

TDAH

en la infancia y la adolescencia

Concepto, evaluación y tratamiento

Diego Macià Antón

PIRÁMIDE

OJOS SOLARES
Tratamiento

PSICOLOGÍA

TDAH

en la infancia y la adolescencia

Concepto, evaluación y tratamiento

Diego Macià Antón

TDAH

en la infancia y la adolescencia

Concepto, evaluación y tratamiento

EDICIONES PIRÁMIDE

COLECCIÓN «OJOS SOLARES»

Sección: Tratamiento

Director:

Francisco Xavier Méndez

Catedrático de Tratamiento Psicológico Infantil
de la Universidad de Murcia

Edición en versión digital

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del copyright.

©Diego Macià Antón, 2012

© Primera edición electrónica publicada por Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2012

Para cualquier información pueden dirigirse a piramide_legal@anaya.es

Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid

Teléfono: 91 393 89 89

www.edicionespiramide.es

ISBN digital: 978-84-368-2819-1

Índice

Prólogo	11
1. Concepto de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	15
1.1. Antecedentes históricos y evolución del concepto.....	17
1.2. Sintomatología y criterios diagnósticos. Cómo se identifican los niños hiperactivos.....	33
1.2.1. Síntomas principales o definitorios.....	42
1.2.2. Otros síntomas presentes	46
1.2.3. Complicaciones o problemas secundarios.....	47
1.3. Diagnóstico diferencial y comorbilidad	51
1.3.1. Diagnóstico diferencial	51
1.3.2. Otros problemas asociados. Comorbilidad.....	52
1.3.2.1. Comorbilidad con trastornos negativista desafiante y trastorno disocial.....	55
1.3.2.2. Comorbilidad con trastornos de ansiedad y depresión	58
1.3.2.3. Comorbilidad con trastornos del aprendizaje y del desarrollo de la coordinación motora.....	59
1.4. Prevalencia y consideraciones evolutivas	61
1.5. Etiología, las causas del TDAH.....	64
1.5.1. Factores biológicos.....	65
1.5.2. Factores psicosociales	68
2. Evaluación psicológica del TDAH	71
2.1. Introducción	73

2.2. Proceso de evaluación psicológica	76
2.2.1. Recogida de información preliminar.....	76
2.2.1.1. Especificación preliminar del problema.....	76
2.2.1.2. Primera recogida de información sobre con- diciones ambientales y personales, actuales y pasadas	77
2.2.2. Formulación y verificación de las hipótesis formu- ladas sobre el caso.....	83
2.2.2.1. Evaluación de la capacidad intelectual.....	84
2.2.2.2. Rendimiento académico y trastornos de aprendizaje	85
2.2.2.3. Pruebas de atención e impulsividad	86
2.2.2.4. Condiciones familiares y escolares.....	89
2.2.2.5. Personalidad y adaptación	91
2.2.3. Evaluación funcional. Análisis de la conducta y for- mulación de hipótesis funcionales	94
2.2.3.1. Definición de la conducta problema y ob- tención de la línea base inicial.....	95
2.2.3.2. Análisis funcional de la conducta.....	96
2.2.3.3. Formulación de hipótesis funcionales.....	102
2.2.3.4. Establecer los objetivos de intervención y seleccionar los procedimientos terapéuti- cos	103
2.2.4. Aplicación del tratamiento, valoración de resultados y seguimiento	104
3. Tratamiento del TDAH	107
3.1. Introducción	109
3.2. Tratamiento farmacológico	114
3.2.1. Psicoestimulantes: metilfenidato	114
3.2.2. Fármacos no estimulantes: atomoxetina	118
3.2.3. Otros fármacos	119
3.3. Tratamiento psicológico	120
3.3.1. Intervención comportamental-educativa, los padres como coterapeutas	121
3.3.1.1. Técnicas operantes de modificación de con- ducta.....	124
3.3.1.2. Otros principios importantes en la interac- ción padres/hijos	142
3.3.1.3. Aprendizaje de habilidades cognitivas y de comunicación por los padres	144
3.3.1.4. Programas de entrenamiento parental	151
3.3.1.5. Tareas escolares en el hogar.....	155

3.3.2. Intervención comportamental-educativa en el ámbito escolar. Asesoramiento y entrenamiento a profesores.....	157
3.3.2.1. Consejos y estrategias educativas en el aula..	161
3.3.2.2. Técnicas cognitivo-conductuales a utilizar en el aula.....	164
3.3.3. Intervenciones específicas dirigidas al niño	171
3.3.3.1. Estrategias de autorregulación y conductuales.....	176
3.3.3.2. Programas de intervención conductual-cognitiva en niños	190
Bibliografía recomendada	193
Fuentes electrónicas. Direcciones web de interés	195
Referencias bibliográficas	197

Prólogo

*El peligro de los prólogos es que van delante.
Sobre todo si el lector es impaciente o se aburre con facilidad.*

Todos los escritores saben que para tener éxito no sólo deben captar la atención de sus potenciales lectores, sino también mantenerla. Para ello se valen de todos los recursos imaginables: un inicio sorprendente (captar), interrupciones de la acción en momentos culmen (mantener), giros inesperados (captar), etc. El objetivo es evitar, por todos los medios, que el lector se aburra, que abandone porque «no pasa nada».

¿Verdad que sería fabuloso que los libros de texto también tuvieran en mente este objetivo?, ¿o que las clases de matemáticas, lengua o biología **fueran tan interesantes como los documentales de la tele?** Si ha respondido usted que sí, que sería fantástico, es que ya ha descubierto que la capacidad atencional depende del interés que el tema despierte en nosotros, de lo atractivo que nos sea, y no sólo de la «voluntad» que pongamos en él.

Ahora imagínese que, por aquellas cosas del destino, usted es **de-los-que-se aburren-enseguida**; no es algo que haya decidido voluntariamente, ni mucho menos; es que «ha salido así», con mucha capacidad para aburrirse. Y resulta que tiene que pasar muchas, muchas horas escuchando (pasivamente) cosas que no le resultan nada atractivas, absolutamente monótonas. ¿Qué haría? Seguro

que *todo lo posible por no aburrirse*. Sin duda, lo primero intentar prestar atención, pero luego (cuando se hubiera agotado su capacidad) garabatearía en el papel, hablaría con el de al lado, pensaría en sus cosas, jugaría con el lápiz, daría golpecitos o movería la pierna (a medida que se fuera desesperando)...

Desesperando.

Verá usted. Es que resulta que además de costarle mantener la atención en lo que no le interesa, la paciencia no es uno de sus fuertes: las esperas le sacan de quicio, necesita todo «para ya», y eso de «darle vueltas a las cosas» no va con usted [de nuevo no es algo que haya elegido; sencillamente «le ha tocado» igual que le tocó esa facilidad para no-mantener-la-atención].

Y mientras está enfrascado en sus pensamientos, o mirando por la ventana, de repente se le ocurre algo interesantísimo (que no tiene nada que ver con lo que se está hablando, evidentemente), o se da cuenta de que la carpeta del vecino está a punto de caerse, o que su lápiz no tiene punta y que tres mesas más allá hay alguien que tiene un sacapuntas... ¡Seguro que le llaman la atención!

Salvo que haya **aprendido** a pisar el freno (y **pueda**) (y **quiera**).

Los individuos que tienen un TDAH (trastorno por déficit de atención [no pueden mantenerla] e hiperactividad [e impulsividad] [«de fábrica»]) pueden tener muchos problemas. Por su impulsividad (falta de freno) tienen un 50 por 100 más de accidentes de bicicleta, van un 33 por 100 más a urgencias, padecen de 2 a 4 veces más accidentes de tráfico y el riesgo de padecer un trastorno por abuso de sustancias es el doble del estándar. Y por las dificultades para mantener la atención llegan menos lejos de lo que realmente podrían: su nivel ocupacional es inferior al esperable («podría haber llegado más lejos...»), un 46 por 100 han sido expulsados de las escuelas en algún momento y un tercio abandonan los estudios prematuramente.

De esto trata este libro.

De niños (y adultos) tildados de «vagos» (porque «cuando quieren sí trabajan») o que «si fueran mudos reventarían» o que «no miden el peligro».

Y a mi modo de ver tiene como mínimo dos virtudes. La primera es que, en relativamente pocas páginas (para lo que viene siendo habitual), concentra todo lo que cualquier profesional que trate con personas con TDAH debe saber. Y la segunda es que su estilo narrativo es de fácil lectura, en un castellano sintácticamente agradable alejado de los anglicismos habituales.

Que nadie crea que es un libro para el profano. Si no conoce los conceptos de comorbilidad, prevalencia, análisis funcional o condicionamiento operante, por poner algunos ejemplos, probablemente no es para usted este texto. Pero *si aun así le interesa*, estoy seguro de que podrá leerlo sin problemas en su mayor parte, de que aprenderá mucho y de que su segunda lectura le resultará infinitamente más sencilla (para las dudas que tenga en la primera, busque en Wikipedia).

Pero tampoco es un libro para psicólogos (exclusivamente). Sin duda, éstos navegarán como pez en el agua a través de sus páginas (una ojeada a su índice deja clara la profesión y profesionalidad del autor). La información refleja los conocimientos actuales, alejados de dogmatismos o creencias sin sustento científico, detalla los instrumentos de valoración más habituales, insiste en el análisis funcional de la conducta y coherentemente explica (con detalle) cómo abordar los síntomas del trastorno.

Hay una razón muy obvia: ¿quiénes son los profesionales que tratan con las personas con TDAH? Pues maestros, médicos y psicólogos. Pues a ellos tiene que ir dirigida esta obra.

En mi opinión hay dos grupos más de profesionales que se beneficiarían de su lectura: el médico (pienso especialmente en psiquiatras generales y neuropediatras, y en menor medida en psiquiatras de niños y adolescentes) y el de los maestros/profesores.

Pero hay otra razón que no lo es tanto, y que deriva de una característica específica de este texto: su globalidad, su contenido holístico, que puede convertirlo en un punto de encuentro, necesario, entre los distintos profesionales.

En las últimas décadas la producción científica ha crecido de forma exponencial. Esto ha obligado a fragmentar los conocimientos (para poder mantenerse al día, pero sólo de «una parte del todo»). Y así lo habitual es que psicólogos, neurólogos, pediatras, psiquiatras o maestros estudien textos distintos respecto al mismo tema. En nuestro caso, el TDAH. Algo que, a todas luces, no es conveniente.

A modo de resumen.

Contemple este manual como un libro de texto, no encontrará en él absolutamente todo lo que se sabe, pero sí las bases y el camino para descubrirlo.

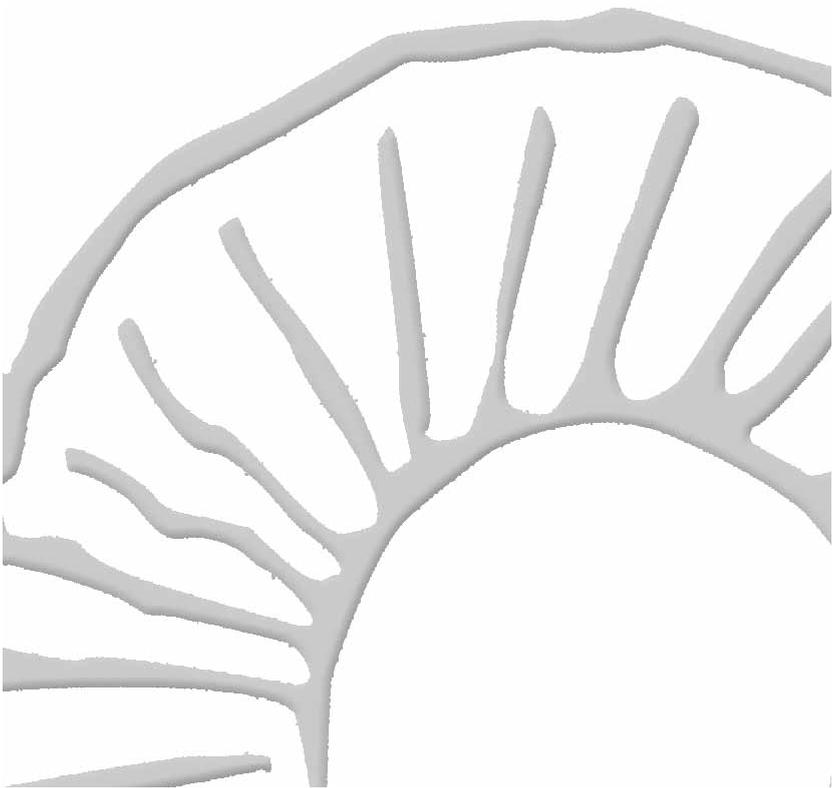
TOMÁS J. CANTÓ DÍEZ

Médico psiquiatra (y cuando algún ministro apruebe la
especialidad: de niños y adolescentes)

Responsable de las Unidades de Salud Mental Infantil de Alicante.

CAPÍTULO 1

Concepto de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)



1.1. Antecedentes históricos y evolución del concepto

El actualmente denominado *trastorno por déficit de atención con hiperactividad* (TDAH) aparece por vez primera como categoría diagnóstica en 1967, en la octava edición de la *Clasificación internacional de enfermedades* (CIE) de la Organización Mundial de la Salud, con el nombre *síndrome hiperkinético de la infancia* (WHO, 1967); un año después, en 1968, será recogido por la segunda edición de la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-II) como *reacción hiperquinética de la infancia o adolescencia* (APA, 1968).

La comprensión de la naturaleza de este trastorno ha encontrado múltiples dificultades por la gran variedad de alteraciones a las que tradicionalmente se las ha denominado: *hiperactividad*, y durante una época prolongada, *disfunción cerebral mínima*. Por muchos años este término se ha aplicado a un conjunto heterogéneo de anomalías que sólo recientemente se han considerado entidades clínicas distintas, aunque presentando una relación importante entre sí.

Desde que en los primeros años del siglo pasado empieza a describirse y conceptualizarse el trastorno, éste ha recibido un número muy considerable de denominaciones, unas veces en

función de una supuesta etiología y otras por sus características clínicas. Así, se le ha denominado: niños inestables, síndrome de inestabilidad psicomotriz, síndrome de impulsividad orgánica, daño cerebral mínimo, impedimento cerebral mínimo, hiperquinnesia, trastorno de actividad e impulsividad, síndrome de Strauss, disfunción cerebral mínima, síndrome hipercinético, trastorno por déficit de atención, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, etc.; considerando distintas posibles causas orgánicas en el origen del problema: genéticas, causadas por infecciones o traumatismos producidos en el momento del parto, etc. El desacuerdo en el nombre no hace más que reflejar las diferencias respecto al propio concepto, su origen y los signos conductuales que se consideran propios. Pese a los muchos avances realizados en las últimas décadas del siglo pasado, no parece que en la actualidad esté concluido el proceso de conceptualización del trastorno, manteniéndose las dificultades para establecer una etiología clara del problema.

Distintos autores, a finales del siglo XIX, comienzan a describir una serie de comportamientos y anomalías clínicas en niños, entre las que destacaba la hiperactividad y otros problemas de conducta. Así, autores como Maudsley (1867), Ireland (1877), Bourneville (1897) (que acuñó el término *niños inestables*) y Clouston (1899) describen una serie de síntomas (impulsividad, inestabilidad psicomotriz, dificultad de mantener la atención, etc.) presentes en niños con determinados trastornos psicopatológicos. Básicamente se consideran los *síntomas hiperactivos* presentes como parte destacada en problemas de retardo mental o de conducta disocial y delictiva. Así, inicialmente, la hiperactividad, más que ser considerada como síndrome o un trastorno con características propias es vista como manifestaciones (síntoma) de un trastorno de conducta, retardo mental u otras patologías.

Es a lo largo del siglo pasado cuando se va conformando, utilizando distintos nombres (y distintas supuestas etiologías), un cuadro psicopatológico caracterizado por impulsividad, falta de atención e inquietud que hoy llamamos *trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Barkley (2006) establece una serie de etapas o períodos a lo largo de todo el siglo XX en la conceptualización

del trastorno, propuesta que utilizaremos para destacar a continuación los hechos más importantes.

I Etapa. Período del daño cerebral infantil (1901-1949)

En 1902, el pediatra británico George Frederic Still lleva a cabo la primera descripción sistemática de la conducta de niños que hoy denominaríamos como *hiperactivos y con comportamiento perturbador*, relacionando la hiperactividad con los problemas de conducta y aprendizaje. Para Still (1902) eran niños con una actividad e impulsividad excesivas y que podían, o no, presentar retraso mental u otra enfermedad que se pudiese presuponer causante de esa conducta que él consideraba un *defecto patológico en el control moral* (control de la conducta en conformidad con la idea social de lo bueno). Eran niños que no parecía que razonasen sobre las consecuencias de sus actos; así, el defecto en el control moral hacía referencia a la incapacidad que presentaban para inhibir los impulsos al no darse cuenta de que una acción suya determinada podría ser perjudicial para los demás; Still los describe como niños inquietos, violentos, impulsivos y con incapacidad de mantener la atención. En esta descripción ya aparece la estrecha relación de la hiperactividad con la *conducta disocial* y el *negativismo desafiante*. Consideraba el trastorno de origen biológico; afirmaba que debía haber una cierta predisposición familiar-genética, si bien también consideró que en muchos casos el origen estaba en posibles daños cerebrales pre o postnatales, y por tanto, adquiridos.

En los primeros años del siglo xx no se diferenciaba la hiperactividad como síndrome de la hiperactividad como síntoma, y la podemos ver asociada al retardo mental o los problemas de conducta disocial y negativista desafiante. Inicialmente, tanto la hiperactividad como los problemas de conducta disocial se englobaron bajo el epígrafe de *niños inestables*. Heuyer (1914) utilizaría esta denominación en su obra *Niños anormales y delincuentes juveniles* describiendo la existencia de una serie de síntomas (déficit de atención, hiperactividad motriz, comportamiento perverso, etc.) que conducen al niño hacia la inadaptación familiar, escolar y social, y por tanto le llevan a la delincuencia. Este autor relaciona las

conductas agresivas e inadaptadas con circunstancias ambientales y sociales.

En España, el catedrático Augusto Vidal Parera (1907) realiza una precisa descripción clínica de la conducta de niños que presentaban lo que en la actualidad denominamos *trastorno por déficit de atención con hiperactividad*, en su obra *Compendio de psiquiatría infantil* (primer texto en castellano de esta especialidad). Por su parte, el médico psiquiatra Gonzalo Rodríguez Lafora (1917) distingue entre niños que denomina «idiotas enequéticos», refiriéndose a deficientes con una «actividad inusitada que no les permite estar quietos un momento», de otros a los que describe como «mentalmente normales, pero que no pueden fijar su atención, ni para oír, ni para comprender ni para responder... No pueden dominar sus reacciones, de aquí la desproporción de sus actos. Son los niños llamados "nerviosos" por sus padres e "indisciplinados" por los maestros... Se levantan constantemente del pupitre, juegan con todo, se distraen por una mosca que se mueva, pinchan a los compañeros, se burlan de todo y están en constante actividad».

