verano. Todos estos programas usan métodos que incluyen el coaching, el uso de ejemplos, modelaje, juego de roles, retrocomunicación, recompensas y consecuencias y práctica. Es mejor si estos tratamientos dirigidos al niño/a se usan cuando uno de los padres está participando en adiestramientos a padres y el personal de la escuela está llevando a cabo una intervención escolar apropiada^{37,44-47}. Cuando las intervenciones de los padres y de la escuela se integran con los tratamientos

Las intervenciones dirigidas a las relaciones entre compañeros (cómo el/la niño/a se lleva con otros niños/as) son un componente crítico del tratamiento para los/as niños/as con el TDA/H.

enfocados en el/la niño/a, los problemas para llevarse bien con otros/as niños/as (tales como ser mandón/a, no tomar turnos y no compartir) que se están trabajando en el tratamiento del niño/a también se incluyen como conductas blanco en los programas del hogar y de la escuela, de tal modo que las mismas conductas estén siendo supervisadas, promovidas y recompensadas en los tres ambientes.

Los grupos de adiestramientos en destrezas sociales son la forma más común de tratamiento, y típicamente enfocan en la enseñanza sistemática de destrezas sociales. Típicamente se conducen en una clínica o en la escuela, en la oficina de un/a consejero/a por 1-2 horas semanalmente por un período de 6-12 semanas. Los grupos de destrezas sociales de niños/as con el TDA/H sólo son efectivos cuando se usan con intervenciones de los padres y de la escuela y con recompensas y consecuencias para reducir las conductas disruptivas y

negativas⁴⁸⁻⁵².

Hay varios modelos para trabajar en las relaciones con los compañeros en el ambiente escolar que integran varias de las intervenciones mencionadas anteriormente. Éstos combinan el adiestramiento de destrezas con un enfoque mayor en la reducción de la conducta negativa y disruptiva y son típicamente conducidos por el personal escolar. Algunos de estos programas se usan con niños/as individualmente (por ejemplo, los programas de economía de fichas en el aula o en el recreo)^{31,53,54} y algunos cubren la escuela completa (tales como los programas de mediación entre compañeros)^{55,56}.

Generalmente, los tratamientos más efectivos incluyen el ayudar al niño/a a llevarse mejor con otros niños/as. Los programas en los que el/la niño/a con el TDA/H puede trabajar con los problemas con los compañeros en el salón de clases o en el ambiente de recreación son los más efectivos^{57,58}. Uno de los modelos envuelve el establecer un campamento de verano para niños con el TDA/H en el que el manejo de los problemas con los compañeros y las dificultades académicas se integran con el adiestramiento a los padres⁵⁹⁻⁶¹. Las cinco formas de intervención con los compañeros se incorporan en un programa de 6-8 semanas que se lleva a cabo durante 6-9 horas semanales. El tratamiento se ofrece en grupos, con actividades recreativas (p. ej., béisbol, fútbol) gran parte del día, junto con dos horas de actividades académicas. Un énfasis mayor es la enseñanza de destrezas y el conocimiento en el área de los deportes. Esto se combina con una práctica en las destrezas sociales y de solución de problemas, el buen trabajo en equipo, la disminución de las conductas negativas y el desarrollo de amistades cercanas.

Algunos acercamientos a los tratamientos con base en el niño para los problemas con los compañeros se clasifican entre los programas clínicos y los campamentos intensivos de verano. Versiones de ambos se llevan a cabo durante el año escolar los días los sábado o después de la escuela. Estos envuelven sesiones de 2-3 horas en las que los/as niños/as se involucran en actividades recreativas que integran muchas de las formas de intervención para las destrezas sociales.

Finalmente, las investigaciones preliminares sugieren que el tener un/a mejor amigo/a puede tener un efecto protector en los/as niños/as con dificultades en las relaciones con los compañeros a medida que se desarrollan desde la niñez y hasta la adolescencia^{62,63}. Los investigadores han desarrollado programas que ayudan a los/as niños/as con el TDA/H a construir al

menos una amistad cercana. Estos programas siempre comienzan con las otras formas de intervención que se describieron anteriormente y luego añaden el hacer que las familias programen citas de juego supervisado y otras actividades para sus niños y para otro/a niño/a con el que estén tratando de fomentar una amistad.

Es importante enfatizar que el simple hecho de insertar a un/a niño/a con el TDA/H en un ambiente en el que hay interacción con otros niños/as — tal como los Escucha, las Pequeñas Ligas u otros deportes, cuidado diurno o jugar en el vecindario sin supervisión — no es un tratamiento efectivo para los problemas con los compañeros. El tratamiento para los problemas con los compañeros es bastante complejo y envuelve el combinar la enseñanza cuidadosa de las destrezas sociales y de solución de problemas con la práctica supervisada en los ambientes de compañeros en los que los niños reciben recompensas y consecuencias por las interacciones apropiadas. Es muy difícil intervenir en el ámbito de los compañeros, y los líderes Escucha, los árbitros de Pequeñas Ligas, y el personal de los centros de cuidado diurno típicamente no están adiestrados para implantar intervenciones efectivas.

¿QUÉ TAL EL COMBINAR LOS ACERCAMIENTOS PSICOSOCIALES CON LA MEDICACIÓN?

En los pasados 30 años, numerosos estudios han demostrado que tanto el tratamiento con medicación como el tratamiento conductual son efectivos en mejorar los síntomas del TDA/H. Los estudios de tratamientos a corto plazo que han comparado la medicación con el tratamiento conductual han encontrado que la medicación por sí sola es más eficaz para tratar los síntomas del TDA/H que el tratamiento conductual por sí solo. En algunos casos, el combinar los dos acercamientos produjo resultados un poco mejores.

