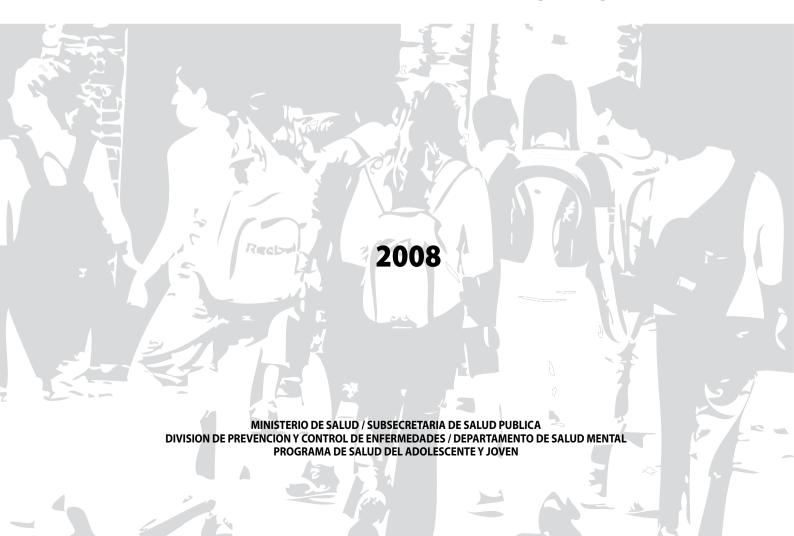


GUÍA CLÍNICA

Atención Integral de Niñas/ Niños y Adolescentes con Trastorno Hipercinético/ Trastorno de la Atención (THA)



Índice

Algoritmos

Recomendaciones Claves

1. Introducción

- 1.1. Descripción y Epidemiología del Problema de Salud
- 1.2. Alcance de la Guía
- 1.3. Declaración de Intención

2. Objetivos de la Guía

3. Recomendaciones

- 3.1. Prevención Primaria
- 3.2. Prevención Secundaria Atención Integral de Niñas/Niños y Adolescentes con Trastornos Hipercinéticos/ Trastornos de la Atención Sin Comorbilidad
 - 3.2.1. Sospecha y Confirmación Diagnóstica
 - 3.2.2. Diagnóstico Integral
 - 3.2.3. Tratamiento Integral
 - 3.2.4. Seguimiento de Tratamiento
- 3.3. Atención Integral de Niñas/ Niños y Adolescentes con Trastornos Hipercinéticos /Trastornos de la Atención con Comorbilidad
 - 3.3.1. Criterios de Inclusión y Exclusión
 - 3.3.2. Diagnóstico Integral
 - 3.3.3. Tratamiento Integral Multimodal
 - 3.3.4. Seguimiento de Tratamiento:
- 3.4. Atención Integral de Niñas/ Niños y Adolescentes con Trastornos Hipercinéticos /Trastornos de la Atención Resistente a Primera Línea de Tratamiento
 - 3.4.1. Criterios de inclusión
 - 3.4.2. Diagnóstico Integral
 - 3.4.3. Tratamiento Integral Multimodal
 - 3.4.4. Seguimiento de Tratamiento:

4. Grupo de Trabajo y Metodología:

Anexos

- 1. Instrumentos para la Detección Temprana de THA
 - 1.1. Cuestionario TOCA-RR (observación del comportamiento en la sala de clases) versión 2005
 - 1.2. Cuestionario para padres PSC(observación del comportamiento en el hogar)
 - 1.3. Escala de Evaluación para profesores (Test Conners abreviado)

- 2. Diagnóstico Diferencial
- 3. Principios para un Tratamiento Integral del niño, niña o adolescente con Trastorno Hipercinetico/deficit atencional y la familia
- 4. Resultados del Tratamiento (seleccionar tres)
- 5. Contraindicaciones al uso de Estimulantes
- 6. Reacciones Adversas y Efectos Colaterales

Referencias

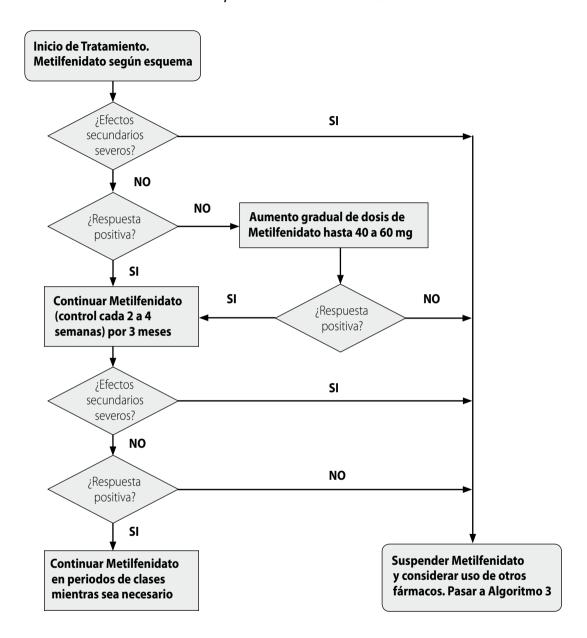
(THA)

Reevaluación anual y considerar posibilidad de egreso

Consulta espontánea y Derivación escolar Programa Sospecha diagnóstica profesional de salud Habilidades para la Vida (con **Cuestionario TOCA-R R y PSC)** Consulta médica Derivación escuelas sin aplica criterios ;Confirmación Habilidades para la Vida (con CIE 10 diagnóstica? **Test Conners Abreviado)** Equipo de salud Alta o considerar otro NO multiprofesional SI tratamiento según diagnóstico Diagnóstico Integral (incluye diagnóstico psicosocial) ¿Comorbilidad? NO SI Atención Integral THA más comorbilidad Selección de objetivos terapéuticos: académico, conductual/emocional y **Intervenciones** socio-familiar psicosociales Plan de Tratamiento Integral Multimodal NO **Tratamiento** Respuesta farmacológico positiva? SI Reforzamiento NO SI ¿Respuesta Continuidad tratamiento y psicosocial y ajuste positiva? seguimiento farmacológico

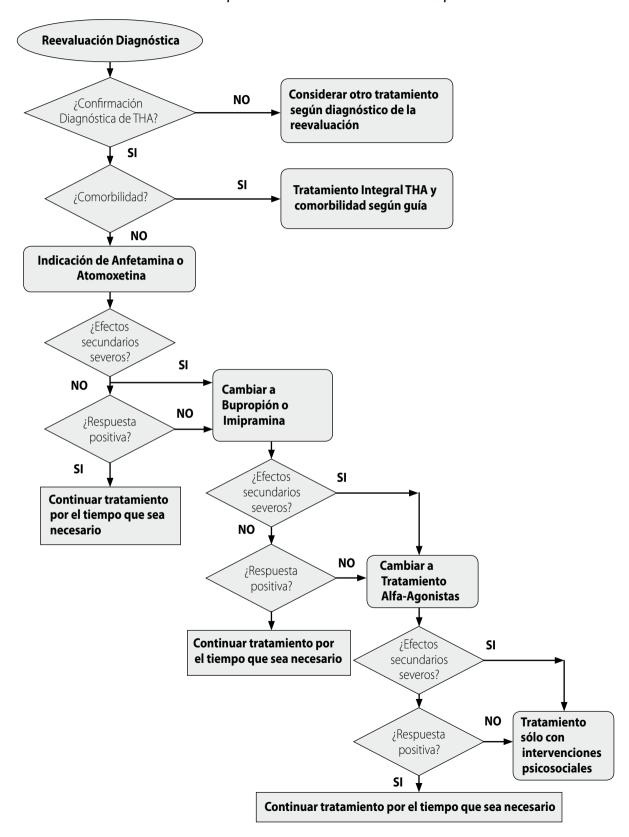
Algoritmo 1: Atención de Niños /Niñas Adolescentes con Trastorno Hipercinético/Atención (THA)

Algoritmo 2: Tratamiento Farmacológico Metilfenidato (primera línea) Este tratamiento siempre debe estar asociado con intervenciones Psicosociales.



Atención Integral de Niñas/ Niños y Adolescentes con Trastorno Hipercinético/Trastorno de la Atención (THA)

Algoritmo № 3: Tratamiento Farmacológico sin respuesta positiva y/o efectos secundarios severos con Metilfenidato Este tratamiento siempre debe estar asociado con intervenciones psicosociales.



Recomendaciones Claves

(ver sección "4.6.", en página 32, para las definiciones de niveles de evidencia y grados de recomendación)

Recomendaciones	Grado de recomendación
Detección en el sistema escolar por cuestionario TOCA-RR, PSC y Test de Conners Abreviado (20, 39, 40).	В
Detección por cualquier profesional del equipo de salud que evalúe la naturaleza del problema (8, 17,	С
95, 98), considerando los siguientes criterios:	
☐ ¿Están presentes los tipos de problemas descritos en la definición del cuadro clínico?	
☐ ¿Se presenta el problema en distintos ambientes?	
Diagnóstico realizado por médico, con evaluación de síntomas primarios incluyendo la información de	С
fuentes múltiples tales como padres/cuidadores, el niño(a) y personal de la escuela (8, 29, 33, 46, 51, 52).	
Establecer un tratamiento del niño(a) con THA basado en el concepto de éste como una condición	С
crónica de largo tiempo de atención (3, 4, 5, 14, 55).	
Implementar un plan de tratamiento multimodal, esta estrategia incluye la combinación de interven-	A
ciones psicosociales con niñas, niños y adolescentes, sus familias y la comunidad escolar respectiva, y	
tratamiento farmacológico (5, 29, 48, 52).	
Se recomienda la realización de intervenciones psicosociales en todas las niñas, niños y adolescentes con	С
diagnóstico de THA, previo a la decisión de tratamiento farmacológico. Si la respuesta terapéutica no es	
suficiente con las intervenciones psicosociales, se debe considerar tratamiento farmacológico en acuerdo	
con los padres o cuidadores, resguardando los intereses de las niñas, niños y adolescentes (52).	
Se recomienda Metilfenidato o Anfetamina como primer paso de la intervención medicamentosa (18,	Α
24, 25, 42, 48, 53, 57, 64, 67, 68, 69, 71, 72, 77, 86, 87).	
En Chile, considerando la evidencia de costo-efectividad y seguridad, se recomienda el uso de metilfe-	Α
nidato como medicamento de 1ª línea (18, 59, 69).	
Usar la medicación en un esquema de Lunes a Viernes y con suspensión en el período de vacaciones (5).	С
Se recomienda seleccionar en conjunto con los padres y el niño al menos tres resultados en las dimen-	С
siones: académica, conductual-emocional, social-familiar y seguridad (5).	
Se recomienda entrenamiento en habilidades parentales para los padres y cuidadores de niños, niñas y	Α
adolescentes con THA (grupal) (31, 33, 50, 53, 64, 66, 67, 68, 69, 75).	
Se recomienda entrenamiento en habilidades sociales para los niños, niñas y adolescentes con THA	Α
(grupal) (31, 33, 53, 64, 67, 68, 69, 99).	
Se recomiendan intervenciones educacionales con las comunidades escolares con niños, niñas y	Α
adolescentes con THA (2, 3, 4, 5, 52, 95, 96).	
Se recomiendan para el tratamiento de trastornos mentales comórbidos, terapias grupales de tipo	Α
conductual realizadas por psicólogo dirigidas a los padres (33, 50, 64, 67, 69, 75).	

1. Introducción

1.1. Descripción y Epidemiología del Problema de Salud

1.1.1. Antecedentes

En Chile la prevalencia de trastornos hipercinéticos es alta. Se ha encontrado un 6.2% de ese trastorno en población escolar de 1º. Básico, en un estudio de exploración por psiquiatra infantil y 1.4% en población de 6to. Año básico (**Toledo, V. ; De la Barra et al,1997**).

En evaluación realizada por el Programa Habilidades para la Vida, (**JUNAEB, 2003**) se observó que luego de una intervención promocional y preventiva en salud mental a nivel de escuelas, y de evaluación de los niños con instrumentos estandarizados y validados, se estima un porcentaje promedio de 3% de derivación al sistema de salud por motivo de conducta hiperactiva.

El Trastorno se presenta mayoritariamente en niños que en niñas. (cuociente 9:1 en población escolar).

En grupo de experto se ha estimado para población escolar chilena 4% de prevalencia en población entre 1er a 8vo año de enseñanza básica y 3% entre 1ro y 4to de enseñanza media (Minsal 2006).

Chile se encuentra en un proceso de Reforma al Sistema de Salud inspirada en un conjunto de valores de amplio consenso ciudadano: equidad en el acceso a la atención de salud, eficacia en las intervenciones destinadas a promover, prevenir, tratar, recuperar la salud y eficiencia en el uso de los recursos disponibles.

Los principales cambios de este proceso han sido el establecimiento de un Régimen de Garantías en Salud, que determina un plan básico de salud obligatorio para los seguros de salud públicos y privados. Asimismo, mejorar el acceso y calidad de todos los servicios de atención a la salud que requiere la población. Entre estos, el Trastorno Hipercinético/atención, que por su prevalencia e impacto en el niño/niña/adolescente y en su entorno familiar, requiere ser abordado con acciones basadas en la mejor evidencia, con diagnostico oportuno y tratamientos e intervenciones psicosociales y farmacológicas cuando sean necesarios.

Asimismo, en el marco de esta reforma, la salud mental y el modelo de atención de salud mental y psiquiatría en Chile evoluciona acorde con la tendencia mundial iniciada en la década del 60, priorizando la atención de base ambulatoria y comunitaria y favoreciendo la integración social.

En consecuencia realizar esta guía otorgará a los equipos técnicos recomendaciones para orientar sus procesos de atención y proceder con intervenciones oportunas y de mejor calidad según la mejor evidencia disponible.

1.1.2. Definición del Problema y Marco Epidemiológico

Las dificultades en la atención asociada a conducta impulsiva e hiperactividad son problemas frecuentes en niños preescolares y escolares y son las características cardinales del Trastorno Hipercinético /Trastorno de la Atención (THA) de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10ª versión (CIE-10) (73) también conocido como Síndrome de Déficit Atencional con Hiperactividad (SDA-H) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación de Psiguiatría Norteamericana en su 4° versión (DSM-IV)(6).

Aunque no estrictamente iguales, dado que en el CIE-10 se exige la presencia conjunta de déficit de atención e hiperactividad, para los fines de esta guía se considerará indistintamente la información de ambos sistemas de clasificación diagnóstica.

Si bien la etiología de la condición es probablemente heterogénea, un cuerpo substancial de investigación ha implicado una gama de factores neurobiológicos, incluyendo los genéticos (54). Actualmente se plantea la existencia de una herencia poligénica que en interacción con factores ambientales determinaría la manifestación sintomática y su gravedad. Por ejemplo, a más genes involucrados y factores ambientales de riesgo, se presentaría un cuadro más severo (29, 34, 46).

La validez del diagnóstico y las ventajas de un tratamiento precoz ha sido planteado por distintos expertos dedicados al tema, como expresa el National Institute of Health (USA) (70).

El THA es un cuadro clínico que frecuentemente puede persistir hacia la adolescencia y vida adulta (29, 70, 97) lo cual, ha sido demostrado por estudios de seguimiento, siendo una línea de investigación las manifestaciones de este cuadro en adultos (26).

Los estudios de Mannuzza (60, 61) que siguió la evolución a la vida adulta, encontró que comparado con controles, aquellos que no reciben tratamiento tienen un resultado negativo, como el desarrollo de un desorden de personalidad antisocial y el abuso de sustancias.