La epidemia de encefalitis de 1917-1918 en Estados Unidos jugaría un papel importante en la explicación de la hiperactividad. Tras esta epidemia se comprobó (Ebaugh, 1923) que muchos niños y adultos que habían contraído la enfermedad mostraban secuelas neurológicas y conductuales, tales como hiperactividad, inestabilidad emocional, irritabilidad, problemas de atención y de memoria; Ebaugh consideraba que la encefalitis les habría producido una ligera disfunción cerebral, comenzando a utilizarse el término *trastorno conductual postencefálico* o *síndrome orgánico cerebral*. Estas observaciones ratificaban el origen biológico del trastorno, pero, como ya apuntaba Still, su origen no parecía ser sólo genético, sino que podían darse influencias ambientales.

Kahn y Cohen (1934) proponen el término *síndrome de impulsividad orgánica* al considerar que una alteración en la organización del tronco cerebral, originada por una encefalopatía prenatal, o daño perinatal, estaría en el origen del trastorno, caracterizado por la presencia de hiperactividad, impulsividad, labilidad emocional y conducta disocial.

El descubrimiento accidental realizado por Bradley en 1937 del efecto positivo que la medicación psicoestimulante (benzedrina) producía en la conducta de niños hiperactivos supondría un fuerte impulso a la investigación orientada a descubrir las bases neurológicas de la hiperactividad. La mejoría de la hiperactividad con tratamiento farmacológico se consideró como una evidencia de que los niños con este tipo de enfermedad presentaban algún tipo de problema cerebral.

Strauss y Lehtinen (1947), que acuñaron el término de *síndrome de daño cerebral* (posteriormente utilizarían el de *daño cerebral mínimo*, Strauss y Kephart, 1955), trabajaron en un centro de educación especial con niños discapacitados psíquicos (muchos de ellos con claros signos de lesión cerebral) donde impulsaron la aplicación de estrategias psicoeducativas (menor número de alumnos por aula, eliminación de distractores ambientales, enseñanza muy estructurada, etc.), con el fin de compensar sus dificultades atencionales e hiperactividad y mejorar sus resultados en el aprendizaje. Al considerar que muchas de las deficiencias que se producían como consecuencia de una lesión cerebral no tenían tratamiento médico posible, plantean la intervención terapéutica desde la educación. Las observaciones con niños que presentaban un importante retraso mental llevó a muchos autores a considerar que también los niños intelectualmente normales que presentaban ciertos síntomas de hiperactividad, falta de atención e impulsividad compartían el mismo origen de sus síntomas: una posible, mayor o menor, lesión cerebral.

II Etapa. Consideración del origen funcional del síndrome y énfasis en las características comportamentales (1950-1979)

Desde los presupuestos del modelo médico-tradicional cualquier alteración del comportamiento se atribuía a una lesión del sistema nervioso central; sin embargo fracasaban los innumerables estudios realizados para comprobar la relación entre daño cerebral e hiperactividad. La constatación de que era imposible (para algunos por la limitación de las herramientas de diagnóstico) demostrar que los niños hiperactivos tuviesen algún tipo de daño cerebral

llevó en los años cincuenta a sustituir el término *daño cerebral* (Strauss) por *disfunción cerebral*, y posteriormente, en 1962, Clements y Peters utilizan el término *disfunción cerebral mínima*, planteando la posibilidad de un origen funcional y no exclusivamente consecuencia de una lesión. Clements (1966) consideraba que variaciones genéticas, irregularidades bioquímicas, daño pre o perinatal, o lesiones producidas en la maduración del sistema nervioso central conformaban la posible etiología del cuadro, de modo que los niños con este trastorno hiperactivo presentaban una inteligencia normal pero manifestaban problemas de coordinación perceptivo-motora y de coordinación óculo-manual, déficit de memoria, problemas de discriminación auditiva y de lenguaje, dificultades específicas de aprendizaje (lecto-escritura y matemáticas), inestabilidad emocional y signos neurológicos menores. Sin embargo, el término devino, en la mitad del siglo pasado, en un auténtico «cajón de sastre» en el que se incluían a un gran número de niños con problemas de conducta y de aprendizaje por muy distintos motivos.

De forma casi paralela en el tiempo, algunos autores empiezan también a cuestionar el término *disfunción cerebral mínima*; así, se empieza a utilizar el de *síndrome del niño hiperactivo* (Chess, 1960) poniendo el énfasis en los aspectos comportamentales del trastorno (la hiperactividad y la falta de atención) y enfatizando los factores psicológicos y ambientales en la explicación del mismo. Ya en 1957 Laufer y Denhoff utilizan el término *síndrome hipercinético infantil* para referirse a niños con una actividad motriz excesiva en relación a la considerada normal en niños de su misma edad y sexo, no necesariamente asociada con una patología cerebral demostrable. Finalizaba una etapa en la que había prevalecido el modelo médico-tradicional y que se había caracterizado por un enfoque exclusivamente organicista del problema, tanto en la etiología como en el tratamiento. El rechazo del concepto unitario de *disfunción cerebral mínima* busca eliminar el uso de términos diagnósticos que implican una supuesta etiología y permite establecer un diagnóstico y tratamiento diferencial para los diversos tipos de trastornos que englobaba el término, separando los niños con daño cerebral demostrable, niños con distintos problemas de conducta

y niños con problemas de aprendizaje. Esta forma de conceptualizar el problema sería recogida por los dos sistemas de clasificación de las enfermedades mentales más importantes, la CIE-8 (WHO, 1967) y el DSM-II (APA, 1968).

En la década de los sesenta se empiezan a utilizar las técnicas de tratamiento conductuales basadas en el *análisis conductual aplicado*: primero, *refuerzo positivo y extinción* (Patterson, 1965; Vance y Broden, 1967); posteriormente, *economía de fichas* (O'Leary y Becker, 1967). El modelo no cuestionaba el posible origen orgánico del problema, pero consideraba que, independientemente de los límites impuestos por la biología, la conducta perturbadora (se ponía el énfasis en el exceso de movimiento) se podía modificar. Posteriormente, en la década de los setenta se desarrollan las técnicas cognitivo-conductuales y se aplican al niño con hiperactividad; por ejemplo, el *entrenamiento en autoinstrucciones* (Meichenbaum y Goddman, 1971), o el *entrenamiento en habilidades cognitivas de resolución de problemas interpersonales* (Spivack y Shure, 1974).

Cabe destacar en estos años la importante aportación que a la comprensión del trastorno realiza el Grupo de Montreal (Victoria Douglas y colaboradores), poniendo el énfasis en el déficit atencional y en el control de la impulsividad frente a la hiperactividad. En su descripción plantea que los síntomas han de presentarse desde la infancia y que se han de presentar en distintas situaciones, excluyendo los niños que presentaban retraso mental, psicosis o cualquier lesión cerebral (Douglas, 1972). Esta orientación influiría en la tercera edición del DSM (APA, 1980).

El tratamiento farmacológico que empieza a utilizarse a partir de 1955, año en el que en Estados Unidos se comercializa el Ritalín (metilfenidato), incrementa su uso en los años setenta en toda América. En España, el metilfenidato, con nombre comercial Rubifén, se introduce en 1981.

III Etapa. Auge de los criterios diagnósticos (1980-1989)

Como comentábamos al inicio del capítulo, es a finales de los años sesenta cuando en las principales clasificaciones internacio-

nales de las enfermedades mentales aparece por vez primera este trastorno (tabla 1.1). Así, la OMS lo recoge en su octava edición de la *Clasificación internacional de enfermedades: CIE-8* (WHO, 1967), como *síndrome hiperkinético en la infancia*, y la APA, en su segunda edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-II* (APA, 1968), como *reacción hiperquinética de la infancia o adolescencia*. Su inclusión en estas clasificaciones supuso, en ediciones posteriores, a partir del DSM-III (APA, 1980), un esfuerzo por el uso de criterios de diagnóstico consensuados y un relativo avance en la conceptualización del trastorno. El desarrollo de las clasificaciones de los trastornos mentales con la utilización de criterios diagnósticos permitió, junto al desarrollo del modelo conductual, avanzar en una progresiva clarificación entre los grupos de problemas hasta entonces entremezclados en el concepto *disfunción cerebral mínima*, distinguiéndose distintos trastornos diferenciados: los trastornos de aprendizaje, el trastorno negativista desafiante, el trastorno disocial y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Si desde los primeros años del siglo pasado se fueron sucediendo los continuos cambios terminológicos, llegándose a contabilizar casi un centenar (Sulzbacher, 1985), la extensión del uso de las clasificaciones psicopatológicas basadas en criterios diagnósticos en las últimas décadas del siglo XX, aun no habiendo supuesto el fin de las importantes discusiones conceptuales y terminológicas, supuso un importante avance en la convergencia de posiciones y en la clarificación de la existencia de un trastorno con signos y manifestaciones propias. Si bien, esta convergencia entre las dos más importantes clasificaciones de las enfermedades mentales, la *Clasificación internacional de enfermedades* (CIE) y la del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM), no es total y sólo en fechas muy recientes se establece una importante coincidencia en los síntomas básicos que configuran el trastorno. Junto a esto, y pese al importante trabajo de investigación llevado a cabo y a los avances realizados, tampoco se han obtenido datos concluyentes que permitan establecer cuáles son los factores que lo originan.

TABLA 1.1
Comparación CIE con el DSM

OMS. DENOMINACIÓN Y SUBTIPOS	APA. DENOMINACIÓN Y SUBTIPOS
CIE-8 (1967). Síndrome hiperquinético en la infancia.	DSM-II (1968). Reacción hiperquinética de la infancia o adolescencia.
CIE-9 (1978). Síndrome hiperquinético infantil. Síndrome de inestabilidad en la infancia. Subtipos: — Trastorno simple de la actividad y de la atención. — Hiperactividad con retardo en el desarrollo. — Trastornos de conducta asociados a la hiperactividad.	DSM-III (1980) Trastorno por déficit de atención. Subtipos: — Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. — Trastorno por déficit de atención sin hiperactividad. — Trastorno por déficit de atención tipo residual. DSM-III-R (1987). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. — TDAH indiferenciado. (en el apartado de Trastornos por conductas perturbadoras).
CIE-10 (1992). F90. Trastornos hiperquinéticos. F90.0 Trastorno de la actividad y la atención. F90.1 Trastorno hiperquinético disocial. F90.8. Otros trastornos hiperquinéticos. F90.9 Trastorno hiperquinético sin especificación.	DSM-IV y DSM-IV-TR (1994 y 2000). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Subtipos: — TDAH con predominio del déficit de atención (TDAH-I). — TDAH con predominio hiperactivo-impulsivo (TDAH-II). — TDAH tipo combinado (TDAH-C).

En las décadas de los años setenta y ochenta la propia OMS (WHO, 1978), en la CIE-9, mantiene indistintamente dos denominaciones como consecuencia de las distintas formas de conceptualizar el problema en los dos enfoques de la psiquiatría europea: el francoalemán y el anglosajón. Para los primeros, el trastorno había mantenido, a lo largo de todo el siglo, la denominación de *inestabilidad psicomotriz*, considerando muy inadecuado el de *trastorno cerebral menor* (Ajuriaguerra y Marcelli, 1982) y así, en la CIE-9, se utiliza el término *síndrome de inestabilidad en la infancia*; al mismo tiempo, y para recoger un rótulo cercano a los planteamientos de los

enfoques anglosajones, la CIE-9 mantiene un término muy similar al ya utilizado en la edición anterior: *síndrome hiperquinético infantil*.

La OMS, en la CIE-9, lo define como un trastorno caracterizado por una dificultad en la capacidad de atención y distracción, considerando que durante la primera infancia el síntoma más importante es la hiperactividad, sin inhibición, no organizada ni controlada, mientras que en la adolescencia puede disminuir la hiperactividad. La impulsividad, las variaciones del humor, la agresividad pueden ser frecuentes; existiendo también un retraso en las habilidades específicas, así como una reducción y perturbación de las relaciones sociales. Distingue tres subtipos: 1) trastorno simple de la actividad y de la atención; 2) hiperactividad con retraso del desarrollo (la hiperactividad presentaría comorbilidad a trastornos específicos del desarrollo, como: retraso del lenguaje, trastornos de lecto-escritura, etc.), y 3) trastornos de conducta asociados a la hiperactividad. Se consideraba que la hiperactividad podía ser sintomática a otros problemas, recomendándose diagnosticar la enfermedad de base.

Por su parte, si el DSM-II (APA, 1968) hablaba de *reacción hiperkinética de la infancia o adolescencia*, realizando una descripción general y poniendo el énfasis en los aspectos motores del problema (exceso de actividad e inquietud), el DSM-III (APA, 1980) introduce los aspectos cognitivos (pone el énfasis en la inatención) y cambia de nombre. Este hecho se produce fundamentalmente por la influencia de los trabajos del Grupo de Montreal que suponen un cambio importante en la conceptualización del problema. Virginia Douglas (1972) plantea que la deficiencia básica de los niños hiperactivos no era el excesivo grado de actividad, sino la incapacidad para mantener la atención (especialmente la mantenida) y la impulsividad. En este momento los que se habían considerado síntomas asociados: la impulsividad, la baja tolerancia a la frustración y sobre todo los problemas atencionales pasan a ocupar el lugar central en la conceptualización del síndrome, pasando a un segundo plano la hiperactividad. Así, el DSM-III (APA, 1980) introduce nuevos criterios, cambia el nombre por *trastorno por déficit de atención* y establece tres subtipos: el *trastorno por déficit de atención con hiperactividad*, el *trastorno por déficit de atención sin*

hiperactividad y un subtipo residual (*trastorno por déficit de atención tipo residual*). En el DSM-III se delimita dicho trastorno de otros que presentan unos síntomas similares pero en los que la alteración fundamental es distinta, como en los trastornos de conducta y en los problemas de aprendizaje.

Sin embargo, las críticas que recibió este posicionamiento llevaron a la Asociación Americana de Psiquiatría a introducir nuevos cambios en la revisión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* —DSM-III-R— (APA, 1987). En ésta se vuelve a dar importancia a la hiperactividad, situándola al mismo nivel que el déficit de atención. Fue la vuelta a una visión más unitaria del trastorno, con el nombre de *trastorno por déficit de atención con hiperactividad*, eliminando la posibilidad de diagnosticar los dos subgrupos del DSM-III (TDA con o sin hiperactividad), volviendo a un listado de 14 síntomas que incluían conductas de hiperactividad, impulsividad y déficit de atención, manteniendo una categoría alternativa, el «trastorno de déficit de atención indiferenciado», para los casos en que sólo se presentaba inatención (el TDA sin hiperactividad de la edición anterior). El trastorno se agrupa en el apartado de *Trastornos por conductas perturbadoras* junto a los *trastornos de conducta y negativismo desafiante*.

Barkley (1982), en un intento por sintetizar los aspectos coincidentes de los distintos autores respecto a la definición y conceptualización del trastorno, estableció que en general se hace hincapié en:

- a) la existencia de déficits de atención por falta de concentración y distracción, inquietud e hiperactividad,
- b) las dificultades del niño para controlar su conducta y adaptarla a las demandas que exige la situación en la que se encuentra,
- c) los signos característicos se producen en más de una situación (casa, colegio, etc.),
- d) la aparición antes de los siete años,
- e) la dificultad para explicar el trastorno en base a causas orgánicas o neurológicas.

IV Etapa. Elaboración de modelos explicativos (1990 hasta nuestros días)

La aceptación generalizada de los sistemas categoriales y la concreción, al menos desde un punto de vista descriptivo, del *trastorno por déficit de atención con hiperactividad* (la propia OMS en la CIE-10 establece que aun cuando existe un cierto solapamiento entre la hipercinesia y otras formas de comportamiento anormal como el trastorno disocial, sin embargo la evidencia tiende a distinguir un grupo en el cual la hipercinesia es el problema principal), permitió, a partir de los años noventa, el desarrollo de distintos modelos y teorías que intentan dar respuesta a qué es lo que funciona de forma defectuosa en el TDAH, y no reducir su conceptualización a una mera descripción de síntomas o comportamientos (Artigas-Pallarés, 2009). Éste sería uno de los principales hechos característicos de este último período (desde 1990 hasta nuestros días) que hemos establecido, siguiendo las etapas propuestas por Barkley (2006), para abordar la evolución histórica del TDAH y que hemos denominado *de los modelos explicativos complejos*.

Para Barkley, la década de 1990 puede denominarse la era de las funciones ejecutivas. Función ejecutiva (FE) se refiere a procesos cognitivos que hacen referencia a las siguientes capacidades: autorregulación, secuenciación de la conducta, flexibilidad de pensamiento, memoria de trabajo, planificación, inhibición de respuestas, organización de la conducta, etc.

El *modelo de autorregulación de Barkley* (1997; 2008a) se basa en el análisis de las interrelaciones entre la inhibición conductual, las funciones ejecutivas (FE) y la autorregulación (Servera, 2005).

El modelo enfatiza el constructo de impulsividad (pobre inhibición conductual) como característica esencial. La pobre *inhibición conductual*, la dificultad para inhibir, retrasar o detener una respuesta conductual inmediata a un determinado estímulo, es la característica distintiva del trastorno. Barkley (1997) considera que la inhibición conductual incluye tres procesos: *a)* los niños con TDAH presentan un *déficit en la capacidad para inhibir respuestas prepotentes* (asociadas a procesos de refuerzo inmediato); *b)* para detener patrones de respuesta habituales y establecer períodos de demora

en la toma de decisiones (para evaluar la conveniencia, o no, de una decisión), y c) en tercer lugar, para proteger ese período de demora de las interferencias (distractibilidad) que se puedan producir. Los déficits de atención, la hiperactividad y la impulsividad vendrían causados por un fallo en el sistema de inhibición conductual. La mayoría de los niños adquieren la capacidad de poner en práctica actividades mentales que les ayudan a apartarse de las distracciones mentales, a marcarse unas metas y dar los pasos para alcanzarlas; sin embargo, a los niños con TDAH les falta autodomínio para inhibir las conductas. Así, el niño con TDAH no puede inhibir el impulso de actuar, no puede parar de hacer lo que está haciendo, pero tampoco puede evitar distraerse y pasar de una actividad a otra.