El estudio a largo plazo mejor diseñado — el Estudio de Tratamiento Multimodal de Niños con el TDA/H (MTA) — se llevó a cabo por el Instituto Nacional de Salud Mental. El MTA estudió a 579 niños/as con el TDA/H-tipo combinado en un periodo de 14 meses. Cada niño/a recibió uno de cuatro posibles tratamientos: manejo con medicamentos, tratamiento conductual, una combinación de ambos o el cuidado comunitario usual. Los resultados de este importante estudio fueron el que los/as niños/as que recibieron tratamiento sólo con medicamentos, el cual fue cuidadosamente manejado

y diseñado individualmente, y los niños que recibieron tanto medicamentos como tratamiento conductual experimentaron la mayor mejora en sus síntomas del TDA/H^{44,45}.

El tratamiento combinado provee los mejores resultados para mejorar los síntomas oposicionales y del TDA/H y en otras áreas de funcionamiento, tales como la crianza y los resultados académicos⁶⁴. En general, aquellos que recibieron manejo de medicamentos supervisado de cerca tuvieron la mayor mejora en sus síntomas del TDA/H que los/as niños/as que recibieron ya sea tratamiento conductual sin medicación o cuidado comunitario con medicación menos supervisada. No queda claro si los/as niños/as con el tipo inatento exhibirán el mismo patrón de respuesta a las intervenciones conductuales y a los medicamentos que los niños con el tipo combinado.

Algunas familias pueden escoger el probar primero la medicación estimulante, mientras que otras pueden sentirse más cómodas comenzando con la terapia conductual. Otra opción es incorporar ambos acercamientos al plan de tratamiento inicial. La combinación de las dos modalidades puede permitir el que se reduzca la intensidad (y el costo) de los tratamientos conductuales y la dosis de la medicación⁶⁵⁻⁶⁸.

Un número creciente de médicos cree que la medicación estimulante no debe usarse como la única intervención y que debe ser combinada con el adiestramiento a los padres y las intervenciones conductuales en el aula o sala de clases^{66,69-70}. Al final, cada familia tiene que tomar las decisiones de tratamiento con base en los recursos disponibles y en lo que tiene más sentido para cada niño/a en particular. Ningún plan de tratamiento es apropiado para todo el mundo.

¿QUÉ TAL SI HAY OTROS PROBLEMAS ADEMÁS DEL TDA/H?

Hay tratamientos conductuales con base en la evidencia para problemas que coexisten con el TDA/H, tales como la ansiedad⁷¹ y la depresión⁷². Así como la terapia de juego y otras terapias no conductuales son ineficaces para el TDA/H, tampoco se ha documentado

que sean eficaces para las condiciones que ocurren frecuentemente con el TDA/H.

LECTURAS SUGERIDAS PARA LOS PROFESIONALES

Barkley, R.A. (1987). *Defiant children: A clinician's manual for parent training*. [Niños desafiantes: Un manual clínico para el adiestramiento de los padres] New York: Guilford.

Barkley, R.A., & Murphy, K.R. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook*. (2nd ed.). New York: Guilford.

Barkley, R., Murphy, K. & Bauermeister, J. J. (1998). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Un manual de trabajo clínico*. (2nd ed.) New York: Guilford.

Chamberlain, P. & Patterson, G.R. (1995). Discipline and child compliance in parenting. [La disciplina y la obediencia del niño en la crianza] En M. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Vol. 4. Applied and practical parenting*. [Manual de crianza] (pp. 205–225). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Coie, J.D., & Dodge, K.A. (1998). Aggression and antisocial behavior. [Agresión y conducta antisocial] En W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development*. [Manual de la psicología del niño] (5th ed., pp.779–862). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Dendy, C. (2000). *Teaching teens with ADD and ADHD: A quick reference guide for teachers and parents*. [La enseñanza del adolescente con TDA y TDA/H: Una guía rápida de referencia para maestros y padres] Bethesda, MD: Woodbine House.

DuPaul, G.J., & Stoner, G. (2003). *AD/HD in the schools: Assessment and intervention strategies*[El TDA/H en las escuelas: Estrategias de evaluación e intervención] (2nd ed.). New York: Guilford.

Forehand, R., & Long, N. (2002). *Parenting and the strong-willed child*. [La crianza y el niño voluntarioso] Chicago, IL: Contemporary Books.

Hembree-Kigin, T.L., & McNeil, C.B. (1995). *Parent-child interaction therapy: A step-by-step guide for clinicians*. [Terapia de interacción padre-hijo: Una guía paso a paso para los clínicos] New York: Plenum Press.

Kazdin, A.E. (2001). *Behavior modification in applied settings*. [La modificación de la conducta en ambientes aplicados] (6th ed.). Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.

Kendall, P.C. (2000). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual* [Terapia cognoscitiva-conductual para niños ansiosos] (2nd ed.). Ardmore, PA: Workbook Publishing.

Martin, G., & Pear, J. (2002). *Behavior modification: What it is and how to do it*. [Modificación de la conducta: Qué es y cómo hacerla] (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, Inc.

McFayden-Ketchum, S.A. & Dodge, K.A. (1998). Problems in social relationships. [Problemas en las relaciones sociales] En E.J. Mash & R.A. Barkley (Eds.). *Treatment of childhood disorders*. [Tratamiento para los trastornos de la niñez] (2nd ed., pp 338–365). New York: Guilford Press.

Mrug, S., Hoza, B., & Gerdes, A.C. (2001). Children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Peer relationships and peer-oriented interventions. [Niños con el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Relaciones entre pares e intervenciones orientadas a los pares] En D.W. Nangle & C.A. Erdley (Eds.). *The role of friendship in psychological adjustment: New directions for child and adolescent development* [El rol de la amistad en el ajuste psicológico: Nuevas direcciones para el desarrollo de los niños y los adolescentes] (pp. 51–77). San Francisco: Jossey-Bass.

Pelham, W.E., & Fabiano, G.A. (2000). Behavior modification. [Modificación de la conducta] *Psychiatric Clinics of North America*, 9, 671–688.

Pelham, W.E., Fabiano, G.A., Gnagy, E.M., Greiner, A.R., & Hoza, B. (in press). Comprehensive psychosocial treatment for AD/HD. [Tratamiento psicossocial abarcador para el TDA/H] En E. Hibbs & P. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. [Tratamientos psicossociales para los trastornos de la niñez y la adolescencia: Estrategias con base empírica para la práctica clínica] New York: APA Press.