Si bien el THA aumenta el riesgo de abuso de alcohol y drogas hacia la adolescencia o adultez, principalmente cuando se asocia a trastornos disociales en los niños, dicho riesgo es menor en los niños que reciben tratamiento con psicoestimulantes, en relación a los no tratados (10, 13, 16, 27, 65, 100).

Este trastorno se constituye en un problema de salud pública relevante dado que su impacto sobre el niño, niña, familia, escuela y sociedad es altamente significativo y con consecuencias de largo plazo. Frecuentemente expe-



rimentan rechazo de sus pares y se involucran en una serie de conductas disruptivas que les traen consecuencias negativas, afectando su autoestima, su capacidad de relacionarse con otros, su rendimiento escolar, etc. (92). Además, estos niños, niñas tienen altas tasas de accidentabilidad y hacia la adolescencia, especialmente en aquellos sin diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado, se describen mayores riesgos de conductas disociales y delictivas, consumo abusivo de alcohol y otras drogas, y lesiones de distinto tipo (13, 27, 32, 65, 83, 100).

Esta evolución, hace más complejo tanto el diagnóstico como el tratamiento y empeora el pronóstico. De tal manera, que un subdiagnóstico aumenta el riesgo de complicaciones psiquiátricas y psicosociales. Asimismo, se requiere ser cuidadoso en sobrediagnosticar, indicando tratamientos innecesarios (7, 70, 80).

Otro aspecto relevante a considerar es la comorbilidad con trastornos mentales, los que pueden estar asociados al THA y contribuyen a la expresión y pronóstico del cuadro clínico. Desde esta perspectiva pueden afectar:

- 1.- El nivel y tipo de problema o enfermedad encontrada
- 2.- El pronóstico a largo plazo
- 3.- La respuesta a tratamiento (91)

Esto hace que las cifras de comorbilidad con cuadros como trastornos oposicionista desafiante, conductuales, depresivos, ansiosos o de trastornos de aprendizaje sean muy variables en los distintos estudios.

Prevalencia

Las estimaciones de prevalencia varían según el método de evaluación, sistema de diagnóstico y los criterios asociados (ej. grado de deterioro), los informantes y la muestra de población escogida. El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación de Psiquiatría Norteamericana en su 4° versión DSM-IV (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994) estima que la prevalencia en niños escolares es entre 3% - 5% (6).

En niños de escuela básica, el cociente de niños a niñas es habitualmente 9:1 en muestras clínicas, pero se aproxima a 4:1 en la comunidad (6).

En muestras de la comunidad de niños escolares en USA, los índices de prevalencia del desorden se extienden generalmente de 4% hasta **12% (9, 15, 17)**. Asimismo Cuffe y cols reporta que el THA afecta aproximadamente al 9% de los niños y 3% de las niñas en la población escolar básica (26).

En Chile, se han encontrado prevalencia de desordenes psiquiátricos en escolares de primer año enseñanza básica de 24%, siendo el cuadro clínico de mayor prevalencia el trastorno de la actividad y atención con un 6,2%. En este estudio se aplicaron los criterios de la CIE-10 (28, 93).

Definición

El Trastorno Hipercinético /Trastorno de la Atención (THA) constituye un cuadro clínico que se identifica cuando se presentan **déficit de la atención, hiperactividad o impulsividad**, en forma persistente, y en

más de uno de los ambientes de vida del niño, niña o adolescente. Su tratamiento debe comenzar desde el inicio del período escolar.

Se incluye:
Trastorno de hiperactividad
Trastorno de déficit de la atención

Trastorno de déficit de atención con hiperactividad

Estos trastornos tienen un comienzo temprano (por lo general, durante los cinco primeros años de la vida). Sus características principales son una falta de persistencia en actividades que requieren la participación de procesos cognoscitivos y una tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva (47, 92).

Normalmente estas dificultades persisten durante los años de escolaridad e incluso en la vida adulta, pero en muchos de los afectados se produce, con el paso de los años, una mejoría gradual de la hiperactividad y del déficit de la atención (92).

Los niños y niñas hipercinéticos suelen ser descuidados e impulsivos, propensos a accidentes, y plantean problemas de disciplina por saltarse las normas, más que por desafíos deliberados a las mismas. En su relación social con los adultos suelen ser desinhibidos, con una falta de la prudencia y reserva naturales. Son impopulares entre los niños y pueden llegar a convertirse en niños aislados. Es frecuente la presencia de un déficit cognoscitivo y son extraordinariamente frecuentes los retrasos específicos en el desarrollo motor y del lenguaje (47, 92).

Las complicaciones secundarias son un comportamiento disocial, antisocial y una baja autoestima. Hay un considerable solapamiento entre la hipercinesia y otras formas de comportamiento anormal como el trastorno disocial en niños no socializados. Sin embargo, la evidencia más general tiende a distinguir un grupo en el cual la hipercinesia es el problema principal (92).

Los trastornos hipercinéticos tienen un comienzo temprano, iniciándose siempre antes de los 7 años (92).

1.2. Alcance de la Guía

Criterios de inclusión

Para esta guía clínica se consideran niños y niñas desde los 6 años a 19 años, que reúnan los criterios diagnósticos definidos.

Criterios de exclusión:

	Niñosv	/ niñas	con	retardo	mental	severo
_	INITIOS	/ I III I I I I J	COLL	rctardo	HICHICAL	30 0010

Niños y niñas en que los síntomas sean secundarios a situaciones de maltrato infantil, abuso sexual y violación

13 0 -

y otras situaciones psicosociales y familiares adversas graves como abandono y psicopatología parental severa. Estos deben ser derivados a los programas respectivos

Usuarios a los que está dirigida la guía

Este documento está orientado a profesionales que realizan pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de niños, niñas y adolescentes de 6 a 19 años con diagnóstico con Trastorno Hipercinético /Trastorno de la Atención

1.3. Declaración de Intención

Esta guía no fue elaborada con la intención de establecer estándares de cuidado para pacientes individuales, los cuales, sólo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información clínica respecto del caso, y están sujetos a cambio conforme al avance del conocimiento científico, las tecnologías disponibles en cada contexto en particular, y según evolucionan los patrones de atención. En el mismo sentido, es importante hacer notar que la adherencia a las recomendaciones de la guía no asegura un desenlace exitoso en cada paciente.

No obstante lo anterior, se recomienda que las desviaciones significativas de las recomendaciones de esta guía o de cualquier protocolo local derivado de ella sean debidamente fundadas en los registros del paciente.

En algunos casos las recomendaciones no aparecen avaladas por estudios clínicos, porque la utilidad de ciertas prácticas resulta evidente en sí misma, y nadie consideraría investigar sobre el tema o resultaría éticamente inaceptable hacerlo. Es necesario considerar que muchas prácticas actuales sobre las que no existe evidencia pueden de hecho ser ineficaces, pero otras pueden ser altamente eficaces y quizás nunca se generen pruebas científicas de su efectividad. Por lo tanto, la falta de evidencia no debe utilizarse como única justificación para limitar la utilización de un procedimiento o el aporte de recursos.

2. Objetivos de la Guía

El objetivo central de esta Guía Clínica es mejorar la pesquisa, el diagnóstico y el tratamiento integral en niños, niñas y adolescentes que tengan el Diagnóstico de Trastorno Hipercinético / Trastorno de la Atención. Asimismo persigue optimizar la atención de la población objetivo con el propósito de:

- anticipar al daño y evitar las consecuencias en el curso evolutivo del ciclo vital de la población afectada
- mejorar el uso de recursos asistenciales
- mejorar la calidad de vida del usuario y su familia.

3. Recomendaciones

3.1. Prevención Primaria

De manera coordinada, a contar de 1998, la **Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas** (JUNAEB) con apoyo técnico del MINSAL pone en marcha el programa "Habilidades para la Vida" (HpV), cuya población objetivo incorpora niños y niñas desde el 1° y 2° nivel de transición de la educación parvularia, hasta el 3° básico. (niños de 4 a 9 años) de escuelas municipales y particulares subvencionadas con alto índice de vulnerabilidad social.

El objetivo del **Programa Habilidades para la Vida (HpV)**, a corto plazo, es aumentar el éxito en el desempeño escolar, elevar los niveles de aprendizaje, disminuir la repitencia y el abandono. En el mediano y largo plazo busca disminuir daños en salud (depresión, suicidio, consumo abusivo de alcohol y drogas), prevenir conductas violentas y elevar el bienestar, las competencias personales y la esperanza de vida.

El modelo de intervención del **HpV** se sustenta en los aportes de la epidemiología del desarrollo, las buenas prácticas en promoción y prevención en Salud Mental, la psicología clínica infanto-juvenil y estrategias comunitarias.

Realiza actividades de promoción del desarrollo y bienestar psicosocial con toda la población escolar (padres, niños, profesores, directores) de las escuelas participantes, desarrolla actividades preventivas para los alumnos detectados con conductas de riesgo (incorporando a sus profesores y familias) y apoya la derivación a atención en salud mental de niños y niñas que presentan trastornos del desarrollo, emocionales y de conducta.

Se accede al HpV a través de concurso de proyectos que presentan equipos de trabajo psicosocial comunales, en las Direcciones Regionales de JUNAEB.

En el HpV, la detección de aquellos niños que presentan factores de riesgo psicosocial y conductas desadaptativas en la escuela y el hogar, se realiza mediante la aplicación de instrumentos, validados en Chile, y adaptados por JUNAEB para su uso en el promama HpV: el cuestionario para profesores **TOCA-RR** (Teachers Observation of Classroom Adaptation) y el cuestionario para padres **PSC** (Pediatric Symptom Checklist) (39, 40) (ver anexo 1).

3 GUÍA CLÍNICA

El TOCA-R es un instrumento rigurosamente validado en lo predictivo y en su capacidad para describir de manera confiable las conductas de los niños y niñas escolares, y mostrar la variabilidad suficiente entre ellos como para identificar aquellos con factores de riesgo y conductas desadaptativas asociadas con problemas de salud mental y con una mayor probabilidad de llegar a presentar desórdenes psiquiátricos y conductas riesgosas en y desde la adolescencia (Kellam, Ensminger y Turner, 1977; Kellam, Brown, Rubin, Ensminger y Hendricks, 1983).

El cuestionario TOCA-R ha sido adaptado y validado en Chile (Siraqyan y Mores, 1993; George, Siraqyan, Mores, de la Barra, Rodríguez, López y Toledo, 1995), lo que no sólo facilita su uso sino que, además, permite estudios de comparación, de ajustes y adecuaciones que se puedan realizar a partir de la versión original (Werthamer-Larsson, Kellam, y Wheeler, 1991)."

Instrumento de detección para padres: **"Cuestionario Pediátrico de Síntomas" PSC**", título original, "Pediatric Symptom Checklist", diseñado por el Dr. Jellinek y cols. Hospital General de Massachussets (USA).

El PSC fue desarrollado originalmente como un instrumento de tamizaje corto, fácil de tabular e interpretar, para ser aplicado a los padres de niños en las salas de espera de consulta pediátrica.

Validación: "Pediatric Symptom Checklist: screening school-age children for psychosocial disfuntion" Jellinek, M.; Murphy, M.; Robinson, J. The Journal of Pediatrics 1988.

Adaptación y validación en Chile (Siraqyan y Mores, 1993; George, Siraqyan, Mores, de la Barra, Rodríguez, López y Toledo, 1995).

Es un instrumento para ser contestado por los padres de niños entre 6 y 12 años que detecta dificultades en el funcionamiento psicosocial, sus preguntas se centran en aspectos de la vida cotidiana de los niños: amigos, familia, escuela, juegos, estado de ánimo general.

Contiene 33 preguntas generales con una escala de puntuación de cada ítem de 1 a 3, (1 = nunca, 3 = muy seguido), obteniéndose un puntaje final que se compara con el punto de corte. Presenta una confiabilidad = 0,853 (coeficiente Alpha Cronbach).

La adaptación chilena incorpora 5 ítems que registran antecedentes familiares del niño.

La aplicación masiva de estos instrumentos ha permitido, en el marco del programa HpV, detectar riesgos en población escolar e intervenir precozmente los niños/as con hiperactividad, agresividad, déficit en atención y concentración, y problemas de contacto social. Así se ha demostrado la disminución del riesgo en quienes lo presentan y mejoría en los niveles de aprendizaje.

19 6 1

3.2. Prevención secundaria: Atención Integral de Niñas/Niños y Adolescentes con Trastornos Hipercinéticos/Trastornos de la Atención Sin Comorbilidad

3.2.1. Sospecha y Confirmación Diagnóstica

Las Intervenciones que permiten la Sospecha Diagnóstica son:

a. Detección en el sistema escolar. En las escuelas con programa "Habilidades para la Vida" se utiliza el cuestionario TOCA-RR para profesores y el cuestionario PSC para padres (Ver anexo 1). **Evidencia 2. Grado de recomendación B (39, 40)**. En la población infantil y adolescente de las escuelas sin programa "Habilidades para la Vida" se puede utilizar además el test de Conners abreviado. **Evidencia 3. Grado de recomendación C (20)** (ver anexo 1)

Detección por cualquier profesional del equipo de salud que evalúe la naturaleza del problema, considerando los siguientes criterios:

Evidencia 4 Grado de recomendación C (8, 17, 95, 98).

- ¿Están presentes los tipos de problemas descritos en la definición del cuadro clínico?
- ¿Se presenta el problema en distintos ambientes?

Las Intervenciones para confirmación diagnóstica son:

a. **Consulta médica:** Entrevista realizada por médico, para diagnóstico clínico. La evaluación de síntomas primarios debe incluir la información de fuentes múltiples tales como padres/cuidadores, el niño y personal de la escuela. **Evidencia 4 Grado de recomendación C (8, 29, 33, 46, 51, 52)**

Incluye:

- Evaluación de síntomas específicos del THA y comorbilidad tanto con padres/cuidadores como profesores / personal escolar y el niño/a.
- ♦ Informe escolar, incluyendo cuestionario TOCA-RR o test de Conners abreviado (ver anexo 1).
- Determinar si los síntomas están causando deterioro educacional, social y/o conductual en el hogar y la escuela u otro sitio.
- ♦ Determinar si se reúnen los criterios diagnósticos del CIE-10/DSM IV
- Revisión de la historia médica.
- Examen físico
- Diagnóstico diferencial (ver anexo 2)
- b. **Diagnóstico psicosocial:** Realizado complementariamente por profesional asistente social, enfermera(o), médico, psicóloga(o) y /o terapeuta ocupacional, debe incluir la información de fuentes múltiples tales como padres/cuidadores, el niño y personal de la escuela. Puede ser realizada a través de consultas en centros de salud y/o visitas al hogar o escuela, según necesidad.

Evidencia 4. Grado de recomendación C (29, 52)

Incluye:

- Estilo de resolución de conflictos
- Nivel de organización y recursos de la familia
- Presencia de estresores familiares actuales y pasados
- Presencia de situaciones de crisis y cambios en la vida familiar
- Identificación de situaciones de abuso o negligencia
- Funcionamiento social del niño.
- c. **Estudios de laboratorio o test psicológicos**: Si no hay sospecha de comorbilidad, no se recomienda el uso de exámenes de laboratorio o tests psicológicos para hacer el diagnóstico de THA. **Evidencia 1 Grado de recomendación A (1, 41, 49, 76, 81)**

3.2.2. Diagnóstico Integral

Desde la perspectiva del Modelo Biopsicosocial, el Diagnóstico Integral implica no sólo un exhaustivo diagnóstico biológico y del comportamiento, sino una indagación de todas las dimensiones de la vida del niño, niña o adolescente. Desde esta mirada entonces hablar de diagnóstico integral involucra un diagnóstico de la salud de la familia, a través de la mirada multidisciplinaria del equipo de APS.