La *autorregulación* o autocontrol se define como la capacidad consciente de regular nuestros impulsos de una manera voluntaria, es decir, cualquier respuesta de la persona que altera la probabilidad de que ocurra una respuesta que normalmente sigue a un evento, alterando a largo plazo la probabilidad de sus consecuencias asociadas. En el niño con TDAH está presente una dificultad para generar conductas gobernadas por reglas (las consecuencias no tienen que estar presentes ni ser inmediatas), resultándole muy difícil trabajar para alcanzar resultados a largo plazo renunciando a ganancias inmediatas.

Barkley (1997) considera, por tanto, que los niños con TDAH presentan un fallo en la inhibición conductual que retrasa la adquisición de la capacidad para interiorizar y efectuar las cuatro funciones mentales ejecutivas. Así, el déficit en la *inhibición conductual* producirá un impacto adverso sobre la capacidad de autorregulación (control o guía de la conducta) y sobre cuatro funciones ejecutivas:

1. La memoria operativa.
2. La interiorización del habla.
3. La autorregulación de la activación, la motivación y las emociones.
4. La reconstrucción.

1. *La memoria operativa* (memoria de trabajo no verbal). Es la capacidad de tener presente la información auditiva o visual en el sistema cognitivo mientras realizamos una tarea, aunque ya no exista el estímulo que la originó, y que será utilizada para guiar las acciones.

Este tipo de «recuerdo» nos permitirá analizar y manipular la información. Las imágenes en la mente nos sirven para recordar el pasado, y utilizando esa información del pasado preparar y adelantarnos a nuestro futuro. Los niños con TDAH no lo pueden hacer y viven en el momento; no son capaces de usar el pasado para pensar en el futuro. Como resultado, no tienen sentido interno del tiempo. Son descritos como olvidadizos y con dificultades para cumplir actividades con un tiempo tasado.

2. *La interiorización del habla* (memoria de trabajo verbal). Nos proporciona los medios para describirnos las situaciones, para reflexionar sobre ellas, seguir reglas e instrucciones, reflexionar y cuestionarnos la resolución de un problema, etc.

A partir de los cinco años los niños acostumbran a hablarse a sí mismos recordándose cómo hacer una tarea. Los niños con TDAH están significativamente retrasados en el desarrollo del lenguaje interno, no pueden hablarse a sí mismos ni usar el lenguaje como guía, lo que les lleva a la incapacidad para seguir instrucciones, para seguir sus propios planes y reglas y para hacer lo que se les ordena, fracasando en la interiorización de códigos morales.

3. *La autorregulación de la activación, la motivación y las emociones*. Este control nos ayuda a alcanzar nuestros objetivos, pues nos permite diferir las reacciones emocionales ante acontecimientos determinados que nos distraen.

La demora en la respuesta facilita que podamos realizar una evaluación objetiva y racional de la situación. Los niños con TDAH tienen problemas inhibiendo sus reacciones emocionales, mostrando sus sentimientos y emociones más que el resto de los niños; les resulta difícil controlar senti-

mientos como, por ejemplo, frustración, hostilidad o rabia; aparentan ser menos maduros emocionalmente y más reactivos con sus sentimientos. Del mismo modo que presentan dificultades de generar motivación intrínseca para las tareas que no tienen ningún atractivo o recompensa inmediata para ellos, requiriendo consecuencias inmediatas externas (refuerzo inmediato).

4. *La reconstrucción.* Consta de dos procesos distintos: la segmentación de las conductas observables (análisis) y la combinación de sus partes en nuevas acciones no aprendidas de la experiencia (síntesis). Esta habilidad es empleada para planificar y resolver problemas.

La capacidad de reconstruir nos permite crear nuevas conductas a partir de otras ya adquiridas. Los niños con TDAH tienen disminuidas sus capacidades para resolver problemas, la inventiva y la flexibilidad en la consecución de metas a largo plazo. Abandonan sus metas al enfrentarse a un primer obstáculo, sin pensar en alternativas u opciones; son menos flexibles ante una situación problemática y tienen mayor probabilidad de responder de forma automática o de forma impulsiva.

Las implicaciones que se desprenden de la propuesta de Barkley para la intervención son:

- a) Las habilidades ejecutivas, los déficits de inhibición y autorregulación pueden ser mejorados si los niños reciben tratamiento farmacológico, particularmente con psicoestimulantes como el *metilfenidato*.
- b) Además de la medicación es necesario aplicar estrategias de *modificación de conducta* (programas de manejo de reforzadores: economía de fichas, contratos conductuales, etcétera) que proporcionan la motivación externa de la que carecen y permiten modificar ciertos comportamientos disruptivos e incrementar los adaptativos.

- c) Los tratamientos han de llevarse a cabo, fundamentalmente, en el ambiente natural del niño (escuela, familia, medio social, etc.), cambiar el entorno natural alrededor del niño para ayudarle a mostrar lo que sabe (su problema no es que no saben, sino que no pueden usar adecuadamente lo aprendido), requiriendo todo tipo de señales externas en el aula o en la familia (externalización de la información: guías, notas, pósteres, etc.) para disminuir o eliminar el impedimento que le impide actuar correctamente,
- d) Un último objetivo es ayudar al niño a mejorar su capacidad en definir problemas —en analizar sus partes y en buscar soluciones—, mejorar sus autoinstrucciones, saber automotivarse y mantener el esfuerzo hacia sus objetivos.

Para finalizar esta última etapa que hemos establecido para conocer la evolución del concepto del trastorno, debemos enumerar otras dos características importantes. La primera está relacionada con los progresos tecnológicos que han experimentado en los últimos años los instrumentos de neuroimagen (anatómica y funcional) y que han permitido poner de manifiesto los circuitos cerebrales implicados en las personas con TDAH avanzando en el conocimiento de la posible base neurológica del trastorno (Castellanos y Acosta, 2004). Estas importantes cuestiones (avances genéticos en la comprensión del TDAH, papel de los neurotransmisores, etc.) se abordarán de forma más amplia en el apartado de la etiología.

La segunda está relacionada con el importante número de trabajos realizados en los últimos años que aportan evidencia de que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, contrariamente a lo que hasta entonces se había supuesto de que sólo se presentaba en la infancia y la adolescencia, estaba presente en la edad adulta en más del 50 por ciento de los adultos que lo habían tenido desde antes de los siete años, presentando los síntomas propios del trastornos pero manifestándose de forma distinta: disminuye la hiperactividad, y los problemas más frecuentes tienen que ver con: problemas para concentrarse, menor capacidad de me-

moria, desorganización, impulsividad, etc. (Adler, Barkley y Newcorn, 2008; Ramos, Bosch, Castells, Nogueira, García y Casas, 2006; Valdizán e Izaguerri-Gracia, 2009).

1.2. Sintomatología y criterios diagnósticos. Cómo se identifican los niños hiperactivos

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM) es una clasificación categorial que divide estos trastornos en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definitorios. Ya a partir de la tercera edición —DSM-III— (APA, 1980) se introducen importantes innovaciones metodológicas, como criterios diagnósticos explícitos, un sistema multiaxial y un enfoque descriptivo, con el objetivo de ser neutral respecto a las teorías etiológicas. Como hemos comentado anteriormente, cada vez es más frecuente el uso de criterios diagnósticos alcanzados mediante el consenso; así, el DSM-IV (APA, 1994), más que cualquier otra nomenclatura de trastornos mentales, está basado en la búsqueda del consenso y en la observación empírica.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1994), en la cuarta edición (DSM-IV) y en la revisada de su *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR, APA, 2000), en el apartado de *Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia*, establece un subapartado con el rótulo de *Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador* donde de forma separada se clasifica el *trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*, el *trastorno disocial (TD)* y el *trastorno negativista desafiante (TND)*. Se mantiene, pues, como en el DSM-III-R (APA, 1987), la denominación de *trastorno por déficit de atención con hiperactividad*, pero con tres subtipos:

- TDAH con predominio del déficit de atención (TDAH-DA) [314.00],
- TDAH con predominio hiperactivo-impulsivo (TDAH-HI) [314.01] y

- TDAH tipo combinado (TDAH-C) [314.01] (cumple con los criterios de ambos subtipos).

Otra categoría, el *TDAH no especificado* [314.9], se reserva para trastornos con la sintomatología prominente desatencional o de hiperactividad/impulsividad que no cumplen los criterios del TDAH.

Para el DSM-IV-TR, la característica esencial del *trastorno por déficit de atención con hiperactividad* es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar (criterio A); la presencia de los síntomas tiene que ser evidente antes de los 7 años (criterio B); algunas alteraciones provocadas por los síntomas se deben presentar en al menos dos ámbitos de la vida del niño (p.ej., en la escuela y en casa) (criterio C); deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral (criterio D) y 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 (criterio E).

El *trastorno por déficit de atención con hiperactividad* incluye las siguientes agrupaciones de síntomas: (A1) síntomas de falta de atención y (A2) síntomas de hiperactividad-impulsividad, considerando, como hemos dicho, que puede manifestarse de tres formas: TDAH con predominio del déficit de atención, TDAH con predominio hiperactivo-impulsivo o TDAH tipo combinado (cumple con los criterios de los dos anteriores subtipos).

TABLA 1.2

Criterios para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad según el DSM-IV-TR (APA, 2000)

<p>A (1) o (2):</p> <p>(1) Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:</p> <p><i>Falta de atención</i></p> <p>(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.</p> <p>(b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.</p> <p>(c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.</p> <p>(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).</p> <p>(e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.</p> <p>(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).</p> <p>(g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p.ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).</p> <p>(h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.</p> <p>(i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.</p> <p>(2) Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:</p> <p><i>Hiperactividad</i></p> <p>(a) A menudo mueve en exceso manos o pies, se remueve en su asiento.</p> <p>(b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.</p> <p>(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).</p> <p>(d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.</p> <p>(e) A menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor.</p> <p>(f) A menudo habla en exceso.</p> <p><i>Impulsividad</i></p> <p>(g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.</p> <p>(h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.</p> <p>(i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej., se entromete en conversaciones o juegos).</p> <p>B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.</p>

- 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).

Códigos basados en el tipo:

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado [314.01]: si se satisfacen los criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención [314.00]: si se satisface el criterio A1, pero no el criterio A2 durante los últimos 6 meses.

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo [314.01]: si se satisface el criterio A2, pero no el criterio A1 durante los últimos 6 meses.

Nota de codificación. En el caso de sujetos (en especial adolescentes y adultos) que actualmente tengan síntomas que ya no cumplen todos los criterios, debe especificarse en «remisión parcial».

La Organización Mundial de la Salud (WHO, 1992), en el apartado 5.º —*Desórdenes mentales*— de la *Clasificación internacional de enfermedades* (CIE-10), en el grupo de *Trastornos emocionales y del comportamiento en la infancia y la adolescencia* (F.90-F.99), establece el apartado de los *Trastornos hipercinéticos* (F.90), que incluye:

- F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención.
- F90.1 Trastorno hipercinético disocial.
- F90.8 Otros trastornos hipercinéticos.
- F90.9 Trastorno hipercinético no especificado.

Así, dentro del apartado de *Trastornos hipercinéticos*, la CIE agrupa varios tipos clínicos estableciendo la distinción en base al predominio de alguno de los síntomas esenciales de ese trastorno: la hiperactividad, la impulsividad, la inatención y las conductas disruptivas o problemas de conducta (trastorno de conducta disocial). El grupo de *Trastornos hipercinéticos* (F90) se caracteriza por

un comienzo precoz (antes de los seis años), la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas y porque estos problemas se presentan en las situaciones más variadas y persisten a lo largo del tiempo.

La CIE-10 parte de la coexistencia, o no, de *trastorno de conducta (trastorno disocial)*; así, los distintos subtipos se establecen en relación a la presencia, o no, de síntomas de agresividad, comportamiento disocial o delictivo. El subtipo (F90.0) *trastorno de la actividad y la atención* se establece en la clasificación de la OMS cuando se reúnen los criterios clínicos de hiperactividad, impulsividad e inatención sin problemas de conducta disocial. El *trastorno hiperkinético disocial* (F90.1) se caracteriza por estar presentes los síntomas del trastorno hiperkinético y del trastorno disocial (F91).

El diagnóstico requiere:

- a) La presencia conjunta de déficit de atención e hiperactividad en más de una situación ambiental (por ejemplo, en clase, en casa, en la consulta, etc.).
- b) Que los déficits en la persistencia y de la atención (dejar actividades sin terminar, pasar de una actividad a otra, etc.) deben ser diagnosticados sólo si son excesivos para la edad y coeficiente de inteligencia del niño.
- c) Valorar la hiperactividad (inquietud excesiva, imposibilidad de permanecer sentado, etc.) en función del contexto, de lo que cabría esperar en una situación concreta en función de la edad y el coeficiente de inteligencia del niño.
- d) Considerar la presencia o ausencia de ciertos rasgos asociados (desinhibición en la relación social, falta de precaución en las situaciones de peligro y quebrantamiento impulsivo de algunas normas sociales) que apoyen el diagnóstico, aunque no son suficientes ni necesarios para realizar el mismo.

El CIE-10 acepta la existencia de un síndrome en el que la hipercesnia es el problema central. Considera que pueden observarse

TABLA 1.3
Criterios de investigación para el trastorno hiperactivo CIE-10

Déficit de atención	<ol style="list-style-type: none"> 1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades. 2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego. 3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice. 4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras omisiones. 5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades. 6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas, tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental mantenido. 7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como material escolar, libros, etc. 8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos. 9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.
Hiperactividad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o revolviéndose en el asiento. 2. Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado. 3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas. 4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas. 5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.
Impulsividad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas. 2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones de grupo. 3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de los otros. 4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.
El inicio del trastorno no es posterior a los siete años.	
Los criterios deben cumplirse en más de una situación.	
Los síntomas de la hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.	
No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maníaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.	

con frecuencia complicaciones secundarias (un comportamiento disocial y una baja autoestima) y destaca el solapamiento entre hiper-cinesia y trastorno disocial en niños no socializados, manteniendo el subtipo de *trastorno hipercinético disocial* al considerar que los síntomas de trastorno disocial no son pautas de inclusión ni de exclusión para el diagnóstico principal, pero su presencia o ausencia constituye la base de la principal subdivisión de este trastorno.

Tras más de tres décadas de desacuerdo entre la OMS y la APA respecto a los criterios diagnósticos del trastorno hiperactivo, y pese a seguir utilizando una terminología distinta (*trastorno hipercinético* para la OMS y *trastorno por déficit de atención con hiperactividad* para la APA), un esfuerzo de acercamiento hizo posible que el DSM-IV y la CIE-10 coincidieran en los mismos 18 síntomas, si bien, como hemos visto, varía el peso que se da a los distintos síntomas primarios y sobre todo cómo se agrupan en subtipos diagnósticos. El DSM, a partir de la tercera edición, en sus sucesivas versiones, ha enfatizado los problemas de atención, mientras que la clasificación de la OMS ha seguido poniendo el acento en la hiperactividad. La OMS considera necesario que se den síntomas de inatención e hiperactividad, mientras que la APA, con un criterio menos restrictivo, sigue manteniendo un subtipo con déficit atencional.

Tal como se recoge en el propio DSM-IV-TR (APA, 2000), los criterios son casi idénticos a los criterios de investigación de la CIE-10, pero no así los códigos diagnósticos, ya que la CIE-10 define, como hemos dicho anteriormente, unas categorías más estrictas. Mientras que el DSM requiere seis síntomas de falta de atención o bien seis de hiperactividad/impulsividad, la CIE-10 requiere al menos seis síntomas de inatención, al menos tres de hiperactividad y por lo menos uno de impulsividad. Además, la CIE-10, en lugar de establecer subtipos en función del predominio de unos u otros síntomas, los establece en función del posible cumplimiento de los criterios diagnósticos de un trastorno disocial.

Otro aspecto en el que se mantienen ciertas diferencias es la relación entre el TDAH y el *trastorno de conducta disocial*. La clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana se inclina por encuadrarlos como trastornos diferentes, mientras que la de la Or-

ganización Mundial de la Salud mantiene un subtipo de niños hiperactivos con trastornos de conducta disocial, por lo que el trastorno hiperactivo prevalece sobre el trastorno disocial y en presencia de ambos se diagnosticará en la subcategoría de los trastornos hiperactivos de: trastorno hiperactivo disocial y no aparte. Así, a pesar del esfuerzo de acercamiento realizado no hay acuerdo en cuanto a subtipos en estos manuales.

Muchas de estas diferencias tienen importantes implicaciones epidemiológicas, pues los distintos criterios diagnósticos utilizados pueden producir diferencias en la incidencia del trastorno. Así, como hemos apuntado, la CIE-10 lleva a cabo un diagnóstico más restrictivo que la DSM-IV-TR y considera que no cumplen los criterios los niños con predominio de déficit de atención pero sin hiperactividad-impulsividad.

El DSM-II clasificó este trastorno por vez primera con el nombre de *reacción hiperquinética de la infancia (o adolescencia)*. Como se ha comentado anteriormente, a partir de los trabajos del Grupo de Montreal, el DSM-III destaca los problemas de atención como síntoma fundamental de un trastorno al que cambia de nombre y para el que establece dos subtipos: *trastorno de atención, con o sin hiperactividad*. De hecho, en la actualidad, desde los presupuestos de la APA, es posible diagnosticar con trastorno por déficit de atención con hiperactividad a un niño que sólo tenga problemas de atención. En la práctica clínica parece poco razonable diagnosticar a un niño como «hiperactivo sin hiperactividad», es decir, diagnosticar a un niño con un «trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio del déficit de atención» para a continuación afirmar que no presenta un número importante de «síntomas de hiperactividad», siendo en estos casos más razonable utilizar uno de los subtipos de la DSM-III, el *trastorno por déficit de atención sin hiperactividad (TDA)*.

Todo ello pone en cuestión, para muchos autores, los actuales subtipos del DSM-IV-TR y plantea para posteriores ediciones (DSM-5) la necesidad de considerar la conveniencia de que el subtipo inatento se clasifique por separado, no como un tipo de TDAH; separando definitivamente el trastorno atencional del hiperactivo (Barkley, 2009).