Pelham, W.E., Greiner, A.R., & Gnagy, E.M. (1997). *Children's summer treatment program manual*. [Manual de programa de tratamiento de verano para niños] Buffalo, NY: Comprehensive Treatment for Attention Deficit Disorders.

Pelham, W. E., Wheeler, T., & Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. [Tratamientos psicossociales con apoyo empírico para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad] *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 190-205.

Piffner, L.J. (1996). *All about AD/HD: The complete practical guide for classroom teachers*. [Todo sobre el TDA/H: La guía práctica completa para maestros] New York: Scholastic Professional Books.

Rief, S.F., & Heimburge, J.A. (2002). *How to reach and teach ADD/AD/HD children: Practical techniques, strategies, and interventions for helping children with attention problems and hyperactivity*. [Cómo alcanzar y enseñar a los niños con TDA/ TDA/H: Técnicas, estrategias e intervenciones prácticas para ayudar a los niños con problemas de atención e hiperactividad] San Francisco: Jossey-Bass.

Robin, A.L. (1998). *AD/HD in adolescents: Diagnosis and treatment*. [El TDA/H en los adolescentes: Diagnóstico y tratamiento] New York: Guilford Press.

Walker, H.M., Colvin, G., & Ramsey, E. (1995). *Antisocial behavior in school: Strategies and best practices*. [Conducta antisocial en la escuela: Estrategias y mejores prácticas] Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.

Walker, H.M., & Walker, J.E. (1991). *Coping with noncompliance in the classroom: A positive approach for teachers*. [Lidiando con la desobediencia en el aula: Un acercamiento positivo para los maestros] Austin, TX: ProEd.

Wielkiewicz, R.M. (1995). *Behavior management in the schools: Principles and procedures* [Manejo de la conducta en las escuelas: Principios y procedimientos] (2nd ed.). Boston: Allyn and Bacon.

LECTURAS SUGERIDAS PARA PADRES/CUIDADORES

Barkley, R.A. (1987). *Defiant children: Parent-teacher assignments*. [Niños desafiantes: asignaciones para padres y maestros] New York: Guilford Press.

Barkley, R.A. (1995). *Taking charge of AD/HD: The complete, authoritative guide for parents*. [Tomando control del TDA/H: La guía completa y autoritativa para padres] New York: Guilford.

Dendy, C. (1995). *Teenagers with ADD: A parents' guide*. [Adolescentes con TDA: Una guía para padres] Bethesda, MD: Woodbine House

Forehand, R. & Long, N. (2002) *Parenting and the strong-willed child*. [La crianza y el niño de carácter fuerte] Chicago, IL: Contemporary Books.

Greene, R. (2001). *The explosive child: A new approach for understanding and parenting easily frustrated, chronically inflexible children*. [El niño explosivo: Un acercamiento Nuevo para entender y criar a los niños frustrados y crónicamente inflexibles] New York: Harper Collins.

Forgatch, M., & Patterson, G. R. (1989). *Parents and adolescents living together: Part 2: Family problem solving*. [Padres y adolescentes viviendo juntos: Parte 2: Solución de problemas en la familia] Eugene, OR: Castalia.

Kelley, M. L. (1990). *School-home notes: Promoting children's classroom success*. [Notas escuela-hogar: Promoviendo el éxito del niño en el aula] New York: Guilford Press.

Patterson, G.R., & Forgatch, M. (1987). *Parents and adolescents living together: Part 1: The basics*. [Padres y adolescentes viviendo juntos: Parte 1: Las bases] Eugene, OR: Castalia.

Phelan, T. (1991). *Surviving your adolescents*. [Sobreviviendo a su adolescente] Glen Ellyn, IL: Child Management.

RECURSOS EN LA RED INFORMÁTICA

Centro para los Niños y las Familias, Universidad en Buffalo, <http://wings.buffalo.edu/adhd>

Tratamiento abarcador para el Trastorno por Déficit de Atención, <http://ctadd.net>

PROGRAMAS MODELO

The Incredible Years [Los años increíbles]
www.incredibleyears.com

Triple P: Positive Parenting Program
[Triple P: Programa de Crianza Positiva]
www.triplep.net

The Early Risers Program [Programa Madrugadores]
August, G.J., Realmuto, G.M., Hektner, J.M., & Bloomquist, M.L. (2001). An integrated components preventive intervention for aggressive elementary school children: The Early Risers Program. [Una intervención preventiva de componentes integrados para niños agresivos de escuela elemental] *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 614–626.

CLASS (Contingencies for Learning Academic and Social Skills) [CLASS (Contingencias para Aprender Destrezas Académicas y Sociales)]
Hops, H., & Walker, H.M. (1988). *CLASS: Contingencies for Learning Academic and Social Skills manual*. Seattle, WA: Educational Achievement Systems.

RECESS (Reprogramming Environmental Contingencies for Effective Social Skills) [RECESS (Reprogramando Contingencias Ambientales para las Destrezas Sociales Eficaces)]
Walker, H.M., Hops, H., & Greenwood, C.R. (1992). *RECESS manual*. Seattle, WA: Educational Achievement Systems.

Peabody Classwide Peer Tutoring Reading Methods
[Métodos de Lectura Peabody de Tutoría entre Compañeros]
Mathes, P. G., Fuchs, D., Fuchs, L.S., Henley, A.M., & Sanders, A. (1994). Increasing strategic reading practice with Peabody Classwide Peer Tutoring. *Learning Disabilities Research and Practice*, 9, 44–48.

Mathes, P.G., Fuchs, D., & Fuchs, L.S. (1995). Accommodating diversity through Peabody Classwide Peer Tutoring. [Acomodando la diversidad a través del Método de tutoría entre Compañeros Peabody] *Intervention in School and Clinic*, 31, 46–50.

COPE (Community Parent Education Program)
[Programa Comunitario de Educación a Padres]
Cunningham, C. E., Cunningham, L. J., & Martorelli, V. (1997). *Coping with conflict at school: The collaborative student mediation project manual*. Hamilton, Ontario: COPE Works.