Para favorecer el diagnóstico de la salud familiar es preciso recoger todos los antecedentes que aumenten la comprensión del equipo respecto a la situación psicoafectiva y económico-social del niño, niña o adolescente y su familia, detectando factores protectores que potencian positivamente las conductas y que el equipo debe mantener y fortalecer, y también factores de riesgo que generan, mantienen y/o refuerzan los problemas.

Otro aspecto del diagnóstico integral involucra al Sistema Educativo, con el cual el equipo debe interactuar para fortalecer conductas y apoyos al mejor manejo. La interacción con este sistema no sólo serviría en el manejo de cada caso en particular, sino también para la generación de acciones colectivas hacia los grupos de niños, niñas que presenten el problema. Esta instancia de comunicación además favorecería la oportunidad de apoyo de los equipos de APS al colectivo de profesores, en miras a su autocuidado y hacia el desarrollo de competencias para adecuar sus respuestas a los niños en aula.

El diagnóstico sindromático se efectúa de acuerdo a la **clasificación de CIE 10** (73), la cual establece las siguientes categorías:

Clasificación CIE 10	Código CIE-10
Trastornos Hipercinéticos	F90
Trastorno de la Actividad y de la Atención	F90.0
Trastorno Hipercinético disocial	F90.1
Otros Trastornos Hipercineticos	F90.8
Trastorno Hipercinetico sin especificación	F90.9

La **clasificación DSM IV (6)** es muy similar a la CIE 10 y se incluye a continuación con la respectiva equivalencia de códigos CIE 10:

4	414	- \ !	1

Código CIE-10	Clasificación DSM IV	
F90.0	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (314.01)	
F90.8	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (314.00)	
F90.8	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (314.01)	
F90.9	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado (314.9)	

Criterios diagnósticos para Trastorno Hipercinético/de la Atención CIE-10 (73)

F90.0	Trastorno de la Actividad y de la Atención: deben satisfacerse todos los criterios de los trastornos hipercinéticos
	(F90) (que se describen en la tabla siguiente) pero no los de los trastornos del comportamiento disociales (F91)
F90.1	Trastorno Hipercinético Disocial: deben satisfacerse todos los criterios de los trastornos hipercinéticos (F90) (que
	se describen en la tabla siguiente) y los de los trastornos del comportamiento disociales (F91)
F90.8	Otros trastornos hipercinéticos: CIE 10 no entrega especificación sobre esta categoría. Para efectos de la presente
	guía, se incluirán en esta categoría los diagnósticos DSM IV trastorno por déficit de atención con hiperactividad,
	tipo con predominio del déficit de atención y tipo con predominio hiperactivo-impulsivo
F90.9	Esta categoría residual no es recomendada y debe utilizarse solamente cuando haya una falta de diferenciación
	entre F90.0 y F90.1, pero cumpliéndose los criterios generales de F90

F90 Trastornos Hipercinéticos (CIE 10)

Para el diagnóstico se requiere la presencia clara de déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, los que deben ser mantenidos a lo largo del tiempo y expresarse en diferentes ambientes y situaciones. Los síntomas no deben ser mejor explicados por otros trastornos, como trastornos específicos de aprendizaje o retardo mental.

A. Déficit de la atención

Por lo menos seis de los siguientes síntomas de déficit de atención persisten al menos seis meses en un grado que es mal adaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:

- 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.- Frecuente incapacidad para completar las tareas escolares asignadas u otras actividades que le hayan sido encargadas en el trabajo (no originada por una conducta deliberada de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones)
- 5.- Incapacidad frecuente para organizar tareas y actividades
- 6.- A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como las domésticas, que requieran un esfuerzo mental sostenido
- 7.- A menudo pierde objetos necesario para determinadas tareas o actividades tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas
- 8.- Se distrae fácilmente por estímulos externos
- 9.- Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diarias

B. Hiperactividad

Al menos tres de los siguientes síntomas de hiperactividad persisten durante, al menos, seis meses, en un grado mal adaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:

- 1.- Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en el asiento
- 2.- Abandona el asiento en clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado
- 3.- A menudo corre o trepa en exceso en situaciones inapropiadas
- 4.- Es por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas
- 5.- Exhibe permanentemente un patrón de actividad motora excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social

C. Impulsividad

Al menos uno de los siguientes síntomas de impulsividad persiste durante, al menos, seis meses, en un grado mal adaptativo e inconsistente con el nivel de desarrollo del niño

- 1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se les hagan las preguntas completas
- 2.- A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo
- 3.- A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de los demás, por ejemplo irrumpe en las conversaciones o juegos de los otros
- 4.- Con frecuencia habla en exceso, sin una respuesta adecuada a las normativas sociales

D. El inicio del trastorno

No se produce después de los siete años

E. Carácter Generalizado

Los criterio deben cumplirse para más de una situación, es decir la combinación de déficit de atención e hiperactividad deben estar presentes tanto en el hogar como en el colegio u otros ambientes donde el niño puede ser observado, como pudiera ser la consulta médica. La evidencia de esta generalización requiere ser suministrada por varias fuentes

F. Los síntomas de A y C ocasionan un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social o escolar

Criterios diagnósticos DSM IV (6)

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (314.01) : si se satisfacen los Criterios A1 y A2 (que se describen a continuación de esta tabla) durante los últimos 6 meses

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (314.00) si se satisface el Criterio A1 (ver tabla abajo), pero no el criterio A2 durante los últimos 6 meses

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (314.01) si se satisface el Criterio A2 (ver tabla abajo), pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado (314.9) Esta categoría incluye trastornos con síntomas prominentes de desatención o hiperactividad-impulsividad que no satisfacen los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

23 0 1

Criterios A1

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 atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las 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 parece no 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 (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender 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 trabajos escolares o domésticos)
- (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 diarias

Criterios A2

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

Hiperactividad

- (a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- (b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- (c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- (d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- (e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor
- (f) a menudo habla en exceso

Impulsividad

- (g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- (h) a menudo tiene dificultades para guardar tumo
- (i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos)
- 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 [o en el trabajo] y en casa).
- D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica 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 (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

3.2.3. Tratamiento Integral

3.2.3.1. Los objetivos terapéuticos del tratamiento son:

- Disminuir la hiperactividad, la impulsividad y las dificultades de atención y concentración, mejorando el rendimiento escolar y la adaptación a su entorno.
- Contribuir a que la familia mejore sus recursos para la interacción e integración del niño en el contexto familiar y social, disminuyendo el estrés y disconfort familiar generado por la presencia del problema.
- Influir en el sistema educativo para mejorar la comprensión, el manejo e integración del niño, niña o
 adolescente y su familia.

3.2.3.2. Criterios Generales:

- Establecer una base de tratamiento basado en el concepto del THA como una condición de largo tiempo de atención. Evidencia 4 Grado de recomendación C (3, 4, 5, 14, 55)
- Considerar los principios para un abordaje integral del niño y la familia (anexo N° 3) (2, 59)
- Considerar en el tratamiento un abordaje multidisciplinario e interdisciplinario (67, 69)
- Establecer criterios de evaluación de respuesta a tratamiento farmacológico
- Se considera una respuesta adecuada, cuando se aprecie disminución en la sintomatología y la conducta del menor no interfiera en el funcionamiento escolar. Evidencia 4. Grado de recomendación C (recomendación de expertos)
- Además de lo anterior se recomienda seleccionar en conjunto con los padres y el niño al menos tres resultados en las dimensiones: académica, conductual-emocional, social-familiar y seguridad (Ver anexo N° 4). **Evidencia 4. Grado de recomendación C (5)**
- Implementar un plan de tratamiento multimodal, esta estrategia incluye la combinación de intervenciones psicosociales con las niñas, niños y adolescentes, sus familias y la comunidad escolar respectiva, y tratamiento farmacológico. Evidencia 1. Grado de recomendación A (5, 29, 48, 52)
- Se recomienda la realización de intervenciones psicosociales en todas las niñas, niños y adolescentes con diagnóstico de THA, previo a la decisión de tratamiento farmacológico. Si la respuesta terapéutica no es suficiente con las intervenciones psicosociales, se debe considerar tratamiento farmacológico en acuerdo con los padres o cuidadores, resguardando los intereses de las niñas, niños y adolescentes. Evidencia 4. Grado de recomendación C (52)
- Obtener una línea de base de presión arterial, pulso, talla y peso en el contexto de un examen físico.
 Evidencia 4. Grado de recomendación C (52)
- Implementar una curva de crecimiento talla/peso/edad y hacer controles periódicos de pulso y presión arterial. Evidencia 4. Grado de recomendación C (recomendación de expertos)

3.2.3.3. Esquema de tratamiento farmacológico:

Primera línea: Tratamiento Estimulante

Metilfenidato y Anfetamina tienen la mayor evidencia de eficacia y seguridad en el tratamiento del THA, y ellos

25 6 1

siguen siendo el primer paso de la intervención medicamentosa. E**videncia 1. Grado de recomendación A** (18, 24, 25, 42, 48, 53, 57, 64, 67, 68, 69, 71, 72, 77, 86, 87)

No hay predictores clínicos en cuanto a qué niño responderá a qué estimulante. **Evidencia 4. Grado de recomendación C (77)**

Es necesario descartar contraindicaciones al uso de estimulantes (42) (ver anexo 5)

Para esta guía clínica, considerando la evidencia de costo-efectividad y seguridad, se opta por el uso de metil-fenidato como 1ª línea. **Evidencia 1. Grado de recomendación A (18, 59, 69)**

Usar la medicación en un esquema de Lunes a Viernes y con suspensión en el período de vacaciones. **Evidencia 4. Grado de recomendación C (5).**

No existe evidencia de diferencias entre Metilfenidato de corta duración y de larga duración, tanto en términos de mejoría de síntomas como en efectos colaterales. **Evidencia 1. Grado de recomendación A (43, 57, 74, 90, 101, 102).**

No hay evidencia que apoye un rango determinado de dosis terapéutica en personas con THA. Cada niño, niña o adolescente, sin embargo, tiene una curva única de dosis-respuesta (52, 77).

Así, se recomienda el uso de un esquema de titulación más bien basado en milígramos que una fórmula ajustada por peso. Los clínicos deben utilizar una gama completa de dosis del estimulante respectivo (42, 77). **Evidencia 4. Grado de recomendación C**

Los estimulantes de larga acción se deben utilizar en dosis diarias equivalentes a los de corta acción. (77). **Evidencia 4. Grado de recomendación C**

Dosis recomendadas de metilfenidato: 0,3-1,0 mg. por kilo. de peso
No iniciar con dosis mayor de 0,3 mg. por kilo de peso
Dosis habitual: 5 a 40 mg/día (dosis máxima: 60 mg/día)
Se debe cambiar a otro medicamento en caso de efectos no deseados persistentes y que interfieran con el normal funcionamiento o desarrollo del niño o niña
Ver Anexo 6 sobre efectos no deseados (8, 30, 42)

Inicio de tratamiento farmacológico acorde con el siguiente esquema:

PESO (Kg)	1º semana	2º semana
< 30 kg	5 mg	10 mg
30 kg a 40 kg	5mg - 5mg	10mg - 5mg
> 40 kg	5mg - 5mg	10mg - 10mg

Control por profesional de salud (médico, enfermera y/o psicólogo) a las 2 semanas de iniciado el tratamiento y por médico a las 4 semanas, para evaluación de cumplimiento de objetivos terapéuticos.

Respuesta positiva: se mantiene este esquema y control a las cuatro semanas por médico y derivación a continuidad del tratamiento por otro profesional de salud capacitado.

Respuesta positiva = Disminución evidente de sintomatología en al menos dos áreas del ambiente de vida del niño, niña, adolescente: familiar y escolar

Respuesta negativa: ajustar dosis según peso, tolerancia a metilfenidato y efecto de acuerdo a objetivos terapéuticos y efectuar control médico a las cuatro semanas. Si persiste respuesta negativa después de 3 meses, a pesar de ajustes de dosis de metilfenidato, reevaluar diagnóstico y/o considerar cambio de fármaco (ver sección 3.4)

3.2.3.4. Intervenciones psicosociales individuales y grupales:

Estas se realizan conjuntamente al tratamiento farmacológico (45, 52, 53, 69).

- a. **Psicoeducación**. Realizada por profesional de salud, del equipo de salud (médico, enfermera, psicólogo o asistente social) *Evidencia 4. Grado de recomendación B (52, 95*). Consiste en compartir información respecto de las características del trastorno y sus consecuencias contextuales y del manejo técnico esperado, tanto con los adultos responsable (familiares o no familiares) como con las niñas, niños y adolescentes. Conceptualizándolo como un trastorno neurobiológico, con influencias en su evolución, de los factores de riesgo y protectores del contexto medio ambiental del niño, niña o adolescente, modificando creencias y mitos que pudiesen existir, desestigmatizando y reforzando el carácter no intencional del comportamiento del niño. Además, pretende promover la adherencia al tratamiento farmacológico y psicosocial.
- b. **Entrenamiento en habilidades parentales** (grupal) *Evidencia 1. Grado de recomendación A (31, 33, 50, 53, 64, 66, 67, 68, 69, 75)*. El entrenamiento a padres o cuidadores está basado en la teoría del aprendizaje social y ha sido creado para promover en los padres el desarrollo de habilidades para manejar las conductas de sus hijos con THA.

El objetivo de este tipo de entrenamiento es enseñar a los padres o cuidadores a identificar y observar los comportamientos problemáticos de los niños y manejar los antecedentes y consecuencias de la conducta de éstos a través del uso de recompensas sociales y materiales, y el uso de estrategias disciplinarias como quitar la atención, tiempo fuera, entre otras.

El entrenamiento parental se puede llevar a cabo a través de intervenciones psicosociales grupales con los padres de los niños con THA o adultos significativos. Puede ser realizada en establecimientos educacionales, espacios de agrupaciones de padres y familiares u otros espacios comunitarios.

27661

- c. Entrenamiento en habilidades sociales para los niños (grupal). Evidencia 2. Grado de recomendación A (31, 33, 53, 64, 67, 68, 69, 99). Su objetivo es mejorar las competencias sociales de los niños a través del desarrollo de habilidades cooperativas, resolución verbal de conflictos, autocontrol de la conducta, expresión adecuada de emociones y desarrollo de una percepción positiva de sí mismo. Se sugiere la utilización de intervención grupal para este entrenamiento de habilidades sociales.
- d. Intervenciones educacionales. Evidencia 2. Grado de recomendación A (2, 3, 4, 5, 52, 95, 96). Las intervenciones educacionales apuntan a mejorar ambientes de aprendizaje. Por lo tanto, es muy importante que los profesores dispongan de estrategias para manejar la conducta de estos niños, más aún cuando los medios son escasos y cuando hay un importante número de niños en los cursos. Se requieren diseños e implementaciones de estrategias conjuntas y coordinadas entre equipos de atención de salud y equipos de establecimientos educacionales. En los lugares donde haya Programa Habilidades para la Vida, este se debe considerar en el manejo del estudiante
- e. **Manejo de contingencias en el ambiente escolar.** *Evidencia 2. Grado de recomendación B (8).* Las intervenciones en la escuela habitualmente incluyen programas de consecuencias en el aula, programas de intervención coordinadas con el hogar del niño, intervenciones tendientes a promover el autocontrol, y programas de modificación de las tareas escolares y del ambiente en la sala de clases. Respecto a esto último, los niños con THA tienen especial necesidad de que la sala de clases esté estructurada y conocer con exactitud lo que se espera de ellos respecto a las tareas escolares y a la conducta.