Al introducir el DSM-IV nuevamente el subtipo «con predominio del déficit de atención» se quiere reconocer la existencia de niños que a nivel cognitivo presentan un gran déficit atencional, con problemas en el rendimiento escolar, sin síntomas de hiperactividad. Sin embargo, para muchos autores este reconocimiento es insuficiente, pues consideran que se debe reconocer como una entidad clínica independiente. Como resume Perellada (2009a), el que los trastornos asociados al TDAH sean muy diferentes en los distintos subtipos (problemas de aprendizaje y trastornos emocionales en los inatentos y problemas de conducta —trastorno disocial— en los impulsivos o los combinados), la distinta respuesta a los tratamientos farmacológicos y la diferente evolución hacia distintos trastornos psicopatológicos, hace que se ponga en cuestión la validez de incluir el subtipo inatento dentro de la categoría de los trastornos por déficit de atención con hiperactividad.

Distintas investigaciones relacionan el TDAH con predominio hiperactivo-impulsivo (TDAH-HI) con mayor agresividad y rechazo social, más baja autoestima y peor rendimiento en tareas cognitivas y motoras; por el contrario, el TDAH con predominio del déficit atencional (TDAH-DA) se relacionó con problemas de ansiedad, lentitud en las acciones y apatía. Barkley (2006) considera que los niños con TDAH-DA pueden tener más problemas con la atención focalizada o velocidad de procesamiento de la información, mientras que los niños con TDAH-HI tienen más dificultades con la atención sostenida y el control de la impulsividad.

El subtipo de TDAH con predominio del déficit de atención no se incluye en la clasificación de la OMS; como se ha comentado, el diagnóstico de la CIE exige la presencia tanto de hiperactividad-impulsividad como de inatención. En la actualidad la discusión sobre esta importante cuestión en la conceptualización del TDAH se centra en que, para muchos autores, probablemente se trate de trastornos diferentes, es decir, se plantea la posibilidad de que el *TDAH con predominio atencional* sea un trastorno con entidad propia. Se apunta la posible conveniencia de reconocer un trastorno distinto al TDAH, el *tempo cognitivo lento* (Capdevilla, Artigas y Obiols, 2006), de niños con un procesamiento cognitivo lento, problemas de memoria, pasivos en las relaciones interpersonales, sin

presencia de conductas oposicionistas y una evolución más benigna que el TDAH combinado. Son niños lentos, olvidadizos, soñolientos, apáticos, con tendencia a soñar despiertos, aparentemente desmotivados, etc.

Otras cuestiones que en la actualidad se debaten para incorporar en una futura edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5) (Barkley, 2009) hacen referencia al subtipo *TDAH con predominio hiperactivo-impulsivo (TDA+HI)* y a cómo afectan la edad y el sexo a los criterios diagnósticos.

Respecto a la primera cuestión, muchos investigadores ponen en duda la existencia de este subtipo partiendo de la observación del escaso número de niños encuadrados en esta categoría frente a la de TDAH subtipo combinado, lo que vendría a indicar la posibilidad de que el denominado subtipo TDA+HI es en realidad la forma inicial del trastorno, se manifiesta en la etapa infantil y en la mayoría de los niños termina evolucionando a subtipo combinado.

En lo que respecta a la segunda cuestión, el estudio de campo del que derivan los criterios diagnósticos del DSM-IV se realizó mayoritariamente con niños, y no con niñas, de edades comprendidas entre 4 y 16 años; por tanto, en lo que hace referencia a la edad hay que considerar que pese a que se establecieron curvas diferenciales de la prevalencia de los síntomas, éstas no se tuvieron en cuenta, lo que provoca, en primer lugar, un sobrediagnóstico en niños pequeños y que se pase por alto el problema en niños más mayores, y en segundo lugar, la casi imposibilidad de aplicarlos a adultos. Respecto al sexo, parece evidente (por razones genéticas y psicosociales) la conveniencia de establecer puntos de corte diferenciados entre niños y niñas para cada dimensión; por ejemplo, hiperactividad-impulsividad.

1.2.1. SÍNTOMAS PRINCIPALES O DEFINITORIOS

Las manifestaciones clínicas primarias o síntomas definitorios del TDAH son: el déficit atencional, el exceso de actividad y la impulsividad.

1. Las deficiencias de atención

Tudela (1992) define la atención como: «un mecanismo central de capacidad limitada cuya función primordial es controlar y orientar la actividad consciente del organismo de acuerdo con un objetivo determinado» (p. 138).

Los mecanismos atencionales implicados pueden ser de tres tipos:

- a) *Mecanismos selectivos*, que se ponen en marcha cuando, aun en presencia de una gran cantidad de estímulos, el ambiente nos exige centrarnos en uno sólo o en una tarea. De este modo, la denominada *atención selectiva* o focalizada hace referencia a la capacidad del organismo para centrarse en una tarea (respondiendo a unos estímulos e ignorando otros) o concentrarse en una sola fuente de información.

Los niños con TDAH presentan dificultades en la atención selectiva, impidiéndoles seleccionar la respuesta correcta entre un conjunto de alternativas; serían niños que inspeccionan y planifican menos, siendo menos activos en la búsqueda de información (White y Sprague, 1992). Tendrían dificultad para recordar y seguir instrucciones y para resistir las distracciones cuando intentan seguir aquéllas.

- b) *Mecanismos de distribución*, que se activan cuando es necesario atender a varias cosas a la vez; así, la *atención dividida* se refiere a la actividad mediante la cual se ponen en marcha los mecanismos de *desplazamiento* (la atención oscila rápida e intermitentemente, se desplaza, de una tarea a otra) o de *distribución* (la atención se distribuye entre las distintas tareas o actividades) que el organismo utiliza para responder cuando se presentan múltiples demandas del ambiente.

Los niños con TDAH, ante la presentación simultánea de información o la necesidad de realizar varias tareas, se caracterizan por mayores fluctuaciones en la distribución

de la atención. Así, las situaciones con muchos estímulos suelen desconcentrar al niño. Los niños hiperactivos se despistan cuando aparece un nuevo estímulo que compite con el que ocupaba su atención («se distrae con nada»).

- c) *Mecanismos de mantenimiento o sostenimiento*, que se inician cuando tenemos que atender una tarea durante un período prolongado de tiempo. La persistencia de la atención o *atención sostenida* es la capacidad del organismo para mantener el foco atencional y permanecer alerta durante amplios períodos de tiempo.

La atención sostenida es la más afectada en los niños con TDAH. Presentan problemas en la realización de determinadas tareas por su incapacidad para mantener la atención de manera continuada, sobre todo en tareas que no sean altamente motivadoras y no les resultan gratificantes (tareas largas y repetitivas), si bien también se puede manifestar, en menor grado, en tareas lúdicas. La escuela y el aprendizaje escolar exige una atención intensa y continuada para realizar las tareas («sólo atiende a lo que le interesa»).

La alteración en uno o más de estos procesos puede llevar a la aparición de un trastorno atencional. Desde el punto de vista aplicado, lo importante es considerar que podemos desarrollar estrategias encaminadas a mejorar el funcionamiento de los mecanismos atencionales, las variables que le afectan y la forma de controlarla.

Barkley (2006) considera que la falta de atención que manifiestan los niños con *TDAH con predominio desatento* (TDAH-DA) refleja probablemente deficiencias en la rapidez del procesamiento de la información y en la atención selectiva o focalizada, lo que supone la existencia de dificultades distintas a las que pueden manifestar los niños con *TDAH con predominio hiperactivo-impulsivo* (TDAH-HI), que los presentan especialmente en la atención mantenida y en su incapacidad para no atender los estímulos irrelevantes; mientras que los niños con *TDAH con subtipo combinado*

(TDAH-C) tendrían déficits tanto en la atención sostenida como en la dificultad de control motor.

2. La hiperactividad

La sobreactividad se define como la presencia de niveles excesivos, para la edad del niño o por los requisitos de la situación, de actividad motora.

Los niños con TDAH, como si tuvieran un motor interno, están siempre en movimiento en situaciones que resulta inadecuado; presentan inquietud, nerviosismo e incapacidad para estar sentados. Se les califica de revoltosos, de moverse en su asiento, molestar a los demás compañeros, hablar en exceso y hacer continuamente ruidos con los dedos. La actividad motora de los niños hiperactivos se caracteriza por ser excesiva, desorganizada e inoportuna.

La hiperactividad motora es el síntoma que más se atenúa con la edad. A medida que el niño se hace mayor es capaz de mantenerse sentado más tiempo, pero pueden mostrar cierta inquietud con movimientos continuados de una pierna, golpecitos en la mesa con los dedos o patadas con los pies en el suelo, etc. En los adultos la hiperactividad casi desaparece, si bien se puede apreciar cierta inquietud motora que generalmente no representa ningún problema para el sujeto y pasa desapercibida para los demás.

3. La impulsividad

La impulsividad se puede definir como un déficit en la capacidad para inhibir conductas en respuesta a demandas situacionales. Los niños con TDAH se caracterizan por ser impacientes, y a menudo actúan (hacen o dicen algo) antes de pensar (dan respuestas prematuras). No son capaces de esperar en una cola o el turno para hablar, interrumpiendo frecuentemente a los demás; realizando con frecuencia actividades físicas arriesgadas, sin medir las consecuencias, lo que les provoca no pocos pequeños accidentes. La

impulsividad se manifiesta por la incapacidad que tienen para inhibir conductas que conllevan satisfacción inmediata (autocontrol); presentan pues incapacidad para refrenarse (deficiente control de impulsos) y para demorar las gratificaciones.

La incapacidad para inhibir los impulsos se muestra tanto en el ámbito cognitivo como en el conductual, pudiéndose distinguir entre impulsividad cognitiva asociada al subtipo TDAH desatento e impulsividad conductual asociada al subtipo TDAH hiperactivo-impulsivo.

Como hemos visto anteriormente, Barkley (1997) asigna un papel central a la impulsividad para entender el TDAH y considera que es un trastorno del desarrollo de la inhibición de la conducta. La deficiente capacidad de inhibición es el problema nuclear del TDAH. La inhibición permite al niño detenerse y pensar antes de actuar, valorar las consecuencias posibles de una conducta, y en función de dicho análisis, planificar y organizar el propio comportamiento.

La impulsividad (y la falta de atención) son la causa de que las tareas escolares en niños con TDAH, y sin ningún problema de aprendizaje añadido, sean desordenadas, con muchos errores, básicamente por no terminar de leer las preguntas, no prestar atención o precipitar la respuesta.

El TDAH se acompaña de otros síntomas menos específicos. Los *síntomas asociados* son aquellos que con frecuencia acompañan al TDAH, aunque no forman parte de los «criterios diagnósticos». Es importante distinguir, en aras a una correcta intervención, entre síntomas asociados, problemas secundarios y trastornos comórbidos. Si bien, muchas veces es difícil encuadrar un comportamiento concreto como síntoma asociado o reacción secundaria —complicación del problema— o propio de la existencia de otro trastorno comórbido.

1.2.2. OTROS SÍNTOMAS PRESENTES

Barkley (2007), junto a la dificultad para controlar los impulsos, la dificultad para mantener la atención y el problema de conducta

desmesurada o excesiva, considera otros dos síntomas adicionales del trastorno: *a)* la dificultad para seguir instrucciones y cumplir normas (déficit en la conducta gobernada por reglas), y *b)* y una excesiva variabilidad en sus respuestas a las situaciones (trabajar de forma irregular, variable). Considerando todos estos síntomas relacionados con un déficit para inhibir la conducta.

El DSM-IV-TR considera en función de la edad, los posibles siguientes síntomas asociados: baja tolerancia a la frustración, arrebatos emocionales, autoritarismo, testarudez, insistencia excesiva y frecuente en que se satisfagan sus peticiones, labilidad emocional, desmoralización, disforia.

La Organización Mundial de la Salud (WHO, 1992) considera que los niños con *trastorno de la actividad y la atención* suelen ser propensos a sufrir accidentes al no considerar las consecuencias de sus actos, plantean problemas de disciplina por saltarse normas (más por una falta de premeditación que por desafiar deliberadamente éstas), su relación con los adultos es desinhibida mostrándose excesivamente familiares, suelen tener problemas de relación social y pueden ser rechazados por el grupo al resultar molestos e incordiantes por su impulsividad. Con frecuencia presentan déficit cognitivos y retrasos en el desarrollo motor y del lenguaje.

Otras características consideradas son la dificultad en el manejo del tiempo (no controlan la duración de cada espacio temporal: hora, día, semana, etc., y presentan dificultades para prever y planificar); la falta de perseverancia, que unida a la impulsividad provoca en el niño cambios de una actividad a otra a la menor dificultad; esto es así en los deberes escolares e incluso en actividades de ocio; la desorganización en las cosas de la escuela, la ropa o su habitación; y problemas de comportamiento: son indisciplinados y desobedientes.

1.2.3. COMPLICACIONES O PROBLEMAS SECUNDARIOS

Las características propias del trastorno limitan la adaptación del niño, pero al mismo tiempo suponen la aparición de una serie

de problemas secundarios en los distintos ámbitos de su vida que vienen a complicar más su desarrollo personal. Son complicaciones derivadas de las deficiencias propias del niño. De hecho, para diagnosticar un trastorno por déficit de atención e hiperactividad es necesario que se cumpla el criterio que establece que deben existir pruebas claras de deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.

Como afirma Perellada (2009b), el describir algunos problemas como secundarios a la evolución del TDAH diferenciándolos de los problemas comórbidos tiene la utilidad de pensar en el TDAH como un factor de riesgo evolutivo, que dejado a su evolución espontánea progresa añadiendo a los problemas ya existentes otros que no forman parte del trastorno y que podrían evitarse con una intervención temprana adecuada.

1. Problemas de comportamiento

Los niños con TDAH son más difíciles; algunos de forma evidente desde muy pequeños por su temperamento. Son perturbadores, molestos (son insistentes hasta el cansancio, realizan demandas inadecuadas, etc.), agresivos, desafiantes y desobedientes. Como consecuencia de su problema, de sus síntomas nucleares (impulsividad, inatención e hiperactividad) y la inhabilidad de los adultos con los que convive para entenderlos y establecer pautas educativas adecuadas, van a acumular una larga historia de fracasos que irá afectando su autoestima e incrementado la frecuencia y la intensidad de las conductas anteriormente enumeradas; se produce así un «círculo vicioso» de desobediencia, castigos, mal ambiente familiar, baja autoestima, mayor desobediencia, etc. Estas conductas desadaptativas tendrán un amplio rango y en algunos casos pueden llegar a convertirse en formas severas de conducta antisocial. La impulsividad puede provocar que los niños preadolescentes se involucren en conductas de riesgo: robos, fugas de casa, consumo de drogas, etc.

2. Dificultades en el aprendizaje escolar

Los síntomas del TDAH interfieren el trabajo escolar y el aprendizaje. Las deficiencias de atención son las responsables de que las tareas escolares sean desordenadas y se cometan muchos errores al no prestar atención a los detalles; se distraen con facilidad; dejan muchas tareas a medio terminar; evitan el hacer tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido; son descuidados en sus objetos personales. Les resulta muy complejo elaborar estrategias de estudio, como hacer esquemas, organizar la información, hacer resúmenes. Este peor desempeño escolar está relacionado con la impulsividad y con la menor habilidad para utilizar estrategias complejas de solución de problemas de tipo intelectual y social, y con las dificultades en la «memoria de trabajo» que les dificulta, al abordar un trabajo intelectual, aplicar estrategias reflexivas, inhibir la respuesta y reflexionar sobre el problema. De este modo, presentan un bajo rendimiento en tareas en las que tienen que solucionar problemas complejos en los que se necesitaría la inhibición de las respuestas y el esfuerzo sostenido. Los niños con TDAH son irregulares en su rendimiento (variabilidad) creando la impresión a padres y profesores de que simplemente «es un vago y no lo hace porque no quiere» al entremezclar, según el momento o el día, tareas bien hechas («eso demuestra que sabe y que puede hacerlo cuando le da la gana») y tareas similares mal hechas («no lo hace porque no quiere»).

Junto al hándicap que supone para el desempeño escolar la presencia de los síntomas propios del TDAH, en los niños con este trastorno también se observan algunas otras deficiencias específicas que afectan el aprendizaje. En general el lenguaje y la escritura son pobres, presentando en muchos casos dificultades en la lectura comprensiva y matemáticas (problemas con largos enunciados que no terminan de leer).

Con el tiempo y posiblemente después de repetir algún curso, puede aparecer el rechazo hacia el estudio y los novillos.

3. Problemas de relación social (amigos, familia, profesores)

El comportamiento del niño con TDAH es molesto para quienes conviven con él, sus conductas provocan que aproximadamente el 50 por 100 de niños con el trastorno presenten problemas de relación social con los adultos que les rodean (profesores y familiares) y también con otros niños. Su comportamiento (impulsividad, no seguir las instrucciones, ser desordenado, etc., y con el tiempo cierta agresividad y desobediencia) provoca una relación con los padres y profesores llena de discusiones, reproches y castigos (relación poco eficaz para modificar su conducta en sentido positivo y muy eficaz para empeorarla).

En el ámbito familiar esta situación puede provocar discusiones entre los padres sobre cómo manejar la conducta de su hijo, e incluso reproches sobre las normas educativas empleadas por cada progenitor. En esta situación, tanto en el colegio como en casa, empieza una escalada de complicaciones; con el tiempo los problemas de conducta se hacen más presentes, y padres y profesores, tras considerar que lo han intentado casi todo, muestran signos de impotencia ante la conducta disruptiva de sus hijos o alumnos. La no comprensión por parte de los adultos de las características del problema y el no disponer de estrategias para abordar adecuadamente los problemas de conducta que se van generando (y que con el tiempo empeoran) lleva a un importante deterioro de las relaciones sociales.

Con sus compañeros suelen tener problemas al ser incapaces de controlar sus impulsos resultando molestos en el aula e incluso en el juego, por lo que de forma progresiva pueden ir quedando aislados.

4. Alteraciones emocionales/bajo nivel de autoestima

Su forma de comportarse provoca reproches, críticas y comentarios negativos —o despectivos— sobre su conducta, o lo que es peor, sobre él mismo, por parte de los adultos con los que convive

y de sus propios compañeros. Su bajo rendimiento escolar, el rechazo por parte de sus compañeros y los permanentes conflictos con los adultos, van alimentando una visión de sí mismo muy negativa, lo que le conduce a una baja autoestima y a problemas emocionales.

A partir de la preadolescencia son frecuentes los síntomas afectivos: cambios de humor, excitabilidad, ansiedad (nerviosismo, problemas psicofisiológicos, etc.), depresión que se manifiesta más en forma de irritabilidad o desmoralización que de tristeza, pudiendo aparecer sentimientos de culpa. La historia personal de fracasos genera sentimientos negativos de desesperanza, frustración y desmoralización.