REFERENCIAS

1. Hinshaw, S. (2002). Is ADHD an Impairing Condition in Childhood and Adolescence?. [¿Es el TDAH una condición incapacitante en la niñez y la adolescencia?] En P.S. Jensen & J.R. Cooper (Eds.), *Attention deficit hyperactivity disorder: State of the science, best practices* [Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Estado de la ciencia, mejores prácticas] (pp. 5-1–5-21). Kingston, N.J.: Civic Research Institute.

2. Pelham, W.E., Wheeler, T., & Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. [Tratamientos psicosociales con apoyo empírico para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad] *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 190–205.

3. Webster-Stratton, C., Reid, M.J., & Hammond, M. (2001). Social skills and problem solving training for children with early-onset conduct problems: who benefits? [Adiestramiento en destrezas sociales y solución de problemas para niños con problemas de conducta de inicio temprano: ¿quién se beneficia?] *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 943–952.

4. August, G.J., Realmuto, G.M., Hektner, J.M., & Bloomquist, M.L. (2001). An integrated components preventive intervention for aggressive elementary school children: The Early Risers Program. [Una intervención preventiva de componentes integrados para niños agresivos de escuela elemental: El Programa de Madrugadores] *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 614–626.

5. American Academy of Pediatrics. (2001). Clinical practice guideline: Treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. [Guías de práctica clínica: Tratamiento para el niño de edad escolar con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad] *Pediatrics*, 108, 1033–1044.

6. U.S. Department of Health and Human Services (DHHS). (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. [Salud mental: Un informe del Cirujano General] Washington, DC: DHHS.

7. Abikoff, H. (1987). An evaluation of cognitive behavior therapy for hyperactive children. [Una evaluación de la terapia cognoscitiva conductual para niños hiperactivos] En B.B. Lahey & A.E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* [Avances en la psicología clínica de niños] (pp. 171–216). New York: Plenum Press.

8. Abikoff, H. (1991). Cognitive training in ADHD children: Less to it than meets the eye. [El adiestramiento cognoscitivo en niños con el TDAH: Menos de lo que aparenta] *Journal of Learning Disabilities*, 24, 205–209.

9. Anastopoulos, A.D., Shelton, T.L., DuPaul, G.J., & Guevremont, D.C. (1993). Parent training for attention deficit hyperactivity disorder: Its impact on child and parent functioning. [Adiestramiento a padres sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Su impacto en el funcionamiento del niño y los padres]; *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 581–596.

10. Brestan, E.V., & Eyberg, S.M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5272 kids. [Tratamientos psicosociales eficaces para niños y adolescentes con problemas de conducta: 29 años, 82 estudios y 5272 chicos] *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 180–189.

11. Cunningham, C.E., Bremner, R.B., & Boyle, M. (1995). Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour disorders: Utilization, cost effectiveness, and outcome. [Programas de crianza comunitarios grandes para familias de preescolares en riesgo de trastornos de conducta disruptiva: Utilización, costo efectividad y resultado.] *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 1141–1159.