 Este tipo de intervención se recomienda para ser aplicada en los cursos de los niños que presentan THA con conductas disruptivas o poco adaptativas en la sala de clases. Es aplicada por el profesor del curso el cual, es capacitado y apoyado técnicamente por el equipo de salud mental.

 En los lugares donde haya Programa Habilidades para la Vida, este se debe considerar en el manejo del estudiante.
- f. **Actividades deportivas y recreativas.** *Evidencia 4. Grado de recomendación C.* El desarrollo de habilidades deportivas y otras capacidades recreacionales pueden ser un complemento importante del tratamiento de los niños con THA. El objetivo es que el niño con este trastorno pueda incorporarse en su escuela o en la comunidad a actividades deportivas y recreativas que le permitan desplegar sus habilidades y creatividad, que tengan una organización y estructura de participación sistemática, demanden el cumplimiento de normas y horarios, y promuevan el trabajo cooperativo y en equipo.
- g. **Grupos de autoayuda Evidencia 4. Grado de recomendación C (52, 95)**. Se debe promover la organización y conformación de grupos de padres y familiares de niños y adolescentes con THA de manera tal:
 - de incentivar los comportamientos de autoayuda,
 - el intercambio de información,
 - la sensibilización a otros padres, profesores y comunidad,
 - la capacitación en habilidades de manejo conductual,
 - ♦ la utilización de las redes de apoyo y la vinculación con los sistemas de salud y educación.

GUÍA CLÍNICA

3.2.4. Seguimiento de Tratamiento:

3.2.4.1. Consultas de control: Evidencia 4. Grado Recomendación B (5, 43, 52)

Los niños/as con THA con buena respuesta al tratamiento integral de acuerdo a los objetivos terapéuticos y sin efectos no deseados, deberán mantener controles cada tres meses y control por médico al término del año escolar.

A partir del 2º año de tratamiento, asegurar un control médico al inicio y término del período escolar con el fin de evaluar la necesidad de suspensión y/o mantención del tratamiento farmacológico y control cada tres meses de acuerdo a disponibilidad de recursos.

No hay estudios que documenten claramente la frecuencia apropiada de controles de seguimiento

3.2.4.2. Visita domiciliaria:

Actividad de apoyo a la evaluación integral y tratamiento en el caso de niños, niñas y adolescentes con factores de mayor riesgo, gravedad del trastorno, problemas de adherencia al tratamiento y/o insuficiente respuesta terapéutica **Evidencia 4. Grado de recomendación C (recomendación de expertos)**

Se realiza en:

- **el hogar**, con padres, hermanos, otros familiares, cuidadores en instituciones de protección (por ejemplo, SENAME u otros), etc.
- **el establecimiento educativo**, con orientadores, psicopedagogos, profesores y pares.

3.2.4.3. Rescate:

En el primer año de tratamiento, se efectuará frente a inasistencia durante un mes a control con médico u otro profesional y se realizará a través de contacto telefónico al hogar y/o escuela para nueva citación. Frente a la no respuesta se realizará visita domiciliaria.

En el segundo año de tratamiento, se realizará rescate después de tres meses de inasistencia continua. Se excluyen meses estivales.

3.2.4.4. Egreso:

Se recomienda reevaluar a los niños, niñas y adolescentes con THA cada año, de preferencia al inicio del período escolar, y según resultados considerar posibilidad de egreso. E**videncia 4. Grado de recomendación C** (recomendación de expertos)



3.3. Atención Integral de Niñas/ Niños y Adolescentes con Trastornos Hipercinéticos /Trastornos de la Atención con Comorbilidad

3.3.1. Criterios de inclusión y de exclusión

Inclusión: Se consideran en esta categoría a niñas, niños y adolescentes que reúnan los criterios de diagnóstico definidos para THA y que presenten comorbilidad con:

Trastornos Disociales F91

Trastornos Afectivos F30-F39

Trastornos de las Emociones de Comienzo Habitual en la Infancia F93

Trastornos Específicos del Desarrollo del Aprendizaje Escolar F81

Retraso Mental leve o moderado F70 y F71

Trastornos de Tics F95

Trastornos Generalizados del Desarrollo F84

Trastornos Específicos del Desarrollo del Habla y del Lenguaje F80

Epilepsia

Exclusión: Niños, niñas y adolescentes en que los síntomas sean secundarios a situaciones de maltrato infantil, abuso sexual y violación y otras situaciones psicosociales y familiares adversas graves como abandono y psicopatología parental severa. Estos deben ser derivados a los programas respectivos

3.3.2. Diagnóstico Integral

En estos casos se requiere una evaluación clínica más exhaustiva con el fin de precisar las características biopsicosociales y del desarrollo del niño, niña o adolescente, del THA y de la comorbilidad, así como de las circunstancias familiares y sociales. Los componentes posibles de la evaluación incluyen los siguientes. **Evidencia 4 Grado de**

recomendación C (1, 8, 29, 33, 46, 48, 51):

- a. Entrevista a los padres y/o cuidadores
- b. Entrevista al niño o niña
- c. Evaluación psico-pedagógica
- d. Examen clínico
- e. Exámenes complementarios
- f. Evaluación psicológica
- g. Evaluación de terapia ocupacional
- h. Evaluación fonoaudiológica

Para cada niño, niña o adolescente el equipo clínico debe decidir que componentes de la evaluación se aplicarán, según la necesidad de cada caso particular y el principio de economía de recursos.

a. **Entrevista a los padres y/o cuidadores:** El propósito es obtener información referente a la presentación del cuadro clínico del niño, niña o adolescente para formular el diagnóstico y elaborar un plan de tratamiento.

- Realizar una anamnesis detallada de la historia de los problemas actuales del niño o la niña, característica de los síntomas (frecuencia, duración, variación circunstancial) y cualquier comportamiento asociado. Debe hacerse énfasis en los criterios de diagnóstico para THA y los desórdenes asociados. El informe parental de los síntomas de los niños/as es un componente esencial de la evaluación diagnóstica.
- Obtener una historia de complicaciones obstétricas y perinatales. Ciertas complicaciones, incluyendo parto de pre-término y abuso maternal de cigarrillo, drogas y alcohol se han asociado a THA
- Obtener una historia de la evolución del desarrollo para consignar cronológica y progresivamente los problemas.
- Obtener la historia familiar de THA y otras patologías psiquiátricas y/o neurológicas del grupo familiar. Existe consenso en la literatura de la contribución de factores genéticos para el THA (54).
- Realizar una evaluación del funcionamiento familiar, incluyendo relaciones intrafamiliares, patrones de comunicación, estilos parentales de crianza y la presencia de conflicto conyugal, a través de las entrevistas tanto a los padres o cuidadores como al niño, niña o adolescente.
- Historia médica del niño o la niña. Antecedentes mórbidos ocurridos durante su ciclo vital.

b. Entrevista con el niño, niña o adolescente

El foco de la entrevista debe estar en la opinión del niño, niña o adolescente sobre su problema, estilo atribucional y su actitud frente al tratamiento, de acuerdo a su etapa evolutiva. Se debe llevar a cabo una historia y examen del estado mental, que enfatice la búsqueda de sintomatología sobre:

- Conducta oposicionista
- Comportamiento agresivo
- ♦ Humor y afecto
- Ansiedad
- Obsesiones o compulsiones
- Forma, contenido, y lógica del pensamiento y de la percepción
- Coordinación motora fina y gruesa
- Tics, estereotipias o manierismos
- Capacidades del discurso y lenguaje.
- Estimación clínica de la inteligencia
- Lesiones en la piel
- Estigmas genéticos

El niño, niña o adolescente, debe ser incorporado al proceso terapéutico con una comprensión de su opinión, de sus dificultades, posibilidades de tratamiento y su responsabilidad en el manejo del desorden.

c. **Evaluación Psicopedagógica** (con Informes de funcionamiento escolar, rendimiento y conducta) Los niños, niñas o adolescentes que tienen THA pueden experimentar mal rendimiento escolar. Este cuadro no inhabilita el aprendizaje por si mismo, pero puede interferir con la capacidad del individuo para alcanzar los logros educativos, lo cual puede requerir evaluaciones e intervenciones psicopedagógicas. Existen en el THA altos niveles de co-morbilidad con Trastornos Específicos del Aprendizaje (TEA). Si en la evaluación clínica se sospecha TEA, se debe derivar para evaluación psicopedagógica **Evidencia 4.**

Grado de recomendación C (recomendación de expertos)



- d. **Examen clínico:** La evaluación clínica permite:
 - Identificar problemas médicos subyacentes que contribuyen a la presentación
 - Contraindicaciones potenciales a la intervención farmacológica.

El examen físico de los niños, niñas o adolescentes que presentan THA debe incluir una investigación de los distintos sistemas, detalles de los problemas de salud anteriores, tratamientos actuales y examen físico propiamente tal. El estado de la visión y la audición deben ser determinadas y probadas formalmente si está indicado. Se debe precisar peso, talla, frecuencia cardiaca y presión arterial.

- e. **Exámenes complementarios:** Otras investigaciones físicas deben ser realizadas cuando se piensa que son importantes en la determinación de un problema médico subyacente. Tales investigaciones pueden incluir:
 - Análisis de sangre (plomo, hormonas tiroideas)
 - Estudios electrofisiológicos (electroencefalografía)
 - ◆ TAC
 - RNM
 - ECG en preparación para farmacoterapia con tricíclicos

Sin embargo, las investigaciones neuroradiológicas, neurofisiológicas, neuroquímicas y cromosómicas no tienen sustento actual para su uso rutinario en el diagnóstico del THA **Evidencia 1 Grado de recomendación A (1, 41, 49, 76, 81)**

- f. **Evaluación psicológica:** Realizada por psicólogo infanto juvenil. La mayoría de las pruebas psicológicas no son parte rutinaria del proceso de diagnóstico. El uso de estas pruebas debe estar en base de una hipótesis específica en un caso específico. El objetivo de la evaluación es el diagnóstico de las características psicológicas del niño, niña o adolescente y su familia para planificar la intervención.
- g. Evaluación de Terapia Ocupacional: Realizada por Terapeuta Ocupacional especializado(a) en niños(a) y adolescentes. El objetivo de la evaluación es el diagnóstico de las necesidades específicas de intervención para el niño, relacionadas con su desempeño ocupacional, expresado en el juego, actividades de la vida diaria, adaptación escolar y relaciones sociales, así como posibles disfunciones de la integración sensorial.
- h. **Evaluación Fonoaudiológica:** Realizada por Fonoaudiólogo(a) especializado(a) en niños(a) y adolescentes. El objetivo de la evaluación es el diagnóstico de trastornos del habla y lenguaje

3.3.3. Tratamiento Integral Multimodal

Los niños/as y adolescentes con THA con comorbilidad requieren un tratamiento multimodal, multidisciplinario y de largo plazo, que incluya tanto medicamentos como diversas intervenciones psicosociales **Evidencia 4. Grado de recomendación C (recomendación de expertos)**

El plan terapéutico debe ser individualizado, con intervenciones de acuerdo a las necesidades específicas de cada

niño, niña o adolescente y su familia. Es necesario determinar objetivos terapéuticos más allá del simple mejoramiento sintomático.

Los criterios generales y los objetivos terapéuticos son similares que para THA sin comorbilidad.

3.3.3.1. Consideraciones específicas para tratamiento de THA con algunas comorbilidades psiquiátricas

a. Niños, niñas y adolescentes con THA y Desórdenes Depresivos y Ansiosos Comórbidos

El tratamiento debe centrarse en primera instancia en el desorden más severo y que produce mayor deterioro para el niño, niña o adolescente, dado que el tratamiento de un desorden da lugar a menudo a la mejoría de los síntomas asociados al otro desorden. Se recomienda que la farmacoterapia sea iniciada solamente para un desorden, el que se juzgue más severo.

Niños, niñas y adolescentes con inequívoco desorden depresivo mayor (DDM), que experimenten un humor depresivo asociado a signos neurovegetativos significativos, se deben tratar primero con un Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina (ISRS).

Es probable que la mayoría de niños/as y adolescentes con comorbilidad THA/DDM se puedan manejar con un estimulante. Sin embargo, existe un fuerte consenso que el tratamiento inicial con un ISRS debe existir como opción para tratar los niños, niñas y adolescentes que se presentan con una depresión más severa.

Una vez que se inicia y optimiza la farmacoterapia para el desorden más severo, puede evaluarse la sintomatología del desorden comórbido para determinar la necesidad de farmacoterapia.

Estas recomendaciones, se basan en el consenso de expertos porque existen datos mínimos de la investigación para apoyar recomendaciones fármaco terapéuticas en la comorbilidad THA y DDM (77).

Los algoritmos del tratamiento para THA con ansiedad comórbida han recomendado que el THA sea tratado primero con estimulantes y luego sea agregado un ISRS para el tratamiento de la ansiedad persistente (77).

La experiencia clínica sugiere que el uso de atomoxetina para el tratamiento de THA con ansiedad comórbida es un acercamiento viable, alternativo. Se recomienda como paso 1 el uso de estimulantes y la atomoxetina como paso 2 (77).

b. THA y Trastornos de Tics

Los estimulantes son un tratamiento apropiado para los niños, niñas o adolescentes con THA y desorden de tics comórbidos, dado que en promedio, la mayoría de los pacientes del desorden de THA/Tics no experimentarán una exacerbación de sus tics con los estimulantes (21, 37, 58).

38 6 1

A pesar de reportes aislados que la atomoxetina puede exacerbar los tics, análisis preliminares de un ensayo controlado de atomoxetina en niños con THA y tics no demuestran que la atomoxetina empeoró los tics en relación a placebo (94).

Si este estimulante empeorara los tics, un alfa-agonista se debe agregar al estimulante. La eficacia de combinar el metilfenidato y la Clonidina ha sido validada al menos en un ensayo doble-ciego, placebo-controlado de estos agentes (94). De manera similar, para la Guanfacina ha sido demostrada su eficacia para disminuir tanto síntomas de THA como severidad de tics, en al menos un ensayo doble-ciego, placebo-controlado (84).

Si un alfa-agonista conjuntamente con un estimulante no mejora adecuadamente los tics, un antipsicótico atípico se puede utilizar conjuntamente con estimulante. Los ensayos controlados han demostrado que los antipsicóticos atípicos son superiores al placebo y se comparan favorablemente a los antipsicóticos típicos para el control de tics (19, 82, 85)

Otra alternativa al tratamiento de THA con comorbilidad de Trastorno de Tics es la Desipramina. En al menos en un estudio de alta calidad doble-ciego y placebo-controlado se observó una disminución significativa de las manifestaciones de ambas condiciones clínicas (89).

c. THA y Trastorno de conducta

El tratamiento farmacológico de elección es el psicoestimulante, si persisten problemas severos de agresión se podría considerar la combinación con un antipsicótico atípico (58).

d. THA y Trastornos Específicos del Desarrollo del Aprendizaje Escolar

El metilfenidato es menos efectivo en reducir síntomas de THA en niños, niñas y adolescentes con Trastornos del Aprendizaje (44), por lo que en estos casos se deben intensificar las intervenciones psicosociales para ambos trastornos.

e. THA y Trastornos Generalizados del Desarrollo

El metilfenidato también está indicado en el THA asociado a Trastorno Generalizado del Desarrollo, aunque se debe tener presente que su efectividad en estos niños, niñas y adolescentes es levemente inferior a la que tiene en el THA sin comorbilidad y que el riesgo de efectos colaterales es algo superior (79).

f. THA y Trastorno Bipolar

En al menos un estudio doble-ciego placebo-controlado se ha demostrado que el Divalproato de Sodio solo no es suficiente para tratar niños, niñas y adolescentes con THA y síntomas maníacos (88). Una vez que se han controlado los síntomas bipolares con divalproato, se debe agregar un medicamento estimulante para manejar los síntomas de THA. La anfetamina, al menos, se ha demostrado que tiene un bajo riesgo de precipitar un episodio maníaco (88).