1.3. Diagnóstico diferencial y comorbilidad

Los criterios clínicos diagnósticos del TDAH establecidos en el DSM-IV-TR (APA, 2000) se asemejan o se comparten con los de otros trastornos que se deben tener siempre en cuenta en el diagnóstico diferencial; por otra parte, el propio TDAH se va a asociar (comorbilidad) con mucha frecuencia con otros trastornos, lo que puede añadir dificultades a la evaluación.

1.3.1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En primer lugar es importante tener presente que en la primera infancia la variabilidad del nivel de actividad es elevada, de modo que la sola presencia de un nivel alto de actividad o un cierto grado de inatención no justifica un diagnóstico de TDAH; de modo que puede ser difícil distinguir los síntomas del trastorno, de ciertas conductas propias de la edad en niños activos (correr, gritar, moverse de un sitio a otro, interrumpir una conversación, dejar algo a medias, etc.).

Por otra parte algunos niños se muestran hiperactivos en un solo entorno (hiperactividad situacional); así, en muchas ocasiones

los síntomas son reflejo de dificultades de aprendizaje o emocionales, es decir, estarían relacionados con la ansiedad ante necesidades de adaptación. Dificultades en el aprendizaje de la lectoescritura, o un nivel alto de inteligencia en un ambiente poco estimulante, pueden provocar síntomas de desatención e hiperactividad. La cronicidad y universalidad en la presentación de los síntomas ayuda a distinguir el TDAH de otros trastornos de comportamiento de naturaleza reactiva como consecuencia de factores ambientales: ambiente familiar disfuncional, estrés, abuso infantil, etcétera. En estos casos cobra especial importancia la recogida de información por fuentes distintas (maestro, padres, familiares cercanos, amigos, etc.).

También hay que tener presente los trastornos que comparten muchos de los síntomas del TDAH (por ejemplo, el trastorno negativista desafiante o el disocial) y que si se siguen las directrices del DSM hay que diagnosticar como trastornos distintos. Un elemento que permite apreciar diferencias entre ellos es que en el TDAH la inatención y la hiperactividad-impulsividad aparecen no sólo en las actividades obligatorias y no deseadas por el niño (por ejemplo, hacer los deberes), sino que también están presentes en actividades elegidas por éste y que son de su agrado; del mismo modo podemos observar que el niño con TDAH cuando no obedece es por distracción, mientras que en los niños con negativismo desafiante se puede ver intención y hostilidad hacia sus padres.

Otros trastornos psicopatológicos o enfermedades físicas en los que pueden aparecer síntomas de hiperactividad, impulsividad y déficit de atención son (APA, 2000; Pliszka-AACAP, 2007): retraso mental, trastornos generalizados del desarrollo, abuso de sustancias, trastornos del estado de ánimo, pica, encefalopatías postraumáticas o postinfecciosas, epilepsia, disfunción tiroidea, intoxicación por plomo, etc.

1.3.2. OTROS PROBLEMAS ASOCIADOS. COMORBILIDAD

El TDAH es un trastorno caracterizado por una alta comorbilidad; el término hace referencia a la presencia en la misma perso-

na de dos o más trastornos psicopatológicos diferentes. Más del 50 por 100 de niños con TDAH presentan otros problemas de conducta y/o emocionales; por ejemplo, trastorno disocial, trastorno oposicionista desafiante, trastornos del aprendizaje, trastornos de ansiedad o depresión. Las cifras varían según el tipo de muestra estudiada: poblacional frente a clínica, niños pequeños o adolescentes frente a adultos, tiempo de inicio del tratamiento, etc. También, las diferencias entre los dos sistemas de clasificación más utilizados hacen que las prevalencias de comorbilidad entre estudios realizados siguiendo las directrices de uno u otro sean dispares. El grupo de Gillberg (Kadesjo y Gillberg, 2001) en Suecia afirma que el 87 por 100 de niños diagnosticados con TDAH presentaban otro trastorno comórbido, y que el 67 por 100, dos; resultados muy similares a los de Jensen et al. (2001) que encontraron, en muestras clínicas, que más del 85 por 100 de los pacientes presentaban al menos una comorbilidad, y cerca del 60 por 100, al menos dos, siendo las más frecuentes el trastorno negativista desafiante, el de ansiedad y el trastorno disocial.

Estas circunstancias hacen más difícil el estudio clínico del ya de por sí complejo cuadro nosológico del TDAH, siendo muy importante para el tratamiento el diagnóstico diferencial con los trastornos con los que puede coexistir y la determinación de la existencia de estos posibles trastornos asociados. Además hay que tener presente lo difícil que resulta muchas veces situar el umbral para que las denominadas complicaciones secundarias pasen a tener entidad suficiente como para hablar de comorbilidad.

En un amplio estudio llevado a cabo en Estados Unidos para evaluar el mejor tratamiento del TDAH (MTA, 1999) en el que participaron 579 niños y niñas de 7 a 10 años de edad que presentaban este trastorno se detectaron, siguiendo los criterios del DSM-IV, los siguientes porcentajes de comorbilidad:

- Trastorno oposicionista-desafiante 39,9 por 100
- Trastornos de ansiedad 33,5 por 100
- Trastornos de aprendizaje 15,5 por 100

— Trastorno de conducta disocial	14,3 por 100
— Tics	10,9 por 100
— Trastornos afectivos	3,8 por 100
— Manía o hipomanía	2,2 por 100
— Otros	0,2 por 100

Este estudio establecía que sólo un 31,8 por 100 de los niños con TDAH de la muestra presentaban este trastorno de forma aislada, mientras que el 68,2 por 100 tenían al menos otro trastorno asociado (Jensen et al., 2001).

La comorbilidad en adultos (Valdizán e Izaguerri, 2009) afecta a tres de cada cuatro pacientes. Los trastornos comórbidos en adultos son similares a los de la infancia, si bien existe una mayor prevalencia de drogodependencias y aparecen trastornos de la personalidad (Barkley y Gordon, 2002). Las comorbilidades más frecuentes son los trastornos de humor (depresión mayor, trastorno bipolar y distimia), entre el 19 y el 37 por 100; los trastornos de ansiedad, entre el 25 y el 50 por 100; el abuso de alcohol, entre el 32 y el 53 por 100; el abuso de drogas ilegales, entre el 8 y el 32 por 100; trastornos de personalidad (la más frecuente: límite y antisocial), entre el 10 y el 20 por 100; y conducta antisocial, entre el 18 y el 28 por 100.

Cuando se trata de un niño, la primera conclusión que podemos extraer es que si al realizar un diagnóstico concluimos que éste se limita a TDAH, existen muchas probabilidades de que estemos pasando por alto otros problemas, en algunos casos más graves que el propio TDAH. Además, los niños que presentan TDAH asociado a otros trastornos revisten mayor gravedad y siguen una evolución más desfavorable que los niños con TDAH sin comorbilidad. La comorbilidad complica el pronóstico, tanto en lo que respecta al logro académico como al funcionamiento psicosocial en general. Algunos autores proponen que se clasifique el TDAH en subtipos establecidos en función de la comorbilidad presente, al considerar que distintas comorbilidades se asocian a distintas evoluciones y por tanto intervenciones terapéuticas distintas (Jensen, Martin y Cantwell, 1997).

Entre niños y niñas que presentan TDAH existen claras diferencias respecto a la comorbilidad (Spencer, 2007). Los niños presentan en el aula más problemas de conducta disruptiva e hiperactividad, y en general son diagnosticados con más frecuencia de *trastorno negativista desafiante* y *depresión*. Por el contrario, las niñas en todos los ámbitos presentan menores síntomas de *trastornos de conducta*, pero con mayor riesgo de presentar *trastornos de ansiedad*.

1.3.2.1. COMORBILIDAD CON TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE Y TRASTORNO DISOCIAL

El trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial (algunos autores los consideran parte de una misma entidad nosológica, en la que el trastorno negativista desafiante es la expresión más leve) son los que con más frecuencia se asocian al TDAH, complicando su evolución y tratamiento (Biederman, 2004).

El *trastorno negativista desafiante* (TND) se caracteriza por la existencia de un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad; suele ponerse de manifiesto de forma gradual, inicialmente en el ambiente familiar antes de los 8 años de edad, pero con el paso del tiempo se generaliza a otros ambientes, siendo frecuentes los conflictos con padres, profesores y compañeros.

TABLA 1.4

Criterios para el diagnóstico del trastorno negativista desafiante [313.81] según el DSM-IV-TR (APA, 2000)

- | |
|--|
| <p>A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) A menudo se encoleriza e incurre en pataletas. (2) A menudo discute con adultos. (3) A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas. (4) A menudo molesta deliberadamente a otras personas. (5) A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento. (6) A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros. |
|--|

- (7) A menudo es colérico y resentido.
- (8) A menudo es rencoroso o vengativo.

Nota. Considerar que se cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables.

- B. El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.
- C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno de estado de ánimo.
- D. No se cumplen los criterios de trastorno disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.

El *trastorno disocial* (TD) es un problema clínico serio que se manifiesta en la infancia y en la adolescencia. Conductas agresivas (peleas, insultos frecuentes, etc.), robos, provocación de incendios, holgazanería extrema, y el continuo quebrantamiento de las normas en la escuela y en el hogar son las conductas características de los jóvenes con conducta antisocial.

TABLA 1.5
Criterios para el diagnóstico del trastorno disocial [312.8]
según el DSM-IV-TR (APA, 2000)

- A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses.

Agresión a personas y animales

- (1) A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.
- (2) A menudo inicia peleas físicas.
- (3) Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p.ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola).
- (4) Ha manifestado crueldad física con personas.
- (5) Ha manifestado crueldad física con animales.
- (6) Ha robado enfrentándose a la víctima (p.ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada).
- (7) Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

Destrucción de la propiedad

- (8) Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.
- (9) Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios).

Fraudulencia o robo

- (10) Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona.
- (11) A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, «tima» a otros).
- (12) Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p.ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones).

Violaciones graves de normas

- (13) A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.
 - (14) Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo).
 - (15) Suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad.
- B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

Especificar el tipo en función de la edad de inicio:

Tipo de inicio infantil: se inicia por lo menos una de las características criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad.

Tipo de inicio adolescente: ausencia de cualquier característica criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad.

Especificar la gravedad:

Leve: pocos o ningún problema de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico, y los problemas de comportamiento sólo causan daños mínimos a otros.

Moderado: el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre «leves» y «graves».

Grave: varios problemas de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico o causan daños considerables a otros.

Los distintos investigadores que han intentado establecer una relación entre ellos han concluido que la existencia de TDAH es un factor de riesgo para la aparición de *comportamientos perturbadores* (trastorno negativista desafiante y disocial) y no al revés, motivo por el que la intervención terapéutica adecuada y precoz del TDAH puede prevenir la aparición de un *trastorno negativista desafiante* que complicaría la evolución de

ambos. Este grupo comórbido es también especialmente propenso al uso de drogas ilegales y alcohol en la adolescencia y en la edad adulta.

Cuando se asocia el TDAH y el TD, el pronóstico empeora para uno y otro trastorno.

1.3.2.2. COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Recogiendo los resultados de distintos trabajos epidemiológicos, Artigas-Pallarés (2003) establece que la comorbilidad promedio de TDAH con depresión oscila entre el 15-30 por 100, y con ansiedad, en torno al 20-25 por 100. Los trastornos de ansiedad más frecuentes asociados al TDAH (fundamentalmente al subtipo de predominio inatento) son el de ansiedad generalizada y el de ansiedad de separación.

Es particularmente difícil, por el amplio solapamiento de síntomas, realizar el diagnóstico diferencial del TDAH con los trastornos de ansiedad y la depresión (trastornos internalizados). Es frecuente que los niños con TDAH presenten baja autoestima, sentimientos de inferioridad y por tanto que aparezcan sentimientos depresivos o comportamientos ansiosos. Son por tanto más susceptibles de padecer problemas de ansiedad y depresión al ser conscientes de su dificultad para adaptarse y responder adecuadamente a las exigencias de su entorno escolar o familiar. Un niño con TDAH puede estar decaído y triste al no poder desempeñarse en el ámbito escolar ni ser aceptado por los compañeros de clase. Sin embargo, en los porcentajes anteriormente establecidos, encontraremos un síndrome depresivo real o la existencia de un trastorno de ansiedad comórbido al TDAH; en estos casos, la asociación de ambos trastornos (TDAH más trastornos internalizados) empeora el pronóstico a medio y largo plazo, complicando la intervención terapéutica, de forma particular el tratamiento farmacológico con estimulantes, que puede resultar inadecuado.

También puede resultar difícil establecer si el niño presenta algunos de los síntomas del TDAH, básicamente inatención, como consecuencia de un problema de tipo ansioso o depresivo. En muchas ocasiones es la ansiedad o la depresión la que provoca comportamientos en el niño de preocupación y muestra a éste inatento y agitado provocando un error en el diagnóstico de TDAH.

Los niños con TDAH y un trastorno de ansiedad no suelen ser hiperactivos ni presentar comportamientos disruptivos, tienen más baja la autoestima y peor rendimiento escolar y social, actuando la ansiedad como un factor de protección frente a los problemas de conducta.

1.3.2.3. COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE Y DEL DESARROLLO DE LA COORDINACIÓN MOTORA

El TDAH y los *trastornos de aprendizaje* (TA) presentan síntomas comunes (falta de motivación, problemas de concentración, impulsividad, etc.); en el TDAH, los problemas en el aprendizaje escolar se deben a las consecuencias de los síntomas nucleares del trastorno, y en los *trastornos de aprendizaje* (TA), los desórdenes primarios se dan en habilidades específicas en el ámbito del lenguaje, la percepción y la psicomotricidad.

Por esta razón es difícil establecer si en un niño en particular un problema en el aprendizaje escolar es un problema secundario o comórbido con el TDAH, siendo muy importante el diagnóstico diferencial para elaborar una estrategia de intervención adecuada. Todos los niños con TDAH tienen problemas en el aprendizaje escolar como consecuencia de sus dificultades de inatención e hiperactividad, pero además en un alto porcentaje se puede presentar de forma comórbida algún *trastorno específico del aprendizaje*; del mismo modo, también puede ocurrir que la inatención y cierta hiperactividad sean secundarias a un trastorno de aprendizaje (consecuencia del rechazo hacia el trabajo escolar).

Siendo muy dispares los porcentajes establecidos por los distintos investigadores (entre un 25 y un 50 por 100), una estimación muy conservadora establecería que uno de cada tres niños diagnosticados con TDAH presenta algún *trastorno específico de aprendizaje*. El DSM-IV-TR (APA, 2000), en el apartado de *Trastornos del aprendizaje*, incluye: trastorno de la lectura, trastorno del cálculo, trastorno de la expresión escrita y trastorno del aprendizaje no especificado. La prevalencia se sitúa entre un 2 y un 10 por 100. Las niñas con TDAH presentan un porcentaje menor de trastornos específicos del aprendizaje y mejores habilidades para la lectura, lo que influye también en su infradiagnóstico.

Junto a los trastornos del aprendizaje son también habituales los *trastornos del lenguaje* y del *desarrollo psicomotor*. El *trastorno del desarrollo de la coordinación motora* se manifiesta en edades tempranas como torpeza y retrasos en la consecución de los hitos del desarrollo motor: gatear, caminar, sentarse, anudar los zapatos, etcétera, y en los niños mayores pueden manifestar dificultades en tareas motoras, como hacer rompecabezas, jugar a la pelota y escribir; el diagnóstico sólo se establece si interfiere significativamente el rendimiento académico. La prevalencia se ha estimado en un 6 por 100 en los niños de 5 a 11 años de edad.

La alta comorbilidad entre TDAH y *trastornos del aprendizaje* ha llevado a considerar, a la luz de las actuales conceptualizaciones del TDAH, que pueden no ser dos trastornos tan independientes como se afirma, y por el contrario presentar factores comunes como problemas en la memoria de trabajo (Brown, 2006), función neuropsicológica fundamental para entender el TDAH y para las funciones de lectoescritura y cálculo. Este mismo planteamiento puede aplicarse a otros trastornos del desarrollo, pues, como afirma Artiga-Pallarés (2003), si partimos del importante papel que desde el punto de vista neurocognitivo desempeñan las funciones ejecutivas en el TDAH y el que desde el punto de vista neuroanatómico tienen los circuitos frontoestriados, se hace evidente la proximidad y el solapamiento con diversos trastornos del desarrollo.

1.4. Prevalencia y consideraciones evolutivas

El TDAH es uno de los trastornos de comportamiento infantil más frecuente. En los distintos trabajos y revisiones realizadas, las tasas de prevalencia encontradas son muy variadas, y esto es así, en función, fundamentalmente, de los métodos de evaluación utilizados, de las fuentes de información (padres, educadores, etc.), de la utilización de muestras clínicas o poblacionales, de la utilización de criterios más o menos restrictivos (por ejemplo, según el DSM o la CIE), del subtipo de trastorno, del nivel socioeconómico, edad, sexo de la población en estudio, etc. De hecho, Buitelaar y Engeland (1996), que realizaron una exhaustiva revisión sobre 29 trabajos epidemiológicos, encontraron fluctuaciones muy importantes en las distintas tasas de prevalencia, desde el 0,5 por 100 a algunas que llegan a superar el 15 por 100. El DSM-IV-TR (APA, 2002) ofrece tasas de prevalencia entre el 3 y el 7 por 100 en la población infantil (entre 6 y 12 años), la prevalencia más alta se encuentra entre los 6 y 9 años. Biederman y Faraone (2005) señalan una prevalencia a nivel global de entre un 8-12 por 100; por su parte, Kessler, Chiu, Demler, Merikagaas y Walters (2005) establecen una prevalencia del 4,4 por 100 de TDAH en adultos.

La ratio niños/niñas es de 4 a 1 en la población general y de 9 a 1 en la población clínica (APA, 2000), diferencias que parecen desaparecer en la adolescencia. Los síntomas incluidos en los criterios diagnósticos incluyen comportamientos más típicamente masculinos, lo que puede conducir a que las niñas sean evaluadas a la baja. Del mismo modo, la mayor diferencia en población clínica se debe a que el trastorno se expresa con más severidad en los varones que en las mujeres, pero sobre todo a que en los niños los síntomas más marcados son los de hiperactividad, mientras que en las niñas son los déficits atencionales, para los que los adultos no buscan atención profesional.

Tampoco respecto a la prevalencia de los distintos subtipos hay acuerdo. La mayoría de los estudios consideran que el subtipo combinado (TDAH-C) es el más prevalente, seguido del predominantemente inatento (TDAH-DA) y por último del subtipo (TDAH-HI) hiperactivo-impulsivo, excepto para las niñas que con inde-

pendencia de la edad sería el subtipo atencional (Cardó y Servera, 2005). Biederman et al. (2002) establecen la frecuencia de los distintos subtipos del TDAH según género; establecen que el TDAH-C se presenta más frecuentemente en niños que en niñas (80 por 100 frente a un 65 por 100, respectivamente), el TDAH-DA más en niñas que en niños (30 por 100 frente al 16 por 100) y el TDAH-HI, 5 por 100 en las niñas frente a un 4 por 100 en niños.