12. Dubey, D.R., O'Leary, S., & Kaufman, K.F. (1983). Training parents of hyperactive children in child management: A comparative outcome study. [Adiestrando a los padres de niños hiperactivos sobre el manejo de los niños: Un estudio comparativo de resultados] *Journal of Abnormal Child Psychology*, *11*, 229–246.
13. Hartman, R.R., Stage, S.A., & Webster-Stratton, C. (2003). A growth curve analysis of parent training outcomes: Examining the influence of child risk factors (inattention, impulsivity, and hyperactivity problems), parental and family risk factors. [Un análisis de curva de crecimiento de los resultados del adiestramiento a padres: Examinando la influencia de los factores de riesgo del niño (problemas de inatención, impulsividad e hiperactividad)] *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, *44*, 388–398.
14. McMahon, R.J. (1994). Diagnosis, assessment, and treatment of externalizing problems in children: The role of longitudinal data. [Diagnóstico, evaluación y tratamiento de problemas externalizantes en los niños: El rol de la data longitudinal.] *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*, 901–917.
15. Patterson, G.R., & Forgatch, M. (1987). *Parents and adolescents living together, part 1: The basics*. [Padres y adolescentes viviendo juntos: parte 1: Las bases] Eugene, OR: Castalia.
16. Pisterman, S., McGrath, P.J., Firestone, P., Goodman, J.T., Webster, I., & Mallory, R. (1989). Outcome of parent-mediated treatment of preschoolers with attention deficit disorder with hyperactivity. [Resultado del tratamiento mediado por padres para preescolares con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad] *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, 636–643.
17. Pisterman, S., McGrath, P.J., Firestone, P., Goodman, J.T., Webster, I. & Mallory, R. (1992). The effects of parent training on parenting stress and sense of competence. [Los efectos del adiestramiento a padres sobre el estrés en la crianza y el sentido de competencia] *Canadian Journal of Behavioural Science*, *24*, 41–58.
18. Pollard, S., Ward, E.M., & Barkley, R.A. (1983). The effects of parent training and Ritalin on the parent-child interactions of hyperactive boys. [Los efectos del adiestramiento a padres y el Ritalin en las interacciones padre-hijo de niños hiperactivos] *Child and Family Therapy*, *5*, 51–69.
19. Stubbe, D.E., & Weiss, G. Psychosocial interventions: Individual psychotherapy with the child, and family interventions. [Intervenciones psicosociales: Psicoterapia individual con el niño, y las intervenciones familiares] *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *9*, 663–670.
20. Kelley, M.L. (1990). *School-home notes: Promoting children's classroom success*. [Notas escuela-hogar: Promoviendo el éxito del niño en el aula] New York: Guilford Press.
21. Kelley, M.L., & McCain, A.P. (1995). Promoting academic performance in inattentive children: the relative efficacy of school-home notes with and without response cost. [Promoviendo la ejecución académica en los niños inatentos: La eficacia relativa de las notas hogar-escuela con y sin costo de respuesta] *Behavior Modification*, *19*, 357–375.
22. Barkley, R.A., Guevremont, D.C., Anastopoulos, A.D., & Fletcher, K.E. (1992). A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. [Una comparación de tres programas de terapia de familia para tratar conflictos familiares en adolescentes con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad] *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*, 450–462.
23. Everett, C.A., & Everett, S.V. (1999). *Family therapy for ADHD: Treating children, adolescents, and adults*. [Terapia familiar para el TDAH; Tratamiento para niños, adolescentes y adultos] New York: Guilford Press.
24. Northey, Jr., W.F., Wells, K.C., Silverman, W.K., & Bailey, C.E. Childhood behavioral and emotional disorders. [Trastornos conductuales y emocionales de la niñez] *Journal of Marital and Family Therapy*, *29*, 523–545.
25. Abramowitz, A.J., & O'Leary, S.G. (1991). Behavioral interventions for the classroom: Implications for student with ADHD. [Intervenciones conductuales para el aula: Implicaciones para los estudiantes con el TDAH]. *School Psychology Review*, *20*, 220–234.
26. Ayllon, T., Layman, D., & Kandel, H.J. (1975). A behavioral-educational alternative to drug control of hyperactive children. [Una alternativa conductual-educativa para el control con medicamentos de los niños hiperactivos] *Journal of Applied Behavior Analysis*, *8*, 137–146.
27. DuPaul, G.J., & Eckert, T.L. (1997). The effects of school-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. [Los efectos de las intervenciones con base en la escuela para el trastorno por déficit de atención: Un meta-análisis] *School Psychology Review*, *26*, 5–27.
28. Gittelman, R., Abikoff, H., Pollack, E., Klein, D. F., Katz, S., & Mattes, J. (1980). A controlled trial of behavior modification and methylphenidate in hyperactive children. [Un ensayo controlado de modificación de conducta y metilfenidato en niños hiperactivos] En C. K. Walen & B. Henker (Eds.), *Hyperactive children: The social ecology of identification and treatment* [Niños hiperactivos: La ecología social de la identificación y el tratamiento] (pp. 221–243). New York: Academic Press.
29. O'Leary, K.D., Pelham, W.E., Rosenbaum, A., & Price, G. (1976). Behavioral treatment of hyperkinetic children: An experimental evaluation of its usefulness. [Tratamiento conductual de los niños hiperactivos: Una evaluación experimental de su utilidad] *Clinical Pediatrics*, *15*, 510–514.
30. Pelham, W.E., Schnedler, R.W., Bender, M.E., Miller, J., Nilsson, D., Budrow, M., et al. (1988). The combination of behavior therapy and methylphenidate in the treatment of hyperactivity: A therapy outcome study. [La combinación de terapia conductual y metilfenidato en el tratamiento de la hiperactividad: Un estudio de los resultados de la terapia] En L. Bloomingdale (Ed.), *Attention deficit disorders* [Trastornos por déficit de atención] (pp. 29–48). London: Pergamon.

31. Pfiffner, L.J., & O'Leary, S.G. (1993). School-based psychological treatments. [Tratamientos psicossociales con base en la escuela] En J.L. Matson (Ed.), *Handbook of hyperactivity in children* [Manual de la hiperactividad en los niños] (pp. 234–255). Boston: Allyn & Bacon.
32. Bagwell, C.L., Molina, B.S., Pelham, Jr., W.E., & Hoza, B. (2001). Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: Predictions from childhood to adolescence. [El trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los problemas en las relaciones con los pares: Predicciones desde la niñez hasta la adolescencia] *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1285–1292.
33. Blachman, D.R., & Hinshaw, S.P. (2002). Patterns of friendship among girls with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. [Patrones de amistad entre niñas con y sin el trastorno por déficit de atención/hiperactividad] *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 625–640.
34. Hodgens, J.B., Cole, J., & Boldizar, J. (2000). Peer-based differences among boys with ADHD. [Diferencias basadas en los compañeros entre niños con el TDAH] *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 443–452.
35. McFayden-Ketchum, S.A., & Dodge, K.A. (1998). Problems in social relationships. [Problemas en las relaciones sociales] En E.J. Mash & R.A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders* [Tratamiento de los trastornos de la niñez] (2nd ed., pp 338–365). New York: Guilford Press.
36. Woodward, L.J., & Fergusson, D.M. (2000). Childhood peer relationship problems and later risks of educational underachievement and unemployment. [Problemas en la relación con los pares durante la niñez y riesgos posteriores de pobre ejecución académica y desempleo] *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 41, 191–201.
37. Webster-Stratton, C., Reid, J., & Hammond, M. (2001). Social skills and problem-solving training for children with early-onset conduct problems: Who benefits?. [Adiestramiento en destrezas sociales y solución de problemas en niños con problemas de conducta de inicio temprano: ¿Quién se beneficia?] *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 42, 943–52.
38. Houk, G.M., King, M.C., Tomlinson, B., Vrabel, A., & Wecks, K. (2002). Small group intervention for children with attention disorders. [Intervenciones en grupos pequeños para niños con trastornos en la atención] *Journal of School Nursing*, 18, 196–200.
39. Kazdin, A.E., Esveldt-Dawson, K., French, N.H., & Unis, A.S. (1987). Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. [Adiestramiento en destrezas de solución de problemas y terapia de relaciones en el tratamiento de la conducta antisocial en la niñez] *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 76–85.
40. Kazdin, A.E., Bass, D., Siegel, T., Thomas, C. (1989). Cognitive-behavioral therapy and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior. [Terapia cognoscitiva conductual y terapia de relaciones en el tratamiento de niños referidos por conducta antisocial] *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 522–535.
41. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. [Parámetros de práctica para la evaluación y el tratamiento de niños, adolescentes y adultos con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad] *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(Suppl. 10), 85–121.
42. Walker, H.M., Colvin, G., & Ramsey, E. (1995). *Antisocial behavior in school: Strategies and best practices*. [Conducta antisocial en la escuela: Estrategias y mejores prácticas] Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
43. Coie, J.D., & Dodge, K.A. (1998). Aggression and antisocial behavior. [Agresión y conducta antisocial] En W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development*. [Manual de psicología infantil. Vol. 3. Desarrollo social, emocional y de personalidad]. (5th ed., pp.779–862). New York: John Wiley & Sons, Inc.
44. MTA Cooperative Group. (1999). A 14-Month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. [Un ensayo clínico aleatorio de 14 meses sobre las estrategias de tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad] *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073–1086.
45. MTA Cooperative Group. (1999). Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. [Moderadores y mediadores de la respuesta al tratamiento para niños con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad] *Archives of General Psychiatry*, 56, 1088–1096.
46. Richters, J.E., Arnold, L.E., Jensen, P.S., Abikoff, H., Conners, C.K., Greenhill, L.L., et al. (1995). NIMH collaborative multisite multimodal treatment study of children with ADHD: I. Background and rationale. [Estudio colaborativo multisitio de tratamiento multimodal del NIMH de niños con el TDAH: I. Trasfondo y racional]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 987–1000.
47. Webster-Stratton, C., Reid, J., & Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. [Tratando a los niños con problemas de conducta de inicio temprano: Resultados de la intervención de adiestramiento a los padres, al niño y a los maestros] *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 105–124.
48. Bierman, K L., Miller, C.L., & Stabb, S.D. (1987). Improving the social behavior and peer acceptance of rejected boys: Effects of social skill training with instructions and prohibitions. [Mejorando la conducta social y la aceptación de los compañeros de los niños rechazados. Efectos del adiestramiento en destrezas sociales con instrucciones y prohibiciones]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 194–200.