3.3.3.2. Intervenciones psicosociales generales para THA con comorbilidad

Mientras que los síntomas de base del THA se pueden manejar con eficacia con medicamentos, hay menos evidencia que las intervenciones psicosociales tengan un efecto significativo en estos síntomas. **Evidencia 4.**

Grado de recomendación C (recomendación de expertos)

La fuerza de la evidencia referente a intervenciones psicosociales es complicada por los diseños de investigación, que frecuentemente limitan la evaluación al corto plazo y programas sin seguimiento en el ambiente natural del niño.

La mayoría de las condiciones comórbidas, incluyendo los trastornos oposicionistas y disociales, se pueden tratar con combinaciones de intervenciones farmacológicas y psicosociales. Las intervenciones psicosociales descritas en la sección 3.2.3.4. también son aplicables a THA con comorbilidad. Además, se deben considerar las siguientes intervenciones:

a. Terapias grupales de tipo conductual para padres, familiares o cuidadores

Terapias grupales de tipo conductual realizadas por psicólogo dirigidas a los padres se recomiendan para el tratamiento de problemas del comportamiento co-mórbidos.

Los niños/as y adolescentes con THA y comorbilidad presentan diversos problemas en el hogar y la comunidad, por lo tanto entregar a los padres habilidades de manejo tiene valor intrínseco como estrategia del tratamiento.

También se ha demostrado que los niños con THA y comorbilidad despiertan más reacciones negativas en los padres, convirtiéndose en un ciclo de patrones negativos de interacción. El entrenamiento conductual de los padres ha demostrado reducir conflictos con los niños/as y adolescentes. La inclusión del entrenamiento de padres ha demostrado aumentar la aceptabilidad de los programas de tratamiento y mejorar el bienestar parental.

Evidencia 1. Grado de recomendación A (33, 50, 64, 67, 69, 75).

b. Psicoterapia individual

La psicoterapia individual para THA apunta a instaurar comportamientos autoregulatorios y reflexivos apropiados en los niños que han tenido dificultad en desarrollar estas habilidades. **Evidencia 4. Grado de recomendación C (recomendación de expertos)**

La psicoterapia individual no se recomienda rutinariamente.

La psicoterapia se puede utilizar para problemas secundarios al hecho de presentar un THA y sus efectos sobre la autoestima y el funcionamiento de la familia.

c. Terapia ocupacional

Intervenciones destinadas al manejo de los trastornos diagnosticados.

d. Tratamiento fonoaudiológico

Intervenciones específicas según el trastorno identificado.

e. Intervenciones a nivel de la escuela

El equipo de salud debe implementar en conjunto con la escuela un programa de intervención acadé-

35 01

mico y conductual individualizado que responda a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes con THA y comorbilidad.

3.3.4. Seguimiento de Tratamiento:

3.3.4.1. Consultas de control:

Los niños/as con THA con buena respuesta al tratamiento integral de acuerdo a los objetivos terapéuticos y sin efectos no deseados, deberán mantener controles según evolución y respuesta al tratamiento, por médico, enfermera y/o psicólogo clínico y/u otro profesional, según sea pertinente.

A partir del 2º año de tratamiento, asegurar tres controles por médico al año, y otros profesionales del equipo con el fin de evaluar la adherencia, y respuesta farmacológica y factores psicosociales.

No hay estudios que documenten claramente la frecuencia apropiada de controles de seguimiento (5, 43) **Evidencia 4. Grado Recomendación B.**

3.3.4.2. Visita domiciliaria:

Apoyo a la evaluación integral y tratamiento: se realiza al hogar y/o escuela. De características similares a las descritas para la visita domiciliaria de THA sin morbilidad (sección 3.2.4.2.).

3.3.4.3. Rescate:

Se efectuará frente a primera inasistencia y se realizará a través de contacto telefónico al hogar y/o escuela para nueva citación. Frente a la no respuesta se realizará visita domiciliaria nuevamente hasta lograr su rescate.

3.4. Atención Integral de Niñas/ Niños y Adolescentes con Trastornos Hipercinéticos /Trastornos de la Atención Resistentes a Primera Línea de Tratamiento y/o con Efectos Secundarios Severos a Metilfenidato.

3.4.1. Criterios de inclusión

Niñas, niños y adolescentes que reúnan los criterios de diagnóstico definidos para THA y que hayan recibido tratamiento integral con medicamento de 1ª línea (metilfenidato) e intervenciones psicosociales individuales y grupales, por al menos seis semanas, sin haber obtenido una respuesta positiva y/o haber tenido efectos secundarios severos con metilfenidato (ver anexo 6).

3.4.2. Diagnóstico Integral

Se debe efectuar una evaluación clínica y diagnóstico diferencial (ver anexo 2) similar a la del punto 3.3.1. de THA con comorbilidad. *Evidencia 4 Grado de recomendación C (1, 8, 29, 33, 46, 48, 51)*

Incluyendo:

- a. Entrevista a los padres y/o cuidadores
- b. Entrevista al niño o niña
- c. Evaluación psico-pedagógica
- d. Fxamen clínico
- e. Exámenes complementarios
- f. Evaluación psicológica
- g. Evaluación de terapia ocupacional
- h. Evaluación fonoaudiológica

Para cada niño, niña o adolescente el equipo clínico debe decidir que componentes de la evaluación se aplicarán, según la necesidad de cada caso particular y el principio de economía de recursos.

3.4.3. Tratamiento Integral Multimodal

3.4.3.1. Intervenciones psicosociales individuales y grupales:

Similares a las descritas para THA sin y con morbilidad

3.4.3.2. Esquema de tratamiento farmacológico

Segunda línea: Estimulante Alternativo

Si los síntomas del THA no mejoran con metilfenidato, o si ocurren efectos secundarios que hacen inadecuado su uso a largo plazo, se debe cambiar a anfetamina. **Evidencia 1. Grado de recomendación A (25, 30, 53, 57, 72, 75)**

Atención Integral de Niñas/ Niños y Adolescentes con Trastorno Hipercinético/Trastorno de la Atención (THA)

37.6 6 1

Tercera Línea: Atomoxetina

Atomoxetina se puede usar en niñas, niños y adolescentes con THA:

- que presenten un problema de abuso de sustancias o
- después de un ensayo con estimulantes, o
- que experimenten efectos secundarios severos tales como labilidad del humor o tics severo.

Evidencia 1. Grado de recomendación A (12, 17, 38, 56, 57, 62, 63, 72, 78).

En niños, niñas y adolescentes, la atomoxetina se inicia en una dosis de 0.3 mg./kg. día y titulado en 1 a 3 semanas a una dosis máxima de 1.2 a 1.8 mg./kg día.

Los adolescentes con peso de adulto deben comenzar con 40 mg. de atomoxetina diarios y titular 80 a 100 mg/día de atomoxetina en 1 a 3 semanas, si es necesario. **Evidencia 1. Grado de recomendación A (38, 57).**

La experiencia clínica sugiere que la dosificación dos veces al día (temprano en la mañana y tarde) es más efectiva y menos propensa a efectos secundarios.

Michelson y otros. (2002) demostraron que aunque atomoxetina era superior al placebo en la semana 1 del ensayo, sus mayores efectos fueron observados en la semana 6, sugiriendo que los pacientes sean mantenidos con las dosis terapéuticas completas por lo menos varias semanas para observar los efectos totales del medicamento. *Evidencia 1. Grado de recomendación A (63)*.

El 17 de diciembre de 2004, la FDA requirió que una advertencia se agregue a la atomoxetina como resultado de informes de dos pacientes (un adulto y niño) que desarrollaron enfermedad del hígado severa. Ambos pacientes recuperados. En los ensayos clínicos de 6.000 pacientes, no se encontró ninguna evidencia de hepatoxicidad. Los pacientes que desarrollan ictericia u orina oscura u otros síntomas de la enfermedad hepática deben discontinuar atomoxetina. **Evidencia 4. Grado de recomendación C (35).**

Sin embargo, no se recomienda que una línea de base o la supervisión de laboratorio de rutina de la función hepática sean necesarias para el tratamiento con atomoxetina. **Evidencia 4. Grado de recomendación C (72).**

En septiembre de 2005, la FDA también publicó una alarma con respecto a la ideación suicida con atomoxetina en niños y adolescentes. **Evidencia 4 Grado de recomendación C (36).**

En 12 ensayos controlados que implicaban a 1.357 pacientes que tomaban atomoxetina y 851 que tomaban placebo, el promedio de riesgo de pensamiento suicida fue 4/1.000 en el grupo de atomoxetina contra 0 en el grupo que tomaba placebo. Había una tentativa del suicidio en el grupo de atomoxetina pero ningún suicidio completado. Este riesgo no invalida su uso, pero se recomienda discutir el tema con los pacientes y la familia; por otra parte los niños deben ser supervisados por el inicio de ideación suicida, particularmente en los primeros meses del tratamiento. (58). **Evidencia 4. Grado de recomendación C.**

GUÍA CLÍNICA

Cuarta línea: Tratamiento Antidepresivo

Se puede seleccionar Bupropion o un antidepresivo tricíclico (Imipramina o Nortriptilina) (11, 22). Aunque la evidencia es débil para el uso de estos fármacos. Cuando se indica a un niño, niña o adolescente un tricíclico, se debe realizar un electrocardiograma al inicio y después que el niño esté tomando una dosis estable (22).

Quinta línea: Antidepresivo Alternativo

Si los síntomas del THA no mejoran o se producen efectos secundarios significativos con el antidepresivo usado en la etapa 4, entonces el médico deben cambiar a un antidepresivo alterno (52, 95)

Sexta línea: Alfa-Agonistas

Aunque los alfa-agonistas como la clonidina reducen los síntomas del THA, su tamaño de efecto es menor que los estimulantes y probablemente más pequeño que atomoxetina y antidepresivos (23). Sin embargo siguen siendo considerados en la etapa final de los algoritmos para el tratamiento del THA. Se puede elegir clonidina o guanfacina (52, 95).

El monitoreo del pulso y de la presión arterial debe ser realizado periódicamente, aunque el monitoreo electrocardiográfico usualmente no es necesario.

3.4.4. Seguimiento de Tratamiento:

Similar a lo descrito para THA sin y con comorbilidad.

4. Grupo de trabajo y metodología:

4.1. Grupo de Trabajo

Los siguientes profesionales aportaron a la elaboración de esta guía. El Ministerio de Salud reconoce que algunas de las recomendaciones o la forma en que han sido presentadas pueden ser objeto de discusión, y que éstas no representan necesariamente la posición de cada uno de los integrantes de la lista.

Médico Pediatra, Jefe del Departamento de Salud del Estudiante, JUNAEB
Psicóloga, Coordinadora Nacional Programa Habilidades para la Vida, Departamento
de Salud del Estudiante, JUNAEB y Académica Universidad de Chile
Magister en Psicología Clínica Infanto-juvenil, COSAM Pudahuel y Hospital Clínico
Universidad Chile
Médico Psiquiatra Infantil, Encargada de Salud Mental Servicio de Salud Metropoli-
tano Sur Oriente
Médico Familiar. Presidenta de la Sociedad Chilena de Medicina Familiar y Académi-
ca Universidad de Chile
Médico Familiar. Directora de la Sociedad Chilena de Medicina Familiar y Académica
Universidad de Chile
Médico Pediatra, Jefe Departamento Ciclo Vital, División de Prevención y Control de
Enfermedades, Subsecretaría de Salud Publica, MINSAL
Médico, M.Sc International Health & Devp., Management U Birmingham U.K., Asesora
Ministerio de Salud.
Médico Psiquiatra Infantil, Hospital Barros Luco T., Servicio de Salud Metropolitano
Sur. Revisor de Evidencia y redactor de la primera etapa de la elaboración de la Guía
Clínica.
Médico Pediatra y Neuróloga, Representante de la Sociedad Chilena de Pediatría,
Hospital Gustavo Fricke y Docente Universidad de Valparaíso.

Leticia Ávila	Médico, Asesora de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud.		
Claudia Carniglia	Terapeuta Ocupacional, Encargada de Salud Mental del Servicio de Salud		
	Metropolitano Sur		
Lilian Urrutia	Médico Psiquiatra, Asesora de Salud Mental, Subsecretaria de Red Asistencial Minis-		
	terio de Salud.		
Natalia Arroyo	Terapeuta Ocupacional, Asesora de Salud Mental del Servicio de Salud Metropolita-		
	no Norte		
Patricia Narváez	Enfermera y Matrona, Asesora del Departamento de Salud Mental, División de Pre-		
	vención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud		
María Angélica Caprile	Asistente Social, Asesora del Departamento de Salud Mental, División de Prevención		
	y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud, Coordinadora Grupo de Trabajo		
Alberto Minoletti	Médico Psiquiatra, Jefe Departamento de Salud Mental, División de Prevención y		
	Control de Enfermedades, Ministerio de Salud, Coordinador Grupo de Trabajo		

4.2. Declaración de conflictos de interés

Ninguno de los participantes ha declarado conflicto de interés respecto a los temas abordados en la guía.

Fuente de financiamiento: El desarrollo y publicación de la presente guía han sido financiados íntegramente con fondos estatales.

4.3. Revisión sistemática de la literatura

Se realizó una búsqueda amplia de estudios científicos publicados sobre las materias evaluadas, utilizando las palabras claves para obtener respuestas a los temas y preguntas identificadas. Las bases de datos consultadas fueron:

- ☐ Guías clínicas y estudios disponibles a través de Tripdatabase
- ☐ National Guideline Clearinghouse, National Institute of Health, USA
- ☐ Cochrane Database of Systematic Reviews
- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE) (base de datos producida por el UK NHS Centre for Reviews and Dissemination de la Universidad de York)
- ☐ Medline (base de datos de la National Library of Medicine de EE.UU.)
- ☐ Lilacs (base de datos de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud)

Los idiomas fueron inglés y español y se evaluaron los estudios con abstracs disponibles para una primera selección.

Se privilegió el análisis de guías clínicas que respondieran a los estándares de AGREE Collaboration, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorizados.



4.4. Formulación de las recomendaciones

Se mantuvieron reuniones de trabajo con expertos de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, JUNAEB, Sociedad de Psicólogos Clínicos, Representantes de la Atención Primaria y MINSAL con el objeto de ir concensuando los alcances de la guía.

4.5. Vigencia y actualización de la guía

Plazo estimado de vigencia: 2 años desde la fecha de publicación. Esta guía será sometida a revisión cada vez que surja evidencia científica relevante, y como mínimo, al término del plazo estimado de vigencia.

4.6. Niveles de evidencia y grados de recomendación

Tabla 1: Niveles de evidencia

Nivel	Descripción
1	Ensayos aleatorizados
2	Estudios de cohorte, estudios de casos y controles, ensayos sin asignación aleatoria
3	Estudios descriptivos
4	Opinión de expertos

Tabla 2: Grados de recomendación

Grado	Descripción	
А	Altamente recomendada, basada en estudios de buena calidad.	
В	Recomendada, basada en estudios de calidad moderada.	
С	Recomendación basada exclusivamente en opinión de expertos o estudios de baja calidad.	
I	Insuficiente información para formular una recomendación.	