Muchas de las fluctuaciones observadas en la prevalencia del trastorno se deben a una de sus características más importantes: el TDAH es un trastorno que persiste a lo largo de toda la vida y sus manifestaciones cambian en el transcurso evolutivo (tabla 1.6). Aproximadamente el 80 por 100 de los niños diagnosticados con TDAH en edad escolar continúan presentando el problema en la adolescencia, y entre el 30 y el 65 por 100 seguirán con los síntomas en la edad adulta.

Los niños muy pequeños con TDAH ya muestran dificultades temperamentales desde el nacimiento, pero es a partir de los 3 o 4 años cuando pueden empezar a preocupar a los padres. En esta edad los déficit atencionales y la hiperactividad no son indicativos, pues a juicio de padres o educadores casi la mitad de los niños en edad preescolar manifiestan problemas en estas áreas que resultarán pasajeros; incluso en los casos más graves diagnosticados con TDAH sólo el 50 por 100 mantendrán este diagnóstico en la edad escolar.

Es en ese momento evolutivo (edad escolar) cuando el TDAH se hace más evidente, pues el niño ha de enfrentarse, fundamentalmente en la escuela, a demandas (académicas y sociales) que le exigen ajustarse a normas: estar sentado, obedecer, prestar atención, controlar sus conductas motoras y sus impulsos, seguir instrucciones, etc. En el ámbito familiar presentan conductas de oposición, rabietas, y en general son menos autónomos. A partir de los 10 años se empieza a consolidar el fracaso escolar.

TABLA 1.6
Principales manifestaciones en el transcurso evolutivo

0-2 AÑOS	2-4 AÑOS	4-6 AÑOS	6-12 AÑOS	ADOLESCENTES	ADULTOS
Se mueve intensamente en los brazos de la madre.	Retraso en el desarrollo del lenguaje.	Problemas de adaptación con los amigos y los profesores.	Pueden presentar síntomas de trastorno disocial: mentiras, robos, etc.	Se atenúa la hiperactividad.	Escasa inhibición, persiste la inatención y la impulsividad.
Descargas mioclónicas durante el sueño.	Intranquilidad. Actividad motora excesiva.	Desobediencia.	Se empieza a consolidar el fracaso escolar.	Persiste la impulsividad y el déficit atencional.	Puede persistir la conducta antisocial.
Su apetito es débil e irregular.	Escasa conciencia del peligro.	Conductas de oposición.	Rechazo social.	Conductas antisociales.	Problemas de funcionamiento en el trabajo.
Períodos cortos de sueño y despertar sobresaltado.	Tendencia a sufrir accidentes.	Dificultades en el seguimiento de normas.		Consumo abusivo de alcohol y drogas ilegales.	
Irritabilidad.	Rabieta. Desobediencia.	Comportamiento disruptivo con los iguales: agresivo, dominante, etc.		Baja autoestima.	

En la adolescencia se reducen las conductas de hiperactividad e impulsividad, si bien continúan en niveles superiores a los de los jóvenes de su edad. Empieza a consolidarse una historia de fracaso escolar. Entre el 25 y el 35 por 100 presentan conductas antisociales, siendo frecuente el abuso en el consumo de drogas ilegales y alcohol. Más de la mitad de los niños han repetido algún curso escolar.

Durante mucho tiempo el TDAH ha sido considerado un trastorno propio de niños y adolescentes. Es a finales del siglo pasado cuando se demuestra que la mayoría de los adultos (60 por 100) que presentan TDAH de niños continúan presentando alteraciones residuales de carácter atencional, impulsivo e hiperactividad con manifestaciones específicas y con complicaciones y comorbilidades propias (Valdizán e Izaguerri, 2009); así, los adultos suelen mani-

festar fundamentalmente síntomas de inatención y de impulsividad, al disminuir con la edad los de hiperactividad, desarrollando (entre el 10 y 30 por 100) problemas de conducta antisocial (Goldstein, 2002). Presentan problemas significativos en el trabajo; éstos están relacionados con su capacidad para: respetar horarios, terminar el trabajo a tiempo, trabajar de forma independiente, relacionarse con los compañeros, etc.

Para poder diagnosticar el TDAH en una persona adulta es necesario que el trastorno esté presente desde los 7 años como mínimo; debe persistir una alteración clínicamente significativa o un deterioro en más de un área importante de su actividad: social, laboral, académica o familiar.

Como afirma Moreno (2008), la evolución del trastorno no depende de un solo factor, sino de la influencia y combinación entre otros de:

1. La detección temprana del trastorno y el inicio precoz del tratamiento.
2. Las áreas afectadas. Así, el pronóstico es más favorable cuando sólo afecta el rendimiento académico y no la adaptación social y familiar, siendo la evolución muy negativa si se presentan trastornos de conducta.
3. Apoyo familiar y social. La estabilidad familiar protege al niño.

1.5. Etiología, las causas del TDAH

En las dos últimas décadas se ha avanzado de forma considerable en la comprensión de las posibles causas del TDAH; si bien, hoy en día, todavía no existe una total certeza sobre las mismas, que sin duda son múltiples. Desde las primeras conceptualizaciones del trastorno, a principios del siglo pasado, la mayoría lo consideraban como un trastorno de clara base orgánica. En la actualidad, considerado un trastorno biológico del desarrollo

madurativo cerebral, las distintas hipótesis buscan la explicación fundamentalmente en aspectos neurológicos o neuroquímicos que interactúan con factores ambientales y psicológicos, que si bien no presentan evidencia causal, sí actúan como moduladores. Estos últimos factores afectarían fundamentalmente a la gravedad, a los síntomas secundarios y a la mejor o peor evolución del trastorno.

1.5.1. FACTORES BIOLÓGICOS

Barkley (2006) considera que la explicación a los síntomas del trastorno podría estar en el mal funcionamiento de la corteza prefrontal dorsolateral, una parte del cerebelo y los ganglios basales (*nucleus caudatus* y *globus pallidus*).

Como vimos en el apartado de *Antecedentes históricos y evolución del concepto* del TDAH, las primeras explicaciones sobre el origen del trastorno hacían referencia a un posible *daño o lesión cerebral*; así, los términos más utilizados para nombrar el problema eran: *síndrome de daño cerebral* o *lesión cerebral mínima*. Algunos investigadores pudieron comprobar cómo lesiones que afectaban a la región órbita-frontal provocaban comportamientos característicos del TDAH; prevalecía la idea de que traumatismos cerebrales o problemas en el parto, infecciones como la encefalitis y la meningitis, etc., eran la causa principal del trastorno. Esta zona frontal del cerebro se considera responsable (Barkley, 2007) de inhibir la conducta, mantener la atención, usar el autocontrol y hacer planes de futuro. Investigaciones con animales (primates) han demostrado que cuando a éstos se les daña la región frontal del cerebro la conducta es muy similar a la que observamos en niños con TDAH.

A partir de los años setenta distintas investigaciones sostienen que las personas con TDAH presentan niveles insuficientes de algunos neurotransmisores. Las *teorías bioquímicas* se fundamentan en los efectos encontrados con la medicación psicoestimulante que actúa sobre las vías dopaminérgicas y noradrenérgicas, incrementando los niveles de dopamina y norepinefrina, mejorando la conducta de los niños. Las investigaciones con animales también sugieren que estos fármacos incrementan los niveles de los dos

neurotransmisores. Pliszka, McCracken y Maas (1996) realizan una revisión en la que concluyen que tanto la norepinefrina como la epinefrina y la dopamina están claramente relacionadas con los distintos síntomas del TDAH particularmente con la atención y control del impulso. Sin embargo, la suposición de que alguno de los posibles problemas de las personas con TDAH tiene su origen en la cantidad de dopamina y norepinefrina que produce el cerebro no es concluyente.

Otras hipótesis explicativas se han centrado en demostrar una actividad cerebral menor de la actividad eléctrica o del flujo sanguíneo en el área frontal. Así, se han realizado un número importante de estudios comparativos entre personas con TDAH y personas que no presentaban dicho trastorno, observándose que la *actividad eléctrica cerebral* es más baja en el área frontal en las personas con TDAH. Estos hallazgos dieron lugar a la utilización de técnicas de *biofeedback*-EEG, no sin cierta polémica (Barkley, 2003), para el tratamiento del trastorno, informándose en algunas de estas investigaciones de beneficios adicionales importantes al utilizar el *neurofeedback* como una estrategia más en la intervención del TDAH (Beauregard y Lévesque, 2006; Fuchs, Birbaumer, Lutzenberger, Gruzelier y Kaiser, 2003; Monastra et al., 2005).

Recientemente el avance tecnológico producido en los instrumentos de neuroimagen (resonancia magnética estructural y los instrumentos de neuroimagen funcional) que nos han proporcionado las primeras explicaciones visuales del funcionamiento del cerebro en las personas con TDAH nos han permitido avanzar en la explicación de las causas orgánicas del trastorno. La tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) ha permitido demostrar una *distribución anormal* y un *decremento del flujo sanguíneo* en la región prefrontal del cerebro y en el núcleo caudado que forma parte de la conexión con el sistema límbico. También a través de la *tomografía por emisión de positrones* (TEP) se ha podido comprobar esta *menor actividad del flujo sanguíneo y del metabolismo de la glucosa* en una región importante, el área prefrontal, para la inhibición de la conducta y el mantenimiento de la atención.

Los estudios anatómicos cerebrales utilizando la resonancia magnética han puesto en evidencia *diferencias en la morfología ce-*

rebral de niños con TDAH. Los primeros trabajos fueron los de Hynd, Semrud-Clikerman, Lorys, Novey, Wliopulos y Lyytinen (1991), que encontraron que en los niños con TDAH el *cuero calloso*, estructura que une a los dos hemisferios del cerebro, tiene un volumen inferior al promedio; también se comprobó que los niños con TDAH tenían áreas de masa cerebral ligeramente más pequeñas en la región frontal derecha. En general, pese a las dificultades metodológicas de este tipo de trabajos, se puede afirmar que el volumen global del cerebro de los niños con TDAH es significativamente más pequeño que el de los controles sin TDAH; del mismo modo se observa que la región frontal derecha, diversas estructuras de los ganglios basales (*núcleo caudado* y *globus pallidum*) y algunas regiones del lado derecho del cerebelo son más pequeñas en niños con TDAH (Castellanos y Acosta, 2004). Se ha descrito también una disminución de la sustancia gris en el giro frontal derecho y en el giro del cíngulo posterior derecho (Mulas, Mattos, De la Osa y Gandía, 2007).

Se considera que la causa de la hipoactividad cerebral y del menor tamaño de algunas regiones cerebrales tiene su origen en factores genéticos tempranos en el desarrollo y en factores ambientales.

Las primeras descripciones de este trastorno ya consideraron la posible *predisposición genética*. El propio Still planteó la hipótesis de que debía de haber una predisposición familiar para el trastorno, aunque también consideró un posible daño cerebral adquirido en el origen del problema. Los estudios familiares, y especialmente con gemelos, han demostrado una alta heredabilidad del trastorno que se sitúa entre un 70 y 80 por 100 (Faraone et al., 2005).

Biederman, Faraone, Keenan, Knee y Tsuang (1990) encontraron que un 25 por 100 de los parientes de primer grado de los niños con TDAH presentan también el trastorno, mientras que los familiares del grupo control era sólo del 5 por 100. Se ha constatado que los hijos de padres con TDAH tienen un 50 por 100 de probabilidades de padecer este trastorno.

Por su parte, los estudios con gemelos han encontrado mayor concordancia entre gemelos monocigóticos que en dicigóticos en la

presencia de TDAH. Gillis, Gilbert, Pennington y Defries (1991) hallaron una concordancia del 81 por 100 en gemelos monocigóticos y del 29 por 100 en gemelos dicigóticos. Los distintos trabajos realizados ofrecen una concordancia entre el 50 y el 80 por 100 en gemelos monocigóticos y alrededor del 30 por 100 en gemelos dicigóticos (Ramos, Ribasés, Bosch, Cormand y Casas, 2007).

Investigaciones recientes han avanzado en el intento por sustentar en una predisposición genética subyacente la etiología del TDAH (Ramos, Ribasés, Bosch, Cormand y Casas, 2007); sin embargo, no hay respuesta a qué es lo que se hereda. Barkley (2007) considera que probablemente es la tendencia a tener problemas en el desarrollo del córtex frontal (área de localización de las funciones ejecutivas) y del núcleo caudado del cerebro. Como hemos visto anteriormente, se ha asociado el TDAH con la disfunción en distintos receptores y transportadores de neurotransmisores, pero no se conocen todos los posibles genes implicados. Sobre los que existe más evidencia (Faraone et al., 2005) se incluyen en el sistema catecolaminérgico (también en el noradrenérgico y serotoninérgico), especialmente los genes 4 y 5 receptores de dopamina (DRD4 y DRD5) y el gen transportador presináptico de dopamina (DTA1), la enzima dopamina-hidroxilasa, el transportador (DBH); el receptor 1B de la serotonina (HTR1B) (sistema serotoninérgico) y el gen asociado a la proteína sinaptosómica 25 (SNAP25). Los trabajos de investigación plantean la hipótesis de una hipofuncionalidad de las vías dopaminérgicas en la región prefrontal y en el sistema límbico, áreas relacionadas con el mecanismo responsable de la manifestación de los síntomas del trastorno.

Otros factores biológicos relacionados con el TDAH son las lesiones cerebrales, el estrés perinatal, el bajo peso al nacer, exposición a metales pesados (plomo), consumo de tabaco y alcohol durante el embarazo (Pliszka, 2007).

1.5.2. FACTORES PSICOSOCIALES

Como afirma Perellada (2009c), aunque predomine la influencia biológica en la etiología del TDAH, existe un amplio espectro

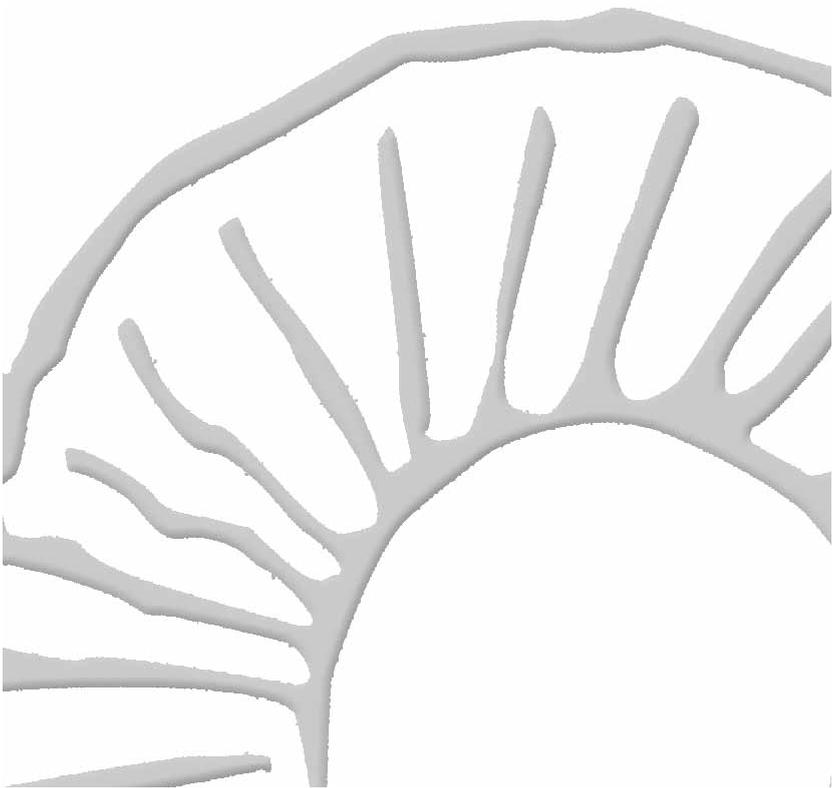
de causalidad que conviene explorar en cada caso; así, entiende que hay que considerar también las relaciones interpersonales con los más próximos y las situaciones de estrés emocional en los primeros años del niño. Del Corral (2005) considera que los problemas psicopatológicos de los padres, así como una escasa supervisión por parte de éstos de la conducta de sus hijos y un sistema muy punitivo de disciplina, aumentan los síntomas del TDAH.

Aceptando la importancia de los factores neurológicos o neuroquímicos en la génesis del problema, se considera que éstos interactúan con factores psicológicos y sociales que incidirían fundamentalmente en la gravedad de los síntomas nucleares, en la aparición de un mayor o menor número de síntomas secundarios y en la mejor o peor evolución del trastorno; de forma particular, los conflictos familiares o la falta de habilidades educativas de los padres pueden estar en la causa de la aparición de otros problemas de conducta (trastorno negativista desafiante o trastorno disocial).

En la actualidad muchos autores sustentan la tesis de la interacción de factores genéticos y ambientales, de tal modo que la presencia de ciertos genes afectaría a la sensibilidad individual a ciertos factores ambientales (Thapar, Harold, Rice, Langley y O'Donovan, 2007).

CAPÍTULO 2

Evaluación psicológica del TDAH



2.1. Introducción

Como señala Fernández Ballesteros (2011a), todo evaluador, durante el proceso de intervención evaluativa, y en su caso modificadora, lleva a cabo una serie de tareas con dos objetivos fundamentales: 1) seleccionar información suficiente que permita la formulación de supuestos sobre el caso concreto, y 2) verificar tales hipótesis mediante técnicas de evaluación adecuadas y, en su caso, por medio de contrastación experimental.

Para Campbell (1986), la evaluación en niños y adolescentes supone estudiar las características de la conducta del niño dentro del contexto evolutivo y evaluar ésta en el contexto familiar, social y escolar en el que se manifiesta. Para ello es fundamental considerar cinco cuestiones de la psicopatología infantil a la hora de valorar las características evolutivas de los problemas infantiles y enjuiciar el carácter adaptativo o desadaptativo de un comportamiento:

1. Valorar la conducta en el contexto del desarrollo. Así, debemos considerar la edad cronológica del niño, su nivel cognitivo y social, el entorno familiar y ciertas variables sociales y culturales. El diagnóstico, el pronóstico y el tra-

tamiento se verán influidos por estas variables. Una conducta desafiante o agresiva puede considerarse, en función de la edad, una conducta transitoria «normal» dentro del estadio de desarrollo del niño, o considerarla predictora de posteriores trastornos de conducta.