49. Hinshaw, S.P., Henker, B., & Whalen, C.K. (1984). Self-control in hyperactive boys in anger-inducing situations: Effects of cognitive-behavioral training and methylphenidate. [Auto-control en los niños hiperactivos ante situaciones que provocan coraje. Los efectos del adiestramiento cognoscitivo conductual y el metilfenidato]. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 55-77.
50. Kavale, K.A., Mathur, S. R., Forness, S.R., Rutherford, R.G., & Quinn, M.M. (1997). The effectiveness of social skills training for students with emotional or behavioral disorders: A meta-analysis. [La efectividad del adiestramiento de las destrezas sociales para estudiantes con trastornos emocionales o de conducta. Un meta-análisis] En T.E. Scruggs & M.A. Mastropieri (Eds.), *Advances in learning and behavioral disabilities* [Avances en discapacidades conductuales y de aprendizaje] (Vol. 11, pp. 1-26). Greenwich, CT: JAI.
51. Kavale, K.A., Forness, S.R., & Walker, H.M. (1999). Interventions for oppositional defiant disorder and conduct disorder in the schools. [Intervenciones para el trastorno oposicional desafiante y el trastorno de conducta en las escuelas] En H. Quay & A. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders* [Manual de los trastornos perturbadores de la conducta] (pp. 441-454). New York: Kluwer.
52. Pfiffner, L.J., & McBurnett, K. (1997). Social skills training with parent generalization: Treatment effects for children with attention deficit disorder. [Adiestramiento de destrezas sociales con generalización a los padres: Efectos del tratamiento para los niños con el trastorno por déficit de atención] *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 65, 749-757.
53. Pfiffner, L.J. (1996). *All about ADHD: The complete practical guide for classroom teachers*. [Todo sobre el TDAH: La guía práctica completa para los maestros en el aula] New York: Scholastic Professional Books.
54. Abramowitz, A.J. (1994). Classroom interventions for disruptive behavior disorder. [Intervenciones en el aula para el trastorno disruptivo de la conducta] *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 3, 343-360.
55. Cunningham, C.E., & Cunningham, L.J. (1995). Reducing playground aggression: Student mediation programs. [Reduciendo la agresión en el área de juego: Programas de mediación de estudiantes] *ADHD Report*, 3(4), 9-11.
56. Cunningham, C.E., Cunningham, L.J., Martorelli, V., Tran, A., Young, J., & Zacharias, R. (1998). The effects of primary division, student-mediated conflict resolution programs on playground aggression. [Los efectos de los programas de solución de conflictos mediada por los estudiantes, division primaria, en la agresión en el área de juego] *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39, 653-662.
57. Connors, C.K., Wells, K.C., Erhardt, D., March, J.S., Schulte, A., Osborne, S., et al. (1994). Multimodality therapies: Methodologic issues in research and practice. [Terapias multimodales: Asuntos metodológicos en la investigación y la práctica] *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 3, 361-377.
58. Wolraich, M.L. (2002) Current assessment and treatment practices in ADHD. [Prácticas actuales en la evaluación y el tratamiento del TDAH] En P.S. Jensen & J.R. Cooper (Eds.), *Attention deficit hyperactivity disorder: State of the science, best practices* [Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Estado de la ciencia, mejores prácticas] (pp. 23-1-12). Kingston, NJ: Civic Research Institute.
59. Chronis, A.M., Fabiano, G.A., Gnagy, E.M., Onyango, A.N., Pelham, W.E., Williams, A., et al. (in press). An evaluation of the summer treatment program for children with attention-deficit/hyperactivity disorder using a treatment withdrawal design. [Una evaluación del programa de tratamiento de verano para niños con el trastorno por déficit de atención/hiperactividad usando un diseño de retiro de tratamiento] *Behavior Therapy*.
60. Pelham, W. E. & Hoza, B. (1996). Intensive treatment: A summer treatment program for children with AD/HD. [Tratamiento intensivo: Un programa de tratamiento de verano para niños con el TDA/H] En E. Hibbs & P. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. [Tratamientos psicosociales para trastornos de la niñez y la adolescencia: Estrategias con base empírica para la práctica clínica] (pp. 311-340). New York: APA Press.
61. Pelham W.E., Greiner, A.R., & Gnagy, E.M. (1997). *Children's summer treatment program manual*. [Manual de programa de tratamiento de verano para niños] Buffalo, NY: Comprehensive Treatment for Attention Deficit Disorder.
62. Hoza, B., Mrug, S., Pelham, W.E., Jr., Greiner, A.R., & Gnagy, E.M. A friendship intervention for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Preliminary findings. [Una intervención de amistades para niños con el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Hallazgos preliminares]. *Journal of Attention Disorders*, 6, 87-98.
63. Mrug, S., Hoza, B., Gerdes, A. C. (2001). Children with attention-deficit/ hyperactivity disorder: Peer relationships and peer-oriented interventions. [Niños con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Relaciones de pares e intervenciones orientadas a los pares] En D.W. Nangle & C.A. Erdley (Eds.), *The role of friendship in psychological adjustment: New directions for child and adolescent development* [El rol de la amistad en el ajuste psicológico: Nuevas direcciones para el desarrollo de niños y adolescentes] (pp. 51-77). San Francisco: Jossey-Bass.
64. Swanson, J.M., Kraemer, H.C., Hinshaw, S.P., Arnold, L.E., Connors, C.K., Abikoff, H.B., et al. Clinical relevance of the primary findings of the MTA: Success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. [Relevancia clínica de los hallazgos primarios del MTA: Porcientos de éxito con base en la severidad de los síntomas del TDAH y del TOD al final del tratamiento] *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 168-179.