ANEXOS DE LA GUÍA

ANEXO 1: INSTRUMENTOS PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE THA

(Pueden también ser utilizados para monitorear la evolución de THA durante el tratamiento)

- 1.1. CUESTIONARIO TOCA-RR (OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO EN LA SALA DE CLASES)
- 1.2. CUESTIONARIO PARA PADRES PSC (OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO EN EL HOGAR)
- 1.3. ESCALA DE EVALUACIÓN PARA PROFESORES (TEST DE CONNERS ABREVIADO)

1.1. CUESTIONARIO TOCA-RR

(OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO EN LA SALA DE CLASES) VERSIÓN 2005

GUIA DE APLICACIÓN

Los pasos que el responsable de la aplicación debe considerar, sea un profesional de la escuela capacitado, del consultorio o del Centro Comunitario:

1.	Prog	ramacion de la aplicacion:
		Informar a los profesores de primero básico el objeto de la aplicación y que se aplicará el cuestionario
		de padres también a su curso.
		Destinar a la aplicación del cuestionario una sala privada y sin ruido.
		Acordar la duración de las aplicaciones a los profesores (dos sesiones de algo más de dos horas por curso de aproximadamente 40 alumnos) y las fechas y horario. Si es necesario, considerar el reemplazo
		del profesor en su clase por el tiempo que dura la aplicación.
2.	Veri	ficación de las condiciones de aplicación:
		Antes de iniciar las entrevistas de aplicación, asegurarse que la sala escogida sea adecuada y de que el profesor disponga del tiempo suficiente, con la tranquilidad de que su curso no está solo.
		Verificar que estén disponibles los nombres completos y fecha de nacimiento de todos los niños. La aplicación se realiza por orden de lista, es recomendable utilizar el libro de clases.
		Confirmar que el profesor tenga al menos cuatro meses el curso a su cargo.
3.	Proc	edimiento:
		Explicar que las razones de la presencia del entrevistador son estrictamente metodológicas.
		Explicar que la aplicación tiene un ritmo, de modo que se pasa de un ítem a otro en pocos segundos, de manera que un cuestionario (la evaluación de un niño) se completa en menos de 5 minutos.
		Tanto el entrevistador como el profesor tienen el cuestionario, de modo que puedan ir leyendo simul-
		táneamente los ítemes.
		La evaluación se realiza niño por niño, llenando un formulario por cada uno, por orden de lista.
		Si un niño, es nuevo en el curso, asiste muy poco a clases y el profesor no lo conoce por al menos 4 meses, no puede llenarse el cuestionario para ese niño.
		El entrevistador lee en voz alta el ítem de conducta (ej.: completa las tareas) y el profesor decide, en la escala de calificación y, de acuerdo a su conocimiento de la conducta del niño en las últimas semanas, la frecuen-
		cia de la conducta descrita (Ej. Casi siempre). ES IMPORTANTE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS.
		Las calificaciones globales se califican con el mismo procedimiento.
		El entrevistador va registrando en su cuestionario las respuestas del profesor.

4. Comentarios del profesor:

El entrevistador recoge las opiniones del profesor en relación al niño, el cuestionario y el procedimiento de aplicación.

45

OBSERVACIÓN AL COMPORTAMIENTO EN LA SALA DE CLASES TOCA -RR

	FAMIL	IA DEL NIÑO ES BENEFICIA	ARIA DEL CHILE SO	LIDARIO	1 = SI $2 = NO$
RBD					_
		Escuela	com	nuna	
		(nombre - sigla)			
				CLID	
Profe	esor(a):	Iniciales profe:		CUR	SO:
	nombre		(usar siempre la misma)		nivel letra
			ia mama,		Sexo: ()
Nom	bre del niño				1=F 2=M
110111	Ap. Paterno	Ap. Materno	Nombres		
RUT		edad edad			
1101		años	meses		
		4.103	ESCALA DE CALIFIC	ACIÓN	
			1 = Casi nunca		
			2 = rara vez 3 = a veces	5 = muy fre 6 = casi siei	ecuentemente mpre
Mar	que con un círculo la alternativa que c	correction de la la que ebec			'
1.	COMPLETA LAS TAREAS				casi siempre
2.	ES AMISTOSO	205500			casi siempre
3.	BUSCA DEMASIADA ATENCIÓN DEL PR	<u> </u>			casi siempre
4.	SE CONCENTRA				casi siempre
5.	DESOBEDECE LAS REGLAS				casi siempre
6.	ES SOCIABLE / INTERACTÚA CON SUS	COMPANEROS			casi siempre
7.	TRABAJA BIEN SOLO				casi siempre
8.	DAÑA O HIERE A OTROS FÍSICAMENTE				casi siempre
9.	PRESTA ATENCIÓN	A ADA ÑIEDOC			casi siempre
10.	SE APEGA Y ANDA DETRÁS DE LOS CO	MPANEROS			casi siempre
11.	ROMPE OBJETOS				casi siempre
12.	APRENDE DE A CUERDO A SU CAPACIO	JAD			casi siempre
13.	ES GRITÓN CON LOS DEMÁS				casi siempre
14.	JUEGA CON LOS COMPAÑEROS				casi siempre
15.	SE DISTRAE FÁCILMENTE				casi siempre
16.	ES SEGURO DE SÍ MISMO				casi siempre
17.	DEMUESTRA ENTUSIASMO Y AGRADO	PUK APKENDER			casi siempre
18.	MIENTE		Casi nunca ´	123456	casi siempre

Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

19. BUSCA DEMASIADA ATENCIÓN DE LOS COMPAÑEROS

GUÍA CLÍNICA

ESCALA DE CALIFICACIÓN

1 = Casi nunca4 = frecuentemente2 = rara vez5 = muy frecuentemente3 = a veces6 = casi siempre

Marque con un círculo la alternativa que corresponda a lo que observa en el niño

20.	SE AFERRA AL PROFESOR	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siemp e
21.	PERSISTE EN LA TAREA	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
22.	NO PUEDE ESTAR SENTADO TRANQUILO	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
23.	CORRE MUCHO Y TREPA	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
24.	INICIA PELEAS CON SUS COMPAÑEROS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
25.	TIENE MUCHOS AMIGOS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
26.	SE PARA FRECUENTEMENTE Y CAMINA POR LA SALA	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
27.	NECESITA AFECTO PARA MOTIVARSE EN EL TRABAJO	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
28.	REACCIONA NEGATIVAMENTE FRENTE A LA CRÍTICA Y EL FRACASO	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
29.	NO CUMPLE REGLAS SIN PROTESTAR / TRAMITA	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
30.	COMPARTE CON SUS COMPAÑEROS / ES SOLIDARIO	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
31.	ESTÁ DISPUESTO A PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS Y EXTRAPROGRAMÁTICAS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

PUNTAJE GLOBAL

Α.	CUAL ES SU CALIFICACIÓN DEL PROGRESO DEL NIÑO COMO ESTUDIANTE	B.	CUAL ES SU CALIFICACIÓN GLOBAL DE LA CONDUCTA DEL NIÑO EN CLASE
	1. Excelente		1. Excelente
	2. Bueno		2. Bueno
	3. Regular		3. Regular
	4. Malo		4. Mala
	5. Probable fracaso		5. Muy mala
	6. Fracaso		6. Extremadamente mala

OBSERVACIONES FINALES DEL PROFESOR:

OBSERVACIÓN AL COMPORTAMIENTO EN LA SALA DE CLASES TOCA-RR

	FAMILI <i>I</i>	A DEL NIÑO ES BENEFICIARIA (DEL CHILE	SOLIDARI	$0 \qquad 1 = SI \\ 2 = NO $
RBD	-	 Escuela (nombre - sigla)	(comuna	
Profes	sor(a):nombre		ar siempre misma)		CURSO: nivel letra Sexo:
Nomb	ore del niño Ap. Paterno	Ap. Materno N	lombres		1=F 2=M
RUT		edad años meses			
1.	MISMO CURSO, (CON LOS MISMOS CO)MPAÑEROS) DE 1º E. BÁSICA	(1) SI	(2) NO	
2.	MISMO (A) PROFESOR (A) DE 1º E. BÁS	ICA	(1) SI	(2) NO	
3.	MISMA ESCUELA DE 1º E. BÁSICA		(1) SI	(2) NO	
4.	REPITIÓ ALGÚN CURSO		(1) SI	(2) NO	¿CUÁL?
		T\$C		LIFICACIÓN	

ESCALA DE CALIFICACION

1 = Casi nunca 4 = frecuentemente 2 = rara vez 5 = muy frecuentemente 3 = a veces 6 = casi siempre

Marque con un círculo la alternativa que corresponda a lo que observa en el niño

1.	COMPLETA LAS TAREAS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
2.	ES AMISTOSO	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
3.	BUSCA DEMASIADA ATENCIÓN DEL PROFESOR	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
4.	SE CONCENTRA	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
5.	DESOBEDECE LAS REGLAS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
6.	ES SOCIABLE / INTERACTÚA CON SUS COMPAÑEROS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
7.	TRABAJA BIEN SOLO	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
8.	DAÑA O HIERE A OTROS FÍSICAMENTE	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
9.	PRESTA ATENCIÓN	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
10.	SE APEGA Y ANDA DETRÁS DE LOS COMPAÑEROS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
11.	ROMPE OBJETOS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
12.	APRENDE DE ACUERDO A SU CAPACIDAD	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
13.	ES GRITÓN CON LOS DEMÁS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

8 Guía Clínica

14.	JUEGA CON LOS COMPAÑEROS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
15.	SE DISTRAE FÁCILMENTE	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
16.	ES SEGURO DE SÍ MISMO	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
17.	DEMUESTRA ENTUSIASMO Y AGRADO POR APRENDER	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
18.	MIENTE	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
19.	BUSCA DEMASIADA ATENCIÓN DE LOS COMPAÑEROS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
20.	SE AFERRA AL PROFESOR	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
21.	PERSISTE EN LA TAREA	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
22.	NO PUEDE ESTAR SENTADO TRANQUILO	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
23.	CORRE MUCHO Y TREPA	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
24.	INICIA PELEAS CON SUS COMPAÑEROS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siemp re
25.	TIENE MUCHOS AMIGOS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
26.	SE PARA FRECUENTEMENTE Y CAMINA POR LA SALA	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
27.	NECESITA AFECTO PARA MOTIVARSE EN EL TRABAJO	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
28.	REACCIONA NEGATIVAMENTE FRENTE A LA CRÍTICA Y EL FRACASO	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
29.	NO CUMPLE REGLAS SIN PROTESTAR / TRAMITA	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
30.	COMPARTE CON SUS COMPAÑEROS / ES SOLIDARIO	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
31.	ESTÁ DISPUESTO A PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
	Y EXTRAPROGRAMÁTICAS	

PUNTAJE GLOBAL

Α.	CUAL ES SU CALIFICACIÓN DEL PROGRESO	В.	CUAL ES SU CALIFICACIÓN GLOBAL DE LA
	DEL NIÑO COMO ESTUDIANTE		CONDUCTA DEL NIÑO EN CLASE
	1. Excelente		1. Excelente
	2. Bueno		2. Bueno
	3. Regular		3. Regular
	4. Malo		4. Mala
	5. Probable fracaso		5. Muy mala
	6. Fracaso		6. Extremadamente mala

OBSERVACIONES FINALES DEL PROFESOR:



1.2. CUESTIONARIO PARA PADRES PSC (OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO EN EL HOGAR)

GUIA DE APLICACIÓN

Este cuestionario se entrega a los padres de los niños de 1º y 3º básico que participan del Programa Habilidades para la Vida, para ser llenado por ellos en el contexto escolar, sea en reunión de padres y apoderados o en situación especial citada para la aplicación. Lo ideal es lograr que los padres contesten este instrumento durante la reunión de padres y apoderados. El proceso de aplicación requiere:

- 1. Explicar el objetivo del cuestionario, sus utilidades y proyecciones, especialmente relacionarlo con necesidades del niño que tienen que ver con el desempeño escolar y su mejor integración a la comunidad escolar.
- 2. Es fundamental explicar muy claramente que la información recogida es de carácter confidencial y que los datos se manejarán con la debida reserva.
- 3. La persona a cargo de la aplicación del PSC debe leer a los padres, en voz alta y lentamente, las preguntas respecto de datos de la familia y cada ítem sobre las conductas de sus hijos, respondiendo las dudas que puedan surgir, con explicaciones que no orienten la respuesta.
- 4. Explicar a los padres la modalidad de respuesta de cada ítem, y lo que significa contestar "nunca", "a veces", "muy seguido", según sea la frecuencia del comportamiento o conducta evaluada por cada ítem.
- 5. El profesor de curso debiera hacer llegar el cuestionario a los padres y apoderados que no asistieron a esa reunión, con las instrucciones de esta guía. En este caso, se debe solicitar a los padres y apoderados devolver el cuestionario en un plazo no mayor de una semana.

CUESTIONARIO PARA PADRES PS	-			Fect	na aplicación
FAMILIA DEL	NIÑO ES B	ENEFICIARIA DEL	CHILE SOLIDA	RIO	1= SI 2= NO
Nombre del niño					
Ap. Paterno A	o. Materno		Nombres		
RUT	Dire	ección			
A continuación, marque con un circulo la alternativ	a que corr	esponda a la situa	ación de su fan	nilia	
I. DATOS DE LA FAMILIA					
a. Edad de la madre	1) men	os de 25 años 2)	25-49 años	3)	50 años o más
b. El padre del niño vive con él	1) SI	2)	NO		
c. El niño tiene una enfermedad que necesita	1) SI	2)	NO		
control permanente o que lo hace faltar al cole-					
gio más de una vez al mes					
d. Algún familiar que vive con el niño ha sido	1) SI	2)	NO		

2) NO

CUESTIONARIO DE CONDUCTAS:

rales, Políticas o recreativas

psicológica

hospitalizado o necesita Tratamiento o recibe pensión de invalidez por enfermedad mental o

dades de la iglesia, Centro de Madres, Junta de Vecinos, Clubes Deportivos, Agrupaciones Cultu-

e. La familia participa habitualmente en activi- 1) SI

Por favor marque con un círculo la alternativa que corresponda mejor a lo que observa su hijo.