2. Conocer la influencia que las actitudes de los padres, su propio estado psicológico y la forma de educar (sus habilidades o estilos educativos), tienen en la conducta del niño y el papel que juegan en la definición de una conducta como problemática en sus hijos, lo que hace difícil valorar la existencia del problema real.
3. Distinguir entre conductas aisladas que podemos considerar «problemáticas» pero que puede presentar cualquier niño y ciertas agrupaciones de respuestas (síntomas) que pueden indicar la existencia de un problema o trastorno real. Para ello es importante valorar la frecuencia, la intensidad y la cronicidad de las posibles agrupaciones de síntomas dentro del contexto en que se produce, la edad y el sexo. Conductas sintomáticas aisladas no determinan la existencia de un trastorno, y la frecuencia de esas conductas, por ejemplo de hiperactividad, son distintas en función de la edad y el sexo.
4. Conocer la existencia de «*problemas comunes del desarrollo*» (alteraciones transitorias del comportamiento) que son característicos de una determinada etapa del desarrollo y que han sido conceptualizados como: exageraciones de una conducta propia de la edad, como reflejo de dificultades en la transición de una etapa de desarrollo a la siguiente, o como reacciones desadaptadas ante el estrés ambiental, especialmente familiar, pero relacionado con la edad y que pueden requerir tratamiento (Macià, 2007). Estos problemas en la infancia, cuando se evalúan, deben conceptualizarse desde una perspectiva que enfatice el importante papel de las relaciones entre el niño y sus padres; conociendo de forma particular los estilos educativos y las competencias parentales.

5. Conocer el curso del desarrollo de los *problemas de conducta* y el impacto de estas conductas en el desarrollo a largo plazo. Muchas conductas específicas de una etapa de desarrollo (por ejemplo, el negativismo propio de la edad de la terquedad) como consecuencia de un afrontamiento inadecuado por parte de los padres puede convertirse en un problema de conducta y posteriormente evolucionar hacia un trastorno.

Esto es particularmente importante en el TDAH, pues, como se ha comentado, puede haber una tendencia al sobrediagnóstico al tratarse de un problema externalizado de conducta, o bien ser infradiagnosticado en el caso de mujeres; además presenta un número importante de síntomas asociados y trastornos comórbidos, con afecciones distintas en función de la gravedad, mayor o menor presencia de los mismos en función del ambiente en que se desarrolla el niño; siendo por tanto, todo ello fundamental para establecer una determinada evolución del problema y elaborar un plan de intervención en el que se traten problemas actuales y se prevegan futuras complicaciones.

Para abordar este apartado vamos a tener presentes los distintos momentos del proceso de evaluación en psicología clínica, si bien es importante subrayar que la evaluación psicológica del TDAH se ha de realizar desde una perspectiva multidisciplinar en la que junto al psicólogo intervienen otros profesionales, como médicos (pediatra, psiquiatra infantil, neurólogo), trabajadores sociales, el propio maestro, etc. La consideración del TDAH como un trastorno neuroconductual obliga a una exploración física para detectar posibles signos neurológicos u otras alteraciones orgánicas. Sin embargo, para el diagnóstico del TDAH, en la gran mayoría de los casos, no es necesario tener que utilizar pruebas diagnósticas complejas, electroencefalograma, tomografía axial computarizada, resonancia magnética, etc., salvo que la valoración clínica tras la exploración física y la historia clínica lo justifique (Grupo de Trabajo sobre TDAH, 2010; Pliszka-AACAP, 2007).

2.2. Proceso de evaluación psicológica

2.2.1. RECOGIDA DE INFORMACIÓN PRELIMINAR

2.2.1.1. ESPECIFICACIÓN PRELIMINAR DEL PROBLEMA

El proceso de evaluación psicológica se inicia con una demanda concreta, generalmente, por parte de los padres o los profesores del niño. En el caso del TDAH, aunque algunos síntomas están presentes antes de los 6 años, es con la entrada de los niños a la escuela primaria y el incremento en el nivel de exigencia que estos síntomas se hacen más evidentes al impedir dar respuesta a las nuevas demandas que plantea el ámbito escolar.

Cuando se solicita la intervención del psicólogo infantil para ayudar en la resolución de un problema es frecuente que la primera descripción del mismo se realice por los padres de forma ambigua e imprecisa, con la utilización de términos, que tendremos que concretar: «va mal en el colegio», «es muy malo», «no obedece nunca», «se distrae», «no estudia», «no respeta nada», «es muy rebelde». Por esta razón, la primera tarea a realizar por el psicólogo es, utilizando como técnica la *entrevista*, generalmente *en un formato no estructurado*, recabar una información preliminar que le permita especificar y delimitar la clase de conductas que los padres entienden que constituyen el problema de su hijo (y en qué situaciones se producen), y precisar de este modo, con claridad, el *motivo de la consulta*. Es decir, transformar los planteamientos generalmente vagos en términos conductuales concretos, así como conocer y concretar desde su inicio los objetivos que los padres pretenden alcanzar con la intervención psicológica. Se indaga sobre los posibles elementos moduladores, es decir, lo que hace que el problema pueda mejorar o empeorar y las situaciones en las que es más probable que ocurra la conducta-problema.

Tras esta primera entrevista con los padres es conveniente mantener un primer *contacto-entrevista* con el propio niño de forma que podamos comprobar si conoce los propósitos de la visita al psicólogo y su punto de vista respecto al problema. Este primer contacto facilita la relación terapéutica evitando desde el primer

momento interpretaciones erróneas que pueden provocar ansiedad y/o rechazo del niño.

La entrevista no estructurada, en el inicio del proceso de evaluación, nos permite recoger información muy variada, adaptarnos a las características de la demanda, observar la conducta del niño y de los padres (y su interacción) y avanzar en el establecimiento de una buena relación terapéutica.

2.2.1.2. PRIMERA RECOGIDA DE INFORMACIÓN SOBRE CONDICIONES AMBIENTALES Y PERSONALES, ACTUALES Y PASADAS

Tras las primeras concreciones sobre la naturaleza del problema, debemos continuar la aproximación al mismo; se trata de conocer algunas variables que sin duda serán relevantes para su comprensión, fundamentalmente las condiciones biológicas, sociales y ambientales del niño, actuales y pasadas. Para recoger esta información *la entrevista inicial se va haciendo más estructurada*. Así, una vez disponemos de los datos de filiación y el motivo de la consulta, siguiendo con este formato de entrevista semiestructurado recabaremos información de los padres sobre: estatus socioeconómico de la familia, hábitat actual, formación y profesión de los padres, número de hermanos, colegio al que asiste, nivel escolar, estrategias de disciplina, estado de salud en general, etc.

El siguiente paso consiste en indagar sobre aspectos ambientales y personales que forman parte de la *historia del niño y del problema*; para lo cual realizaremos un análisis retrospectivo del problema o anamnesis y un recorrido biográfico de la vida del niño.

Recogeremos información sobre la historia evolutiva del trastorno o problemas principales (desde cuándo le ocurre, gravedad subjetiva, evolución, tratamientos previos, presencia de otros trastornos, etc.), los antecedentes personales (embarazo, parto y período perinatal, características de la lactancia, temperamento neonatal, etc.), desarrollo evolutivo (desarrollo psicomotor, del lenguaje, del control de esfínteres, evolución de la autonomía per-

sonal, escolaridad, enfermedades somáticas, etc.), antecedentes familiares (teniendo en cuenta la elevada influencia genética del trastorno), etc. Los aspectos biográficos, como las pautas de desarrollo biológico y los aconteceres personales del sujeto, nos suministran datos de gran relevancia. Esta subfase es importante en la medida que puede ser útil a efecto de establecer hipótesis respecto a la etiopatogenia del problema. Se trata de reconstruir, a través de la historia del problema y del niño, cómo aprendió o cómo se gestaron en el pasado dichas alteraciones. El *análisis retrospectivo de la conducta* aporta datos valiosos en orden a precisar la antigüedad de tales comportamientos, y sus fluctuaciones a lo largo del tiempo en relación posible con acontecimientos exteriores.

En este primer momento pueden utilizarse entrevistas de recepción, biográficas o anamnésicas semiestructuradas como la del *Manual de trabajo clínico* de Barkley, Murphy y Bauermeister (1998) o el *Esquema de entrevista con los padres* de Pestun (2005). Fernández-Parra y Muñoz-Manzano (2005), en sus *Pautas de entrevista para padres de niños con comportamiento perturbador*, amplían la recogida de información a aquellos aspectos que serán útiles, desde una perspectiva de evaluación conductual, para realizar el análisis funcional de las conductas-problema.

A los padres y profesores se les pueden entregar una serie de cuestionarios o *escalas de valoración* para que las traigan cumplimentadas al día siguiente. Los padres las responderán juntos o por separado. La información que los profesores nos pueden proporcionar del niño es sin duda muy valiosa, pues tienen la oportunidad de pasar muchas horas con él y observar a éste en situaciones escolares muy distintas, desde las más estructuradas, realizando una tarea escolar en la propia aula, a situaciones con menor supervisión; por ejemplo, en el recreo, practicando algún deporte, en el comedor, etc.; y sobre todo pueden comparar la conducta con un grupo de niños de similar edad. De este modo recabaremos la opinión del profesor sobre la presencia de problemas de conducta y de aprendizaje, de la relación que tiene con sus compañeros, etc.

Algunas de las escalas de amplio espectro que permiten un buen cribado para la evaluación de alteraciones comportamentales en la infancia y la adolescencia más utilizadas son: la «*Lista de*

comportamientos infantiles de 6-18 años para padres» (CBCL/6-18), la «*Lista de comportamientos infantiles de 6-18 años para profesores»* (TRF/6-18) y la «*Lista de comportamientos infantiles de 1 y medio a 5 años para cuidadores-profesores»* (C-TRF) (Achenbach y Rescorla, 2001); estas escalas permiten obtener una valoración clínica del niño y del adolescente en ocho categorías: aislamiento, quejas somáticas, ansiedad/depresión (problemas de conducta internalizados), conducta agresiva, conducta delictiva (problemas de conducta externalizados), problemas sociales, de pensamiento y de atención (mixtos).

También puede utilizarse el «BASC. *Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes»* (Reynolds y Kamphaus, 2004). Esta prueba de aplicación entre los 3 y los 18 años consta de tres versiones (I: 3-5 años; II: 6-11 años y III: 12-18 años). Se recoge información de los padres (escala P), de los profesores (escala T) y del propio niño (escala S) mediante un autoinforme (a partir de los 8 años); además cuenta con una historia clínica (H) y un «sistema de observación del estudiante» (O) para que el profesor pueda observar el comportamiento en el aula. Evalúa tanto dimensiones positivas: liderazgo, habilidades sociales, habilidades para el estudio, adaptabilidad, relaciones interpersonales, relaciones con los padres, autoestima y confianza en sí mismo; como negativas: ansiedad, agresividad, problemas de atención, problemas de aprendizaje, hiperactividad, retraimiento, búsqueda de sensaciones, problemas externalizados, problemas internalizados, depresión, problemas de conducta, somatización, actitud negativa hacia el colegio, actitud negativa hacia los padres, locus de control, estrés social, sentido de incapacidad.

Otras escalas utilizadas con frecuencia son: la *escala de problemas de conducta* (Navarro, Peiró, Llacer y Silva, 1993), cumplimentada por los padres de niños entre 3 y 16 años, evalúa alteraciones psicopatológicas propias de la infancia y la adolescencia, presenta siete subescalas: problemas escolares (PE), conducta antisocial (CA), timidez/retraimiento (TR), trastornos psicopatológicos (TP), problemas de ansiedad (PA), trastornos psicósomáticos (TS) y adaptación social (AS), y el *Inventario de problemas en la escuela* (Miranda, Martorell, Llácer, Peiró y Silva, 1993), que ha de ser cum-

plimentado por el maestro y permite identificar problemas de aprendizaje, conducta antisocial, retraimiento, ansiedad-timidez e inadaptación escolar.

Con la información que obtuvimos en la primera entrevista, y tras la lectura de las escalas cumplimentadas por los padres y los profesores, podemos avanzar en la evaluación a través de una entrevista más estructurada. Dentro de esta primera fase del proceso de evaluación podemos considerar la *formación tentativa de hipótesis* (no su formulación) (Groot, 1969), que consideramos como puntos de vista previos o hipótesis implícitas que son indispensables incluso para seleccionar los hechos a observar y las preguntas a realizar en la entrevista.

Así, formularemos una serie de supuestos que nos permitirán avanzar en la evaluación desde el punto de vista clínico. Implica recabar información sobre los comportamientos característicos del trastorno (déficit de atención, impulsividad e hiperactividad) y comprobar qué síntomas secundarios presenta: conductas de agresividad, ansiedad, desobediencia, conducta disocial, aislamiento social o posibles problemas emocionales. Su evaluación es fundamental para establecer el diagnóstico diferencial del trastorno y la comorbilidad. En la actualidad se dispone de un número importante de *entrevistas semiestructuradas* para la evaluación clínica de niños y adolescentes que permiten abordar los objetivos propios de la entrevista de recepción y avanzar, disponiendo de una «*sospecha diagnóstica inicial*» en un *prediagnóstico categorial* en base a los criterios del DSM.

Una de las entrevistas más utilizadas en psicología clínica infantil ante un posible TDAH es la *Entrevista clínica para niños y adolescentes con TDAH* (Barkley, Murphy y Bauermeister, 1998). Esta entrevista semiestructurada se utiliza para recoger información de los padres respecto al desarrollo temprano del niño, historial médico y de tratamientos anteriores, historia familiar, historia escolar, relaciones sociales, problemas de conducta y estrategias para hacerles frente, listado de criterios diagnósticos relacionados con distintos trastornos de aparición en la infancia y la adolescencia (TDAH, trastornos del comportamiento perturbador —negativista desafiante y trastorno disocial—, trastornos de ansiedad y

estado de ánimo, etc.). Esta entrevista puede utilizarse el primer día si el niño viene a consulta con una orientación diagnóstica por parte del médico o el educador indicando la posible existencia de TDAH.

Una entrevista más amplia y también muy utilizada es la *Entrevista infantil de síndromes psiquiátricos, ChIPS* (Weller, Weller, Fristad y Rooney, 1999; Weller, Weller, Fristad, Teare y Schecter, 2000). De esta entrevista existen dos versiones, una para niños/adolescentes y otra para padres; se utiliza en edades comprendidas entre 6 y 18 años, con un tiempo de administración que varía entre los 35 y los 60 minutos. Las preguntas están organizadas en tres apartados. La primera sección se centra en el motivo de la consulta y lugar donde se produce(n) la(s) conducta(s) problema, las relaciones familiares, rendimiento en el colegio y relaciones sociales con sus compañeros, tratamientos previos, etc. La segunda parte recaba información sobre 20 trastornos incluidos en el DSM-IV (Eje I), no incluyendo la discapacidad intelectual, los problemas de aprendizaje escolar (lectura, escritura y cálculo) ni los problemas de personalidad. En la tercera parte se recoge información sobre estresores psicosociales: clima familiar, problemas conyugales, problemas económicos, abandono o abuso infantil, etc.

Otras entrevistas similares son: la *Entrevista diagnóstica para niños y adolescentes-revisada (Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised, DICA-R; Reich, Shayka y Taiblenon, 1991, Reich, 2000. Adaptación para población española: Ezpeleta, De la Osa, Doménech, Navarro y Losilla, 1997)*, que tiene tres versiones muy similares en estructura y contenido: la DICA-R-C se aplica a niños de 6 a 12 años; la DICA-R-A, a adolescentes de 13 a 17 años, y la DICA-R-P es la versión para padres.

Junto a la entrevista clínica podemos utilizar *escalas específicas* si suponemos la posible existencia de un trastorno por déficit de atención con hiperactividad; las más utilizadas son las *Escalas de Conners (Conners. 3rd Edition, Conners, 2008)*. El objetivo es valorar la presencia y severidad de conductas relacionadas con el TDAH y de otros trastornos comórbidos. Son tres escalas, una para ser respondida por los padres de niños de edad entre 6 y 18 años (versión abreviada y extensa), una segunda para ser cumplimentada

por los profesores también de alumnos entre 6 y 18 años (versión abreviada y extensa), y la tercera para ser respondida por el propio niño-adolescente (8-18 años). La escala que se utiliza con los padres, muy similar a la de los profesores, evalúa: oposicionismo, problemas cognitivos/falta de atención, hiperactividad, ansiedad-timidez, perfeccionismo, problemas de relación social, problemas psicósomáticos, índice del TDAH, índice global de Conners (intranquilidad-impulsividad y labilidad emocional), subescalas de síntomas del DSM-IV (falta de atención, hiperactividad-impulsividad). La escala-autoinforme que responden los niños-adolescentes evalúa: problemas familiares, problemas emocionales, problemas de conducta, problemas cognitivos/falta de atención, problemas para controlar la cólera o irritación, hiperactividad, índice del TDAH, subescala de síntomas del DSM-IV (falta de atención, hiperactividad-impulsividad).

En España se ha realizado una versión revisada de la escala de Conners para profesores, la EDAH *Escala de evaluación de trastornos por déficit de atención con hiperactividad* (6/12 años) (Farré-Riba y Narbona, 1997) recientemente validada en población adolescente (11/17 años) (Sánchez, Ramos Díaz y Simón, 2010). Estas escalas presentan menor número de ítems, tienen en cuenta la distinción de los subtipos del trastorno y permiten delimitar entre TDAH y trastornos de conducta (trastorno negativista desafiante y disocial). En la escala de adolescentes se ha encontrado un cuarto factor que corresponde a problemas de interacción social.

Otras escalas específicas utilizadas son: la *ADHD-IV Rating Scales (Spanish)* (5 y 18 años) de DuPaul, Anastopoulos, Power, Reid, Ikeda y McGoey (1998), para padres y maestros, basada en los síntomas del TDAH; sus 18 ítems recogen los 18 criterios del DSM-IV, presentando baremaciones por subescalas (inatención e hiperactividad/impulsividad) y total. Servera y Cardo (2007) llevan a cabo la normalización en una muestra española.

La información se complementa con la *observación no sistemática* que el psicólogo realiza sobre el niño y su familia durante el transcurso de estos primeros contactos. Esta primera recogida de información concluye cuando se dispongan de datos suficientes para formular supuestos o hipótesis sobre el caso.