65. Atkins, M.S., Pelham, W.E., & White, K.J. (1989). Hyperactivity and attention deficit disorder. [La hiperactividad y el trastorno por déficit de atención] En M. Hersen (Ed.), *Psychological aspects of developmental and physical disabilities: A casebook* [Aspectos psicológicos del desarrollo y de las discapacidades físicas: Un compendio de casos] (pp. 137–156). Thousand Oaks, CA: Sage.
66. Carlson, C.L., Pelham, W.E., Milich, R., & Dixon, J. (1992). Single and combined effects of methylphenidate and behavior therapy on the classroom performance of children with attention-deficit hyperactivity disorder. [Efectos sencillos y combinados del metilfenidato y la terapia conductual en la ejecución en el aula de los niños con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad] *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 213–232.
67. Hinshaw, S.P., Heller, T., & McHale, J.P. (1992). Covert antisocial behavior in boys with attention deficit hyperactivity disorder: External validation and effects of methylphenidate. [Conducta antisocial oculta en niños con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Validación externa y efectos del metilfenidato] *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 274–281.
68. Pelham, W.E., Schnedler, R.W., Bologna, N., & Contreras, A. (1980). Behavioral and stimulant treatment of hyperactive children: A therapy study with methylphenidate probes in a within-subject design. [Tratamiento conductual y con estimulantes para niños hiperactivos: Un estudio de terapia con metilfenidato en un diseño intrasujetos] *Journal of Applied Behavioral Analysis*, 13, 221–236.
69. Pelham, W.E., Schnedler, R.W., Bender, M.E., Miller, J., Nilsson, D., Budrow, M., et al. (1988). The combination of behavior therapy and methylphenidate in the treatment of hyperactivity: A therapy outcome study. [La combinación del metilfenidato y la terapia conductual en el tratamiento de la hiperactividad: Un estudio de los resultados de la terapia] En L. Bloomingtondale (Ed.), *Attention deficit disorder* [Trastorno por déficit de atención] (Vol. 3, pp. 29–48). London: Pergamon Press.
70. Barkley, R.A., & Murphy, K.R. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook*. [Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Un Manual de trabajo clínico] (2nd ed.). New York: Guilford.
71. Kendall, P.C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S.M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. [Terapia para jóvenes con trastornos de ansiedad: Un segundo ensayo clínico aleatorio] *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 366–380.
72. Clarke, G.N., Rhode, P., Lewinsohn, P.M., Hops, H., & Seeley, J.R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions. [Tratamiento cognoscitivo conductual para la depresión en la adolescencia: Eficacia de los grupos de tratamiento agudos y de las sesiones de refuerzo] *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 272–279.

La información que se provee en esta Lo Que Sabemos fue financiada por el Acuerdo de Cooperación número R04/CCR321831-01 del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). El contenido es responsabilidad total de sus autores y no necesariamente representa la posición oficial del CDC. Esta Lo Que Sabemos fue aprobada por la Junta Profesional Asesora de CHADD en 2004.

© 2004 Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (CHADD). Todos los derechos reservados.

Para información adicional acerca de TDA/H o de CHADD, favor de ponerse en contacto con el:

CHADD National Resource Center on AD/HD
8181 Professional Place, Suite 150
Landover, MD 20785
1-800-233-4050

Apéndice A

Procedimientos Para El Manejo de la Conducta en el Aula

www.help4adhd.org

Por favor, visite también el sitio electrónico de CHADD en www.chadd.org.

Traducido por Carmen C. Salas, Ph.D.

La siguiente lista incluye procedimientos típicos para el manejo de la conducta en el aula. Están arreglados en orden desde el procedimiento más leve y menos restrictivo hasta el procedimiento más intensivo y más restrictivo. Algunos de estos programas pueden incluirse en los planes 504 o en los Planes Educativos Individualizados para los niños con el TDA/H (véase la Hoja de Datos de CHADD #4). Típicamente, una intervención es individualizada y consiste de varios componentes con base en las necesidades del/a niño/a, los recursos del aula y las destrezas y preferencias del/a maestro/a.