		1	2	3
1.	Se queja de malestares y dolores	nunca	a veces	muy seguido
2.	El niño tiende a aislarse y estar solo	nunca	a veces	muy seguido
3.	Tiene poca energía/se cansa fácilmente	nunca	a veces	muy seguido
4.	Le cuesta estar tranquilo	nunca	a veces	muy seguido
5.	Tiene malas relaciones con su profesor	nunca	a veces	muy seguido
6.	Manifiesta interés por la escuela	nunca	a veces	muy seguido
7.	Es inquieto	nunca	a veces	muy seguido
8.	Sueña despierto, está en su propio mundo	nunca	a veces	muy seguido

77	
	- 1

		1	2	3
9.	Se distrae fácilmente	nunca	a veces	muy seguido
10.	Teme a las situaciones nuevas	nunca	a veces	muy seguido
11.	Se siente triste	nunca	a veces	muy seguido
12.	Es irritable y enojón	nunca	a veces	muy seguido
13.	Se siente pesimista/piensa que las cosas son difíciles y le van salir mal	nunca	a veces	muy seguido
14.	Le cuesta concentrarse	nunca	a veces	muy seguido
15.	Está desinteresado de los amigos	nunca	a veces	muy seguido
16.	Pelea con otros niños	nunca	a veces	muy seguido
17.	Tiene malas notas	nunca	a veces	muy seguido
18.	Se siente poca cosa	nunca	a veces	muy seguido
19.	Consulta médico y no le encuentra nada	nunca	a veces	muy seguido
20.	Le cuesta quedarse dormido/Duerme mal	nunca	a veces	muy seguido
21.	Le cuesta separarse de usted	nunca	a veces	muy seguido
22.	El niño piensa que es malo	nunca	a veces	muy seguido
23.	Es arriesgado	nunca	a veces	muy seguido
24.	Sufre heridas frecuentemente	nunca	a veces	muy seguido
25.	Se aburre	nunca	a veces	muy seguido
26.	Actúa como si fuera más chico/llora con facilidad	nunca	a veces	muy seguido
27.	Ignora las órdenes	nunca	a veces	muy seguido
28.	Expresa sus sentimientos	nunca	a veces	muy seguido
29.	Comprende los sentimientos de los demás	nunca	a veces	muy seguido
30.	Molesta a los demás	nunca	a veces	muy seguido
31.	Culpa a los demás de sus problemas	nunca	a veces	muy seguido
32.	Toma cosas ajenas	nunca	a veces	muy seguido
33.	Es egoísta	nunca	a veces	muy seguido
	TOTAL	nunca	a veces	muy seguido

1.3. ESCALA DE EVALUACIÓN PARA PROFESORES (TEST CONNERS ABREVIADO)

Nombre del niño(a)				
.,				
Información obtenida por			Fecha: _	
'				
		GRADO DE	ACTIVIDAD	
	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
	0	1	2	3
1. Inquieto, hiperactivo				
2. Perturba a otros niños				
3. Excitable, impulsivo				
4. No termina lo que comienza				
5. Constantemente moviéndose en la silla				
6. Desatento, fácilmente distráctil				
7. Debe satisfacérsele pedidos de inmediato, fácilmente frustrable				
8. Llora fácil y frecuentemente				
9. Cambios de humor rápidos y drásticos				
10. Pataletas, conductas explosivas e impredescibles				
Otros absorvaciones del Drefeser, use el reverse de la be	io			

Otras observaciones del Profesor: use el reverso de la hoja

RENDIMIENTO POR ASIGNATURA EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS

	Excelente	Bueno	Regular	Malo
Lenguaje y Comunicación				
Educación Matemáticas				
Comprensión del Medio Natural				
Comprensión del Medio Social				
Idioma Extranjero (Inglés)				
Educación Artística				
Educación Tecnológica				
Educación Física				
Rendimiento Global				
Conducta				

Firma del Profesor	

ANEXO N° 2

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL 1

A. Desórdenes orgánicos

- Desórdenes sensoriales, especialmente sordera y deterioro visual
- Déficit de atención inducido por medicamentos como antihistamínicos, beta agonistas y fenobarbital
- Desórdenes convulsivos
- Anormalidades tiroideas
- Trastornos de aprendizaje
- Retardo mental
- Abscesos de lóbulo frontal, neoplasias
- Abuso de sustancias
- Intoxicación por plomo
- Trastorno generalizado del desarrollo

B. Desórdenes Psiquiátricos

- Desorden oposicionista
- Desorden conductual
- Desorden del humor
- Desorden de ansiedad
- Desorden Adaptativo con perturbación de conducta
- G. De la Tourette / desorden de tics múltiples
- Desorden obsesivo-compulsivo
- Manía o desorden bipolar

C. Problemas psicosociales

- Problemas situacionales, ambientales o familiares
- Sistema escolar inadecuado
- Perturbación familiar o social (ej. divorcio, abuso, negligencia)
- Patología parental o ausencia
- Hogares caóticos, disciplina inefectiva
- Abuso o negligencia (o ambos)

D. Hiperactividad propia de la edad

Adaptado de Hechtman, L.: Assessment and Diagnosis of Attention- Deficit / Hyperactivity Disorder. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America Vol 9 (3), 481-498, 2000)

ANEXO N° 3

PRINCIPIOS PARA UN TRATAMIENTO INTEGRAL DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE CON TRASTORNO HIPERCINÉTICO/DEFICIT ATENCIONAL Y LA FAMILIA

- Asegurar accesibilidad y continuidad de los cuidados de salud
- Coordinación de la atención, incluyendo condiciones comórbidas y servicios de salud para pacientes y sus familias
- Proveer información acerca del desarrollo y maduración en el niño, niña o adolescente con THA
- Proveer guías anticipatorias específicas del THA, para cada estado de la niñez o episodios de transición familiar
- Mantener el alerta para una adecuada discusión de las situaciones de estrés y riesgo psicosocial para los individuos o familias
- Asegurarse que las preocupaciones de la familia acerca del niño sean oídas y entendidas
- Asegurarse que las familias reciban toda la información sobre el THA
- Ayudar a las familias a monitorear metas específicas como parte de un plan de tratamiento integral y comprensivo



ANEXO Nº 4

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO (Seleccionar tres)

Académicos

- Mejoramiento en el rendimiento escolar
- Mejorar atención a detalles
- Pocos errores por descuido
- Mejoría en seguir instrucciones, menor necesidad de recordatorios
- Mejor organización

Conductual/Emocional

- Disminución de suspensiones escolares, reportes u otros marcadores conductuales
- Mejor éxito con los sistemas de premios
- Mejoría de autoestima
- Mejor conducta en sitios públicos
- Mejor adhesión a reglas en colegio y casa

Social/Familiar

- Mejoría de relaciones familiares
- Mejor adhesión a requerimientos parentales
- Mejor interacción con hermanos
- Aumento de la independencia en actividades específicas de la vida diaria
- Mejor relación con pares
- Mejor capacidad de esperar turnos

Seguridad

- En hogar salta y corre menos
- guridad en uso de bicicleta
- Seguridad en uso del auto
- Disminución del número de injurias

GUÍA CLÍNICA

ANEXO N° 5

CONTRAINDICACIONES AL USO DE ESTIMULANTES 2

- Sensibilidad previa a estimulantes
- ♦ Glaucoma
- Enfermedad cardiovascular sintomática
- Hipertiroidismo
- Hipertensión arterial
- Abuso previo de estimulantes a menos que estén siendo tratados en un programa con controles periódicos
- Si un miembro de la casa tiene una historia de abuso de estimulantes deben tomarse las medidas necesarias para resguardar el uso
- Uso concomitante con inhibidores de la MAO
- Psicosis
- Epilepsia no bien controlada con anticonvulsivos

² Greenhill, L. L. et al.: Practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents, and adults. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 41(2 Suppl): 26S-49S, 2002



ANEXO N° 6

a. REACCIONES ADVERSAS A TRATAMIENTO³ (Metilfenidato y Anfetamina)

SEVERAS (Requiere reducción de la dosis	MODERADAS (Puede requerir disminución de	LEVES (mantenerse expectante)
o discontinuación)	la dosis y no se puede aumentar)	
Anorexia severa	Anorexia moderada	Anorexia leve
Insomnio severo (+ 1,5 horas)	Insomnio moderado (1 a 1,5 horas)	Insomnio leve (- 1 hora)
Tics nuevos, marcados o severos	Tics nuevos pasajeros	Tics pasajeros, menores que
		no causan problemas
Cefalea severa	Cefalea moderada	Cefalea leve
Calambres intolerables	Calambres moderados	Calambres leves
Alergia en piel severa	Alergia en piel moderada	Alergia en piel leve
Ansiedad severa	Ansiedad moderada	Ansiedad leve
Irritabilidad severa que lleva a la agresión	Irritabilidad moderada	Irritabilidad leve
Depresión severa no pre-existente	Depresión moderada no pre-existente	Depresión leve
Alucinaciones	Alucinaciones cuestionables	
Psicosis		

b.- EFECTOS COLATERALES⁴

EFECTOS COLATERALES	OPCIONES DE MANEJO
Anorexia, nauseas, pérdida de peso	Monitorear cuidadosamente, dar medicación con las comidas, dar
	suplemento calórico
Problemas con el crecimiento	Si es significativo (raro en el largo plazo) o causa ansiedad parental,
	intentar períodos libres de fármaco
Vértigos y cefalea	Monitorear cuidadosamente (chequear la presión arterial), asegu-
	rarse que la medicación sea tomada con las comidas y fomentar la
	ingesta de líquidos
Movimientos involuntarios, tics y Síndrome de Tourette	Reducir la medicación, si persisten considerar alternativa farmaco-
	lógica
Pérdida de espontaneidad, disforia, agitación	Reducir o discontinuar la medicación (discontinuar si se sospecha
	trastorno del pensamiento o psicosis, raramente se producen)
Irritabilidad, rebote conductual	Monitorear cuidadosamente, reducir o dar una dosis más en la tar-
	de, descartar Comorbilidad con trastornos disociales
Problemas con el sueño	Monitorear cuidadosamente, reducir o eliminar dosis de las tardes

- 3 Greenhill, L. L. et al.: Practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents, and adults. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 41(2 Suppl): 26S-49S, 2002.
- 4 Attention Deficit and Hyperkinetic Disorders in Children and Young People. A National Clinical Guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2001.

Atención Integral de Niñas/ Niños y Adolescentes con Trastorno Hipercinético/Trastorno de la Atención (THA)

59261

REFERENCIAS

- 1. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46(7): 894-921.
- 2. American Academy of Pediatrics (AAP), Committee on Children with Disabilities. General principles in the care of children and adolescents with genetic disorders and other chronic health conditions. Pediatrics, 99(4): 643-4, 1997.
- 3. American Academy of Pediatrics. Committee on Children With Disabilities: Care Coordination: Integrating Health and Related Systems of Care for Children With Special Health Care Needs. Pediatrics Vol. 104 No. 4 October 1999, pp. 978-981.
- 4. American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Evaluation of the Child With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Pediatrics Vol. 105 No. 5 May 2000, pp. 1158-1170.
- American Academy of Pediatrics (AAP), Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity, Disorder and Committee on Quality, Improvement. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics, 108(4): 1033-44, 2001.
- 6. American Psychiatric Association: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
- 7. Andrew S. Rowland, PhD, David M. Umbach, PhD, Lil Stallone, MPH, A. Jack Naftel, MD, E. Michael Bohlig, BA and Dale P. Sandler, PhD Prevalence of Medication Treatment for Attention Deficit—Hyperactivity Disorder Among Elementary School Children in Johnston County, North Carolina American Journal of Public Health February 2002, Vol 92, No. 2 231-234.
- 8. Attention Deficit and Hyperkinetic Disorders in Children and Young People. A National Clinical Guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2001.
- 9. Barbaresi, W. J.; Katusic, S. K.; Colligan, R. C.; Pankratz, V. S.; Weaver, A. L.; Weber, K. J. et al.; Mrazek, D. A.; and Jacobsen, S. J.: How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? Incidence in a population-based birth cohort in Rochester, Minn. [comment]. Arch Pediatr Adolesc Med 2002; 156 (3): 217-24.
- 10. Barkley R A, Mariellen Fischer, Lori Smallish, and Kenneth Fletcher. Does the Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder With Stimulants Contribute to Drug Use/Abuse? A 13-Year Prospective Study Pediatrics Vol. 111 No. 1: 97-109, January 2003.

- 11. Barrickman, L; Perry, P; Allen, A.; Kuperman, S; Arndt, S; Herrmann, Kenneth; Schumacher, E. Bupropion versus Methylphenidate in the Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 34(5):649-657, May 1995.
- 12. Biederman, J.; Heiligenstein, J.; Faries, D.; Galil, N.; Dittmann, R.; Emslie, G.; Kratochvil, C.; Laws, H.; and Schuh, K. Atomoxetine ADHD Study Group. Efficacy of Atomoxetine Versus Placebo in School-Age Girls With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Pediatrics Vol. 110 No. 6 December 2002, pp. e75.
- 13. Biederman J, Wilens T, Mick E, Spencer T, and Faraone S, Pharmacotherapy of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder Reduces Risk for Substance Use Disorder Electronic Article: Pediatrics Vol. 104 No. 2 p. e20 August 1999 Evidencia 3.
- 14. Bodenheimer, T.; Wagner, E. H.; and Grumbach, K.: Improving primary care for patients with chronic illness. Jama, 288(14): 1775-9, 2002, [S].
- 15. Brehaut J., Miller A, Raina P and McGrail K, Childhood Behavior Disorders and Injuries Among Children and Youth: A Population-Based Study Pediatrics Vol. 111 No. 2, 262-269, February 2003.
- 16. Brooke S., Bradley., Pelham W. Interactive effects of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder on early adolescent substance use. Psychology of addictive behaviors 1999, Vol. 13, N° 4, 348-358.
- 17. Brown, R. T.; Freeman, W. S.; Perrin, J. M.; Stein, M. T.; Amler, R. W.; Feldman, H. M.; Pierce, K.; and Wolraich, M. L.: Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care settings. Pediatrics, 107(3): E43, 2001.
- 18. Brown R., Amler R., Freeman W., Perrin J., Stein M., Feldman H., Pierce K., Wolraich M., and the Committee on Quality Impromevent, Subcommittee on Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Overview of the Evidence Pediatrics Vol, 115 N-6 749-757, June 2005.
- 19. Bruggeman R, van der LC, Buitelaar JK, Gericke GS, Hawkridge SM, Temlett JA (2001), Risperidone versus pimozide in Tourette_s disorder: a comparative double-blind parallel-group study. J Clin Psychiatry 62:50-56.
- 20. Bussing, R.; Schuhmann, E.; Belin, T. R.; Widawski, M.; Perwien, A. R. Diagnostic utility of two commonly used ADHD screening measures among special education students. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 37(1):74-82, 1998.
- 21. Castellanos, F. X. Stimulants and tic disorders: from dogma to data. Arch Gen Psychiatry 56:337-338,1999.
- 22. Conners, C.; Casat, C.; Gualtieri, C; Weller, E; Reader, M; Reiss, A; Weller, R; Khayrallah, M; Ascher, J. Bupropion Hydrochloride in Attention Deficit Disorder with Hyperactivity. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 35(10):1314-1321, October 1996.
- 23. Connor, D.; Fletcher, K.; Swanson, J. A Meta-Analysis of Clonidine for Symptoms of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 38(12):1551-1559, December 1999
- 24. Cox, D. J.; Humphrey, J. W.; Merkel, R. L. Controlled-release methylphenidate improves attention during on-road driving by adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. J Am Board Fam Pract 17(4):235-9, 2004.
- 25. Cox, D. J.; Merkel, R. L; Moore, M. Relative benefits of stimulant therapy with OROS methylphenidate versus mixed amphetamine salts extended release in improving the driving performance of adolescents drivers with attention deficit hyperactivity disorder. Pediatrics 118(3):704-10, 2006.
- 26. Cuffe, S. P.; McKeown, R. E.; Jackson, K. L.; Addy, C. L.; Abramson, R.; and Garrison, C. Z. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in a community sample of older adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40(9): 1037-44, 2001.
- 27. Disney E., Elkins I., McGue M., and Iacono W., Effects of ADHD, Conduct Disorder, and Gender on Substance Use and Abuse in Adolescence Am J Psychiatry 156:1515-1521, October 1999.



- 28. De la Barra M, F, Toledo V. y Rodriguez , J. Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente: IV: desordenes psiquiátricos, diagnóstico psicosocial y discapacidad.. Rev. Chil. Neuro-psiquiatr., oct. 2004, vol.42, no.4, p.259-272.
- 29. Dulcan, M. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36 (suppl. 10), 85S-121S.
- 30. Efron D., Jarman F., and Barker M. Side Effects of Methylphenidate and Dexamphetamine in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Double-blind, Crossover Trial Pediatrics Vol. 100 No. 4 October 1997, pp. 662-666.
- 31. Elia J., Ambrosini, P and Rapoport, J. Treatment of Attention-Deficit–Hyperactivity Disorder Review Article. The New England Journal of Medicine 340: 780-788, March, 1999.
- 32. Escobar R., Soutullo C., Hervas A., Gastaminza X., Polavieja P., and Gilaberte I. Worse Quality of Life for Children With Newly Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Compared With Asthmatic and Healthy Children Pediatrics Vol. 116 No. 3: 364-369 September 2005.
- 33. Evidence Based Clinical Practice Guideline for Outpatient Evaluation and Management of Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder, Cincinnati Children's Hospital, 2004.
- 34. Faraone SV, Doyle AE. The nature and heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2001 Apr;10(2):299-316.
- 35. Food and Drug Administration (2005b), New warning for Strattera. Available at:http://www.fda.gov/bbs/to-pics/ANSWERS/2004/ANS01335.html.
- 36. Food and Drug Administration (2005c), FDA alert [09/05]: suicidal thinking in children and adolescents. Available at: http://www.fda.gov/cder/drug/infopage/atomoxetine/default.htm.
- 37. Gadow, K.; Sverd, J.; Sprafkin, J.; Nolan, E.; Grossman, S. Long-term Methylphenidate Therapy in Children With Comorbid Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Chronic Multiple Tic Disorder. Arch Gen Psychiatry. 1999;56:330-336.
- 38. Garces, K. Atomoxetine for attention deficit/hyperactivity disorder. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA). Issues in Emerging Health Technologies, Issue 46, 2003, pag 4.
- 39. George M; Siraqyan X; Mores R; De la Barra F; Rodríguez J; López C; Toledo V. "Adaptación y validación de dos instrumentos de pesquisa de problemas de salud mental en escolares de 1º básico" Revista de Psicologia -Vol. V Años 1994 1995.
- 40. George, M; Squicciarini, A.M; Zapata, R; Guzmán, M.P; Hartley, M.; Silva, C. "Detección Precoz de Factores de Riesgo de Salud Mental en Escolares" Revista de Psicología U de Chile Vol. XIII Nº 2 Pág. 9-20 2004.
- 41. Giedd, J. N.; Blumenthal, J; Molloy, E.; Castellanos, F. X. Brain imaging of attention deficit/ hyperactivity disorder. Ann N Y Acad Sci 931:33-49, 2001.
- 42. Greenhill, L. L. et al. Practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents, and adults. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 41(2 Suppl):26S-49S, 2002.
- 43. Greenhill, L. L.; Findling, R. L. A double-blind, placebo-controlled study of modified-release methylphenidate in children with attention deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics 109(3):E39, 2002.
- 44. Grizenko, N.; Bhat, M.; Schwartz, G. Efficacy of methylphenidate in children with attention deficit/hyperactivity disorder and learning disabilities: a randomized crossover trial. J Psychiatry Neurosci 31(1):46-51, 2006.
- 45. Gulley, V.; Northup, J.; Hupp, S. Sequential evaluation of behavioral treatments and methylphenidate dosage for children with attention deficit/hyperactivity disorder. J Appl Behav Anal 36(3):375-8, 2003.

- 46. Hechtman, L.: Assessment and Diagnosis of Attention- Deficit / Hyperactivity Disorder. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America Vol 9 (3), 481-498, 2000.
- 47. Hill P. Attention deficit hyperactivity disorder. Arch Dis Child; 79: 381-4, 1998.
- 48. Hill P and Taylor E An auditable protocol for treating attention deficit/hyperactivity disorder Arch. Dis. Child. 84;404-409, 2001.
- 49. Homack, S.; Riccio, C. A. A meta-analysis of the sensitivity and specificity of the Stroop Color and Word Test with children. Arch Clin Neuropsychol. 19(6): 725-43, 2004.
- 50. Hoza B, Owens J, Pelham W,. Swanson J, Conners C, Hinshaw S, Arnold L and Kraemer H: Parent Cognitions as Predictors of Child Treatment Response in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 28, No. 6, 2000, pp. 569–583.
- 51. Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Management of ADHD in Primary care for school age children and adolescents Sixth Edition / January 2005.
- 52. Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Primary care for School Age Children and Adolescents. Seventh Edition, March 2007.
- 53. Jadad, A. R.; Boyle, M.; Cunnigham, C.; Kim, M.; Schachar, R. Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Agency for Healthcare Research and Quality. Evidence Report/Technology Assessment, 1999.
- 54. Jensen P. S.: ADHD: Current Concepts on Etiology, Pathophysiology, and Neurobiology. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America Vol 9 (3), 557-572, 2000.
- 55. Jessop DJ and Stein RE: Providing comprehensive health care to children with chronic illness Pediatrics Vol. 93, No 4, 1994 pp. 602-607.
- 56. Kelsey, D. K.; Sumner, C.R. Once-daily atomoxetine treatment for children with attention deficit/hyperactivity disorder, including an assessment of evening and morning behavior: a double-blind, placebo-controlled trial. Pediatrics 114(1):E1-8, 2004.
- 57. King S, Griffin S, Hodges Z, Weatherly H, Asseburg C, Richardson G, et al. A systematic review and economic model of the effectiveness and cost-effectiveness of methylphenidate, dexamfetamine and atomoxetine for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. Health Technol Assess 2006;10(23).
- 58. Law SF, Schachar RJ. Do typical clinical doses of methylphenidate cause tics in children treated for attention-deficit hyperactivity disorder? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 38:944-951 (1999).
- 59. Leibson C, PhD; Slavica K. Katusic, MD; William J. Barbaresi, MD; Jeanine Ransom, BS; Peter C. O'Brien. Use and Costs of Medical Care for Children and Adolescents With and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder JAMA. ;285:60-66. 2001.
- 60. Mannuzza, S.; Klein, R. G.; Bonagura, N.; Malloy, P.; Giampino, T. L.; and Addalli, K. A.: Hyperactive boys almost grown up. V. Replication of psychiatric status. Arch Gen Psychiatry, 48(1): 77-83, 1991, [C].
- 61. Mannuzza, S.; Klein, R. G.; Bessler, A.; Malloy, P.; and LaPadula, M.: Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. Am J Psychiatry, 155(4): 493-8, 1998.
- 62. Michelson D.; Faries D.; Wernicke, J.; Kelsey, D.; Kendrick, K.; Sallee, F.; Spencer, T., and the Atomoxetine ADHD Study Group. Atomoxetine in the Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: A Randomized, Placebo-Controlled, Dose-Response Study. Pediatrics Vol. 108 No. 5 November 2001, p. e83.
- 63. Michelson D.; Allen AJ.; Busner J.; Casat C.; Dunn D.; Kratochvil C.; Newcorn J.; Sallee FR.; Sangal RB.; Saylor K.; West S.; Kelsey D.; Wernicke J.; Trapp NJ.; Harder D. Once-daily atomoxetine treatment for children and

- 63 6 1
- adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled study. Am J Psychiatry 159:1896-1901(2002).
- 64. Miller, A.; Lee, S.; Raina, P.; Klassen, A.; Zupancic, J.; Olsen, L. A review of therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA), 1999.
- 65. Molina B; B. Smith; W. Pelma Interactive Effects of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder on Early Adolescent Substance Use. Psychology of Addictive Behaviors, Vol. 13, N* 4, 348-358, 1999.
- 66. Montiel-Nava, C.; Peña, J. A.; Espina-Mariñes, G.; Ferrer-Hernández, M. E. Estudio piloto de metilfenidato y entrenamiento a padres en el tratamiento de niños con trastorno por déficit de atención-hiperactividad. Revista de Neurología 35(3):201-5, 2002.
- 67. MTA Cooperative Group: A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. Arch Gen Psychiatry, 56(12): 1073-86, 1999.
- 68. MTA Cooperative Group: National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: changes in effectiveness and growth after the end of treatment. Pediatrics, Vol. 113(4): 762-9, 2004.
- 69. MTA Cooperative Group* National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD Follow-up: 24-Month Outcomes of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Pediatrics Vol. 113 No. 4 April 2004, pp. 754-761.
- 70. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 39: 182-193, 2000.
- 71. National Institute for Clinical Excellence (2000) Guidance on the Use of Methylphenidate (Ritalin, Equasym) for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Childhood. Technology Appraisal Guidance no. 13. http://www.nice.org.uk/cat.asp?c=11652.
- 72. National Institute for Clinical Excellence. Methylphenidate, atomoxetine and dexamfetamine for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescent. Review of Technology Appraisal 13. March 2006.
- 73. Organización Mundial de la Salud (OMS). CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento. Ginebra 1993.
- 74. Pelham, W.; Gnagy, E. A comparison of morning-only and morning/late afternoon Adderall to morning-only, twice-daily, and three times-daily metylphenidate in children with attention-deficit hyperactivity disorder. Pediatrics 104(6):1300-11, 1999.
- 75. Pelham W., Gnagy E., Greiner R., Hoza B., Hinshaw S., M. Swanson J.; Simpson S Cheri Shapiro C., Bukstein O., Baron-Myak C.; McBurnett K. Behavioral versus Behavioral and Pharmacological Treatment in ADHD Children Attending a Summer Treatment Program. Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 28.
- 76. Pineda, D. A.; Puerta, I. C.; Aguirre, D. C.; Garcia-Barrera, M. A.; Kamphaus, R. W. The role of neuropsychologic tests in the diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder. Pediatr Neurol 36(6):373-81, 2007.
- 77. Pliszka S., Crismon L., Hughes C., Conners C., Emslie G., Jensen P., Mccracken J., Swanson J., Lopez M., and the Texas Consensus Conference Panel on Pharmacotherapy of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. The Texas Children_s Medication Algorithm Project: Revision of the Algorithm for Pharmacotherapy of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder J Am Acad Child Adolesc. Psychiatry, 45:6, 2006.
- 78. Prince, J. Pharmacotherapy of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: Update on New Stimulant Preparations, Atomoxetine, and Novels Treatments. Child and Adolesc Pychiatric Clin N Am 15 (2006) 13-50.
- 79. Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network. Randomized, controlled, crossover trial of methylphenidate in pervasive developmental disorders with hyperactivity. Arch Gen Psychiatry 62(11):1266-74, 2005

- 80. Rey J, Are psychostimulant drugs being used appropriately to treat child and adolescent disorders? The British Journal of Psychiatry 182: 284-286, 2003.
- 81. Romine, C. B.; Lee, D.; Wolfe, M. E.; Homack, S.; George, C.; Riccio, C. A. Wisconsin Card Sorting Test with children: a meta-analytic study of sensitivity and specificity. Arch Clin Neuropsychol 19(8):1027-41, 2004.
- 82. Sallee FR, Kurlan R, Goetz CG, Singer H, Scahill L, Law G, Dittman VM, Chappell PB Ziprasidone treatment of children and adolescents with Tourette_s syndrome: a pilot study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 39:292-299 (2000).
- 83. Satterfield JH, Schell A. A prospective study of hyperactive boys with conduct problems and normal boys: adolescent and adult criminality. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997 Dec;36(12):1726-35.
- 84. Scahill L.; Chappell P.; Kim Y., Schultz R.; Katsovich L.; Shepherd E.; Arnsten A.; Cohen D.; and Leckman J. A Placebo-Controlled Study of Guanfacine in the Treatment of Children With Tic Disorders and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Am J Psychiatry 158:1067-1074, July 2001.
- 85. Scahill L, Leckman JF, Schultz RT, Katsovich L, Peterson BS. A placebo-controlled trial of risperidone in Tourette syndrome. Neurology 60:1130-113 (2003).
- 86. Schachter, H. M.; Pham, B.; King, J.; Langford, S.; Moher, D. How efficacious and safe is short-acting methylphenidate for the treatment of attention deficit disorder in children and adolescents: a meta-analysis. Canadian Medical Association journal 165(11):1475-88, 2001.
- 87. Shafritz K., Marchione K., Gore J., Shaywitz S. and Shaywitz B. The Effects of Methylphenidate on Neural Systems of Attention in Attention Deficit Hyperactivity Disorder Am J Psychiatry 161:1990-1997, November 2004.
- 88. Scheffer, R. E.; Kowatch, R. A.; Carmody, T.; Rush, A. J. Randomized, placebo-controlled trial of mixed amphetamine salts for symptoms of comorbid ADHD in pediatric bipolar disorder after mood stabilization with divalproex sodium. AM J Psychiatry 162(1):58-64, 2005.
- 89. Spencer, T.; Biederman, A. A double-blind comparison of desipramine and placebo in children and adolescents with chronic tic disorders and comorbid attention-deficit hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry 59(7):649-56, 2002.
- 90. Steele, M.; Weiss, M.; Swanson, J. A randomized, controlled effectiveness trial of OROS-methylphenidate compared to usual care with immediate-release methylphenidate in attention-deficit hyperactivity disorder. Can J Clin Pharmacol 13(1):e50-62, 2006.
- 91. Steer C R.: Managing attention deficit/hyperactivity disorder: unmet needs and future directions Archives of Disease in Childhood 2005;90:119-125.
- 92. Stubbe, D. E.: Attention / Deficit hyperactivity Disorder Overview. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America Vol 9 (3), 469-479, 2000.
- 93. Toledo, V.; De la Barra F; López C.; George, M; Rodríguez Jorge; Diagnóstico psiquiátricos en una cohorte de escolares de primer año de enseñanza básica del Área Occidente de Santiago, Revista Chilena Neuro-Psiquiat. 35:17-24 1997.
- 94. Tourette's Syndrome Study Group. Treatment of ADHD in children with tics: a randomized controlled trial. Neurology 58:527-536 (2002).
- 95. University of Michigan Health System. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. October 2005.
- 96. U.S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services, Office of Special Education Programs. Identifying and Treating Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Resource for School and Home, Washington, D.C., 2002.
- 97. Volkmar F Changing Perspectives on ADHD., Am J Psychiatry 160:1025-1027, June 2003.

- 657 0 47
- 98. Wasserman R, Kelleher KJ, Bocian A, et al. Identification of attentional and hyperactivity problems in primary care: a report from Pediatric Research in Office Settings and the Ambulatory Sentinel Practice Network. Pediatrics. 1999;103(3). URL: http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/3/e38.
- 99. Wells K,. Pelham W,. Kotkin R, Hoza B, Abikoff H, Abramowitz A, Arnold L, Cantwell D, Conners C, Carmen R, Elliott G, Greenhill L, Hechtman L, Hibbs E, Hinshaw S, Jensen P, March J, Swanson J and Schiller E. Psychosocial Treatment Strategies in the MTA Study: Rationale, Methods, and Critical Issues in Design and Implementation. Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 28, No. 6, 2000, pp. 483–505.
- 100. Wilens T, Faraone S, Biederman J and Gunawardene S. Does Stimulant Therapy of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Beget Later Substance Abuse? A Meta-analytic Review of the Literature Pediatrics Vol. 111 No. 1: 179-185 January 2003.
- 101. Wilens, T.; McBurnnett, K.; Bukstein, O. Multisite controlled study of OROS methylphenidate in the treatment of adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. Arch Pediatr Adolesc Med 160(1):82-90, 2006.
- 102. Wolraich, M. L.; Grenhill, I. I.; Pelham, W.; Swanson, J.; Wilens, T. Randomized, controlled trial of oros methylphenidate once a day in children with attention-deficit hyperactivity disorder. Pediatrics 108(4):883-92, 2001.



Atención Integral de Niñas/ Niños y Adolescentes con Trastorno Hipercinético/Trastorno de la Atención (THA)