1. Estructura y reglas en la sala de clases o aula

- Use reglas en la sala de clases tales como:
 - Sé respetuoso con los demás
 - Obedece a los adultos
 - Trabaja calladamente
 - Mantente en el asiento/área asignada
 - Usa los materiales apropiadamente
 - Levanta la mano para hablar o para pedir ayuda
 - Mantente en la tarea y termina las asignaciones
- Coloque las reglas en la pared y repáselas antes de cada clase hasta que se aprendan.
- Establezca reglas objetivas y medibles
- Ajuste la cantidad de reglas al nivel de desarrollo
- Establezca un ambiente predecible
- Aumente la organización de los niños/as (cartapacios/gráficas para el trabajo)
- Evalúe el seguimiento de las reglas y ofrezca retrocomunicación/consecuencias consistentemente
- Ajuste la frecuencia de la retrocomunicación al nivel de desarrollo

2. Elogios por conductas apropiadas y selección cuidadosa de las batallas

- Ignore las conductas inapropiadas leves que no son reforzadas por la atención de los compañeros
- Use al menos cinco veces más elogios que comentarios negativos
- Use mandatos/reprimendas para insertar comentarios positivos hacia los niños que se están comportando apropiadamente—esto es, encuentre algún niño que pueda ser elogiado cada vez que se da un mandato o una reprimenda a un niño que se está comportando mal

3. Mandatos y reprimendas apropiadas

- Use mandatos claros y específicos
- Ofrezca reprimendas privadas en el pupitre del niño, siempre que sea posible
- Las reprimendas deben ser breves, claras, neutrales en tono y tan inmediatas como sea posible

4. Acomodos individuales y estructura para el niño

- Estructure el aula para aumentar al máximo el éxito del/a niño/a
- Coloque el pupitre del alumno/a cerca del/a maestro/a para facilitar la supervisión
- Reclute a un compañero para ayudarle al estudiante a copiar las asignaciones de la pizarra
- Descomponga las asignaciones en partes pequeñas
- Ofrezca retrocomunicación frecuente e inmediata
- Exija correcciones antes de que se comience un nuevo trabajo

5. Intervenciones preactivas para aumentar la ejecución académica—

- Tales intervenciones pueden prevenir que ocurra la conducta problemática y puede implantarse por otros individuos en adición al maestro/a, tales como los compañeros o el/la auxiliar de maestro/a. Cuando la conducta disruptiva no es el problema principal, estas intervenciones pueden mejorar la conducta significativamente.
- Enfoque en aumentar la terminación y la precisión del trabajo
 - Ofrezca alternativas de tareas
 - Provea tutoría por parte de los compañeros
 - Considere la instrucción asistida por tecnología/computadoras

6. Contingencias de “cuando”.,entonces” (retirar las recompensas o privilegios en respuesta a la conducta inapropiada)—Ejemplos de esto incluye periodos de receso contingentes con la terminación de la tarea, quedarse luego de la escuela para terminar el trabajo, asignar trabajo menos deseable previo a las asignaciones más deseables y requerir el que se completen las asignaciones en el área de estudio antes de permitir tiempo libre.

7. Tarjeta diaria de reporte escuela-hogar (paquete de instrucciones disponible en <http://wings.buffalo.edu/adhd>)—Esta herramienta permite a los padres y a los/as maestros/as el comunicarse con regularidad para identificar, supervisar y cambiar los problemas en el aula. Es barata y se requiere tiempo mínimo de el/la maestro/a.

- Los/as maestros/as determinan las conductas blanco individualizadas
- Los/as maestros/as evalúan los blancos en la escuela y envían con el/la niño/a la tarjeta de reporte al hogar

- Los padres proveen recompensas en el hogar; más recompensas por mejor ejecución y menos por menor ejecución
- Los/as maestros/as continuamente supervisan y hacen ajuste a los blancos y a los criterios en la medida en que las conductas mejoran o se desarrollan nuevos problemas
- Use la tarjeta de reporte con otros componentes conductuales tales como mandatos, elogios, reglas y programas académicos.

8. La gráfica de conducta y/o recompensas y el programa de consecuencias (sistema de puntos o fichas)

- Establezca las conductas blanco y asegúrese de que el niño/a sabe las conductas y las metas (p. ej., lista en una tarjeta pegada al pupitre)
- Establezca recompensas por exhibir las conductas blanco
- Supervisar al niño/a y ofrecer retrocomunicación

Ejemplo de Una Tarjeta de Reporte Diario

Nombre del Niño/a: _____ Fecha: _____

	Especial del lenguaje		Artes		Matemáticas		Lectura		Ciencias	
Sigue reglas del aula (no más de 3 violaciones a las reglas por periodo).	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
Completa las asignaciones dentro del tiempo asignado.	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
Completa las asignaciones con 80% de precisión.	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
Obedece los requerimientos del/a maestro/a (no más de 3 instancias de desobediencia por periodo).	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
No más de 3 instancias de provocación por periodo.	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
Sigue las reglas durante el almuerzo (no más de 3 violaciones).	S	N								
Sigue las reglas durante el recreo (no más de 3 violaciones).	S	N								
OTROS	S	N								

Número Total de Respuestas de “Si” _____

Iniciales del/a maestro/a _____

Comentarios: _____

- Recompensar a los/as niños/as inmediatamente
- Usar puntos, fichas o estrellas que posteriormente pueden cambiarse por recompensas

9. Intervenciones con todo el grupo y

contingencias de grupo — Tales intervenciones estimulan a los niños a ayudarse unos a otros porque todos serán recompensados. También hay potencial de mejora en la conducta de todo el salón de clases.

- Establezca metas para la clase así como para el individuo
- Establezca recompensas por la conducta apropiada que cualquier estudiante pueda ganar (p. ej., pequeños premios, jarro con caramelos)
- Establezca un sistema de recompensas para la clase en el que el grupo completo (o un subgrupo de la clase) gane recompensas basadas en el funcionamiento de la clase como un todo (p. ej., Juego de Buena Conducta) o en el funcionamiento del estudiante con el TDA/H.
- Ajuste la frecuencia de las recompensas y las consecuencias al nivel de desarrollo

10. Tiempo fuera — El/la niño/a se remueve (sea en el aula o en la oficina) por varios minutos de la actividad que se está llevando a cabo, (menos para niños/as pequeños y más para niños/as mayores) cuando se porta mal.

11. Programas de toda la escuela—Tales programas, que incluyen planes de disciplina de toda la escuela, pueden estructurarse para reducir al máximo los problemas que experimentan los/as niños/as con el TDA/H, mientras que al mismo tiempo ayudan a manejar la conducta de todos los estudiantes en la escuela.