2.2.2. FORMULACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LAS HIPÓTESIS FORMULADAS SOBRE EL CASO

La formulación de una serie de hipótesis sobre el caso se realiza tomando como referencia la información previa que ha obtenido el psicólogo sobre el niño y sus conocimientos sobre distintas subdisciplinas de la psicología: psicología básica, evolutiva, psicopatología, psicofisiología, psicología del aprendizaje, etc. Establecido un *prediagnóstico categorial* (diagnóstico clínico) formularemos una serie de supuestos (de asociación predictiva) que nos permitirán avanzar en la evaluación psicológica, con el objetivo de saber el alcance de otras variables muy importantes y la relación entre ellas, de forma que podamos conocer mejor determinados aspectos del trastorno, si se presenta sólo o los síntomas están escondiendo otro tipo de trastornos comórbidos, establecer la gravedad y las áreas afectadas (funcionamiento cognitivo, rendimiento académico, social, emocional, etc.). Algunos ejemplos de estos supuestos serían: el rendimiento escolar del niño es bajo, este bajo rendimiento no es consecuencia de una discapacidad intelectual, los problemas específicos de aprendizaje son consecuencia de los problemas de atención e hiperactividad, la presencia de conductas perturbadoras (síntomatología negativista-desafiante o agresiva) afectan al rendimiento escolar y no conforman un trastorno comórbido, los problemas de desinhibición conductual se corresponden con déficits en las funciones ejecutivas, etc.

En el diagnóstico psicológico del TDAH es importante considerar que junto a los síntomas primarios (déficit atencional, impulsividad e hiperactividad) son frecuentes otros secundarios que aparecen con mayor o menor intensidad como: conductas opositoras, agresivas, ansiosas, síntomas depresivos, dificultades de aprendizaje (lectoescritura y cálculo), cefaleas, tics, etc. Lo que nos obliga a realizar un importante esfuerzo en el diagnóstico diferencial, determinando si las otras conductas son síntomas secundarios de éste o bien forman parte de otros trastornos que se presentan de forma comórbida con él. Pudiendo también ocurrir que las manifestaciones que consideramos posibles síntomas primarios sean consecuencia de otro trastorno y no lleguen a conformar un sín-

drome de TDAH; por ejemplo, muchos niños con un trastorno del aprendizaje en determinados ambientes, fundamentalmente en el ámbito escolar, pueden presentar conductas de desatención, falta de interés por las tareas, desobediencia, hiperactividad, etc. Esta información es fundamental para planificar la intervención conductual, psicopedagógica y farmacológica.

En esta fase es cuando el psicólogo utiliza los tests psicométricos y otros instrumentos de evaluación con que cuenta la psicología para recabar las pruebas con las que comprobar o rechazar sus hipótesis.

Así, la evaluación del TDAH requerirá información amplia del nivel intelectual y rendimiento académico. La valoración del efecto sobre el aprendizaje escolar y sus potencialidades intelectuales es fundamental para el tratamiento y pronóstico del niño. Como afirman Silva y Moro (1994), en la evaluación infantil se debe hacer un énfasis especial en la exploración de aspectos instrumentales e intelectuales debido a dos razones: *a)* estos aspectos son vías preferentes de integración social en nuestra cultura, y *b)* el sistema escolar obliga a un agrupamiento de los niños por su edad, no por sus niveles intelectuales y/o instrumentales.

2.2.2.1. EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD INTELECTUAL

La prueba más utilizada es la *Escala de inteligencia de Weschler para niños-IV* (WISC-IV: Weschler, 2011). Esta prueba, que se aplica a niños y adolescentes entre 6 años y 0 meses y 16 años y 11 meses, nos proporciona cinco puntuaciones: el cociente intelectual total y cuatro índices: comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento. Con la medida del rendimiento intelectual general del niño nos permite descartar un posible problema de discapacidad intelectual en el origen del retraso escolar y de otros síntomas conductuales (desatención y conducta sobreactiva) compartidos con el TDAH. También será importante conocer esta capacidad intelectual para establecer un pronóstico. Como en la versión anterior del WISC (WISC-R), el análisis del perfil que obtenemos con las puntuacio-

nes de las subescalas del test nos permite evaluar el factor «libre de distractibilidad» (*factor atencional*) compuesto por aritmética, dígitos y claves; asimismo, tal y como recoge el manual del test, en la actual versión las subpruebas en las que las puntuaciones serán menores en niños con TDAH, pues para su correcta ejecución requieren atención y concentración, son: aritmética, animales y claves.

2.2.2.2. RENDIMIENTO ACADÉMICO Y TRASTORNOS DE APRENDIZAJE

La información que recabemos del profesor a través de la entrevista, escalas o registros de observación es fundamental para conocer la conducta del niño en el aula, su interacción con los compañeros y el desempeño escolar. Como se ha dicho, el comportamiento infantil está sometido a cambios rápidos, determinados en buena medida por el proceso de desarrollo; debemos por tanto conocer cuáles son las pautas normativas del desarrollo en cada una de las edades, a fin de poder identificar en qué medida determinado comportamiento a una edad debe o no ser identificado como problemático con relación a los estándares de su grupo de referencia (igual edad, características socioculturales, nivel de exigencia, etc.); en este sentido, la información que obtenemos del colegio, y particularmente la opinión de los maestros, suele ser bastante ajustada, pues en una misma aula coinciden un número amplio de niños y niñas, suficientes para establecer la norma adecuada de conducta.

Para el análisis de la lectoescritura puede utilizarse el *TALE. Test de análisis de la lectoescritura* (Toro y Cervera, 2000) que evalúa el nivel general y las características del aprendizaje en alumnos de los cuatro primeros cursos de primaria (de 6 a 10 años).

Otra posible prueba es el *PROLEC-R. Batería de evaluación de los procesos lectores. Revisada* (Cuetos, Rodríguez, Ruano y Arribas, 2005). Esta segunda prueba se aplica de 1.º a 6.º de primaria y tiene por objeto evaluar los procesos que intervienen en la lectura (identificación de letras, reconocimiento de palabras, procesos sintácticos y semánticos) y averiguar qué componentes del sistema lector están fallando en los niños que no consiguen aprender a leer.

Con el fin de evaluar los hábitos de estudio podemos utilizar el *CHTE. Cuestionario de hábitos y técnicas de estudio* (Álvarez y Fernández, 2002). Evalúa algunos aspectos que inciden la tarea del estudio en niños de entre 11 y 17 años: condiciones físicas y ambientales, planificación y estructuración del tiempo y conocimientos de las técnicas básicas. Por su parte, el *DIE (1, 2 y 3). Diagnóstico integral del estudio*, de Avellaneda, Corps, Cabezas y Polo (2004), evalúa la conducta compleja del estudio, aportando propuestas para el trabajo preventivo y correctivo de los hábitos, técnicas y estrategias de estudio en niños desde los 9 años hasta la edad adulta.

2.2.2.3. PRUEBAS DE ATENCIÓN E IMPULSIVIDAD

La utilización de test y tareas de laboratorio en la evaluación del TDAH ha sido cuestionada por distintos autores (Rapport, Chung, Shore, Denney e Isaacs, 2000), utilizándose más en la investigación que en la práctica clínica. El propio DSM-IV-TR (APA, 2000) afirma que no hay pruebas de laboratorio que hayan sido establecidas como diagnósticas en la evaluación clínica del TDAH. Pese a ello es frecuente que se utilicen de forma complementaria este tipo de pruebas.

Evaluación de la inatención (capacidad atencional)

El *Test de ejecución continua (CPT) (Continuous Performance Test: CPT)* es la prueba más utilizada para evaluar los problemas de inatención e impulsividad. De este test se han desarrollado distintas versiones, la última es la de Conners (2004).

El test evalúa la «capacidad de atención sostenida» que se mide por medio de tareas de vigilancia y de rendimiento continuo; por tanto, el objetivo de las distintas versiones de los test es detectar problemas de inhibición motora. En estas pruebas, la tarea del niño es responder —pulsando una tecla— a la presentación, en la pantalla del ordenador, de un estímulo determinado (figura geométri-

ca, color, letra, número, etc.) que se presentan entremezclados con distractores de la misma categoría. Obtenemos una medida del número de aciertos, de los errores de omisión (no responder cuando aparece el estímulo) y de los de comisión (responder sin que aparezca el estímulo).

Para Conners (1995), un número elevado de *errores de omisión*, acompañado de un tiempo de reacción lento, indica problemas de atención, y un número elevado de *errores de comisión* y un tiempo de reacción bajo indican impulsividad. Barkley (2006) considera que los CPT son las pruebas de laboratorio más útiles en el diagnóstico del TDAH.

Recientemente se ha desarrollado en nuestro país *Aula* (Nesplora, 2011), un test de atención e impulsividad mediante una tarea de ejecución continua (CPT) que utiliza la realidad virtual con el objetivo de evaluar a los niños con TDAH.

Otras pruebas utilizadas son, el CSAT. *Tarea de atención sostenida en la infancia* (Servera y Llabrés, 2004). La prueba, de aplicación individual-informatizada, evalúa la atención sostenida mediante una tarea de vigilancia y se aplica a niños entre 6 y 11 años. La tarea a realizar es muy sencilla: en la pantalla aparecen una serie de números, de 0 a 9, los niños han de presionar la barra espaciadora del teclado del ordenador cada vez que aparece un 3 después de un 6. O el D2, *Test de atención* (Brickenkamp y Zillmer, 2005), una de las pruebas más utilizadas para evaluar la atención selectiva y la concentración.

Reflexividad-impulsividad

Para la evaluación del estilo cognitivo reflexividad-impulsividad se utiliza el *MFF-20. Test de emparejamiento de figuras conocidas*» (Cairns y Cammock, 2002). El estilo cognitivo reflexividad-impulsividad hace referencia a la manera característica con la que un niño se enfrenta a tareas definidas por la incertidumbre, es decir, tiene ante sí varias alternativas de respuesta, de entre las que una es la correcta.

El MMF-20 se trata de una prueba de emparejamiento perceptivo para administrar individualmente a niños de 6 a 12 años con una duración de 15 a 20 minutos. Consta de 20 ítems, más dos de prueba, en el que al niño se le presenta de forma simultánea un dibujo de algo familiar para él (oso, casa, cabaña india, etc.) y seis opciones diferentes de éste, de las que sólo una es exactamente igual al modelo. Para cada ítem se anota la latencia de respuesta hasta la primera elección y el número de errores cometidos. El resultado se refleja en dos escalas, «impulsividad» e «ineficiencia», y las puntuaciones se expresan en centiles, de tal forma que a mayor puntuación, mayor impulsividad e ineficiencia.

La *EMIC. Escala Magallanes de impulsividad* (Servera y Llabrés, 2000) (se trata del desarrollo en ordenador de la MFF) es una prueba de emparejamiento de figuras familiares, similar a la anterior, para la evaluación del estilo cognitivo impulsivo en tareas con incertidumbre de respuesta. Se considera que este tipo de pruebas evalúan comportamiento estratégico, capacidad de planificar, valoración de alternativas de respuesta, resolución de problemas y toma de decisiones.

El *Stroop. Test de colores y palabras* (Golden, 1994) es una prueba, basada en «el efecto Stroop», siendo una medida útil de diferentes procesos que están relacionados con la impulsividad; por ejemplo, la atención sostenida, inhibición de respuestas aprendidas o control de la interferencia. La versión española consta de tres láminas: la primera (palabras) contiene palabras con el nombre de colores (rojo, verde y azul) impresos en tinta de color negro que el niño deberá leer durante 45 segundos; en la segunda (colores) debe nombrar los colores (rojo, verde, azul) con los que están coloreadas las gráficas «XXXXX», y en la tercera lámina (color-palabras) aparecen las palabras: rojo, verde y azul impresas en un color diferente al que le corresponde; el niño debe emitir tantas respuestas correctas como le sea posible en 45 segundos. La variable que mide impulsividad es la interferencia que se calcula restando el número de respuestas en la lámina «color-palabras» del de la lámina «colores».

2.2.2.4. CONDICIONES FAMILIARES Y ESCOLARES

Es fundamental recabar información sobre el clima familiar y los estilos educativos de los padres. Del mismo modo que interesa conocer las relaciones con sus compañeros y la actitud de los profesores en materia de disciplina.

Dos cuestionarios que podemos utilizar son los elaborados por Barkley, Murphy y Bauermeister (1998): *a*) el *HSQ. Cuestionario de situaciones en el hogar*, proporciona información sobre en qué situaciones en el ámbito del hogar el niño con TDAH presenta más problemas: durante las comidas, cuando hay alguna visita, etc., y *b*) el *SSQ. Cuestionario de situaciones en la escuela* permite conocer en este ámbito en qué situaciones los déficits atencionales del niño provocan más problemas: trabajo independiente, actividades en grupo, etc.; también ayuda a conocer la respuesta del profesor ante las conductas del niño con TDAH.

En esta área también pueden ser útiles el *IPC. Inventario de prácticas de crianza*, de Bauermeister, Salas y Matos, que explora el modo en que los padres manejan la conducta de sus hijos y el *Inventario de experiencia familiar*, de Bauermeister, Matos y Reina, que se utiliza para evaluar cómo afecta el comportamiento del niño al clima familiar y especialmente al estado de ánimo de los padres y a las relaciones con sus hermanos (Barkley, Murphy y Bauermeister, 1998).

El autoinforme *PEE: Perfil de estilos educativos* (Magaz-Lago y García-Pérez, 1998), de aplicación a padres y profesores, permite valorar de forma cuantitativa las creencias, actitudes y valores ante la educación de hijos y alumnos, proporcionando un perfil compuesto por los siguientes componentes: sobreprotector, inhibicionista, punitivo y asertivo.

La *ESPA29. Escala de socialización parental en la adolescencia*, de Musitu y García (2005), permite, mediante un autoinforme respondido por el adolescente (de 12 a 18 años), conocer determinados aspectos del contexto familiar valorando la reacción del padre y de la madre ante 29 situaciones relevantes de su vida diaria, lo que nos proporciona medidas de la aceptación/implicación y coerción/

imposición que manifiesta cada uno de ellos; también establece los estilos de socialización: autorizativo, indulgente, autoritario o negligente.

La versión española para padres del APQ: *Alabama Parenting Questionnaire* (Servera, 2007) evalúa seis constructos: implicación parental, crianza positiva, disciplina apropiada, disciplina inconsistente, pobre supervisión y disciplina severa.

Los niños con TDAH suelen presentar problemas en las relaciones interpersonales. Junto con la observación directa, la información de los compañeros nos proporciona una visión de la valoración social que recibe por parte de éstos. Las *técnicas sociométricas* son las más empleadas para la evaluación de la competencia social en el ámbito escolar de los niños con problemas de comportamiento perturbador. Estas técnicas nos proporcionan una medida del estatus social del niño, es decir, nos informa sobre lo aceptado, querido o rechazado que es un niño por sus compañeros de colegio.

Los dos procedimientos más utilizados son: *a)* el método de nominación, y *b)* el método de estimación. En el primero se pide a cada alumno, tras entregarle una lista de los miembros de la clase (si son muy pequeños, se puede entregar un póster con las fotografías), que elija uno, dos o más compañeros con los que les gustaría realizar algún tipo de actividad concreta: estudiar, comer, jugar, etc. Por ejemplo se le puede preguntar: *¿a quién (o no) te gustaría tener como amigo?, ¿quién quieres (o no quieres) que se sienta cerca de ti en clase?, etc.* En el método de la estimación, cada alumno debe asignar al resto de sus compañeros de clase una valoración, bien en términos positivos, neutros o negativos.

Estos dos procedimientos nos permiten obtener distintos valores sociométricos: *a)* número de veces que el niño es elegido, *b)* número de veces que es rechazado, y *c)* la preferencia social, resultado de restar el número de rechazos del número de elecciones (cuanto más alta es la puntuación, mayor es la aceptación del niño por sus compañeros). González y García (2007) han elaborado un programa informático (*Sociomet*) para tratar los datos del test sociométrico. Proporciona abundante información sobre las relacio-

nes sociales entre los evaluados, el clima social, la existencia de subgrupos y el tipo sociométrico de cada componente del grupo.

2.2.2.5. PERSONALIDAD Y ADAPTACIÓN

A partir de los 8 años aproximadamente podemos utilizar autoinformes como instrumentos de recogida de información. Éstos serán respondidos por el propio niño o adolescente y básicamente nos permitirán recabar información sobre nivel de adaptación y otros aspectos comportamentales o clínicos.

Uno de los cuestionarios de adaptación más utilizados es el *Test evaluativo multifactorial de adaptación infantil (TAMAI)* de Hernández (2004). Se aplica a niños entre 8 y 18 años, con el objetivo de conocer el grado de adaptación en distintos ámbitos: personal, familiar, escolar y social; analizando también las actitudes y prácticas educativas de los padres: uso de disciplina punitiva, la permisividad, indisciplina, conflicto con las normas, sobreprotección, desconfianza social, así como la posible inconsistencia entre los estilos disciplinarios de ambos padres.

Otras dos pruebas muy similares son el (*IAC*) *Inventario de adaptación de conducta*, Cruz y Cordero (2004), y la (*EMA*) *Escala Magallanes de adaptación*, de García-Pérez y Magaz (2002), que se aplican a adolescentes a partir de los 12 años y ambas valoran el grado de adaptación en el ámbito personal, familiar, escolar y social.

Una prueba utilizada con mucha frecuencia, con el fin de obtener una apreciación global del grado de adaptación social del niño-adolescente (11-19 años), es la *Batería de socialización. BAS 1, 2 y 3* de Silva y Martorell (1987). Se obtiene un perfil de socialización con cuatro escalas de aspectos facilitadores: liderazgo, jovialidad, sensibilidad social y respeto-autocontrol, y tres escalas de aspectos perturbadores: agresividad-terquedad, apatía-retraimiento, ansiedad-timidez. La BAS-1 está dirigida a profesores; la 2, a padres, y la 3, a los jóvenes.

Con el fin de valorar la presencia de posibles problemas secundarios o comórbidos relacionados con el TDAH podemos utilizar distintas pruebas psicométricas de autoinforme (tabla 2.1).

TABLA 2.1
Pruebas psicométricas clínicas

NOMBRE Y AUTOR	OBJETIVOS	EDAD DE APLICACIÓN
CDI. Inventario de depresión infantil. Kovacs, M. (2006)	Obtiene una puntuación general de depresión que se descompone en dos escalas: disforia y autoestima negativa.	7-15 años.
A-EP. Evaluación de la autoestima en educación primaria. Ramos, R., Giménez, A. I., Muños-Adell, M. A. y Lapaz, E. (2007).	Prueba para la detección de niños con baja autoestima.	9-13 años.
EMMA. Cuestionario de evaluación multimedia y multilingüe de la autoestima. Ramos, R. y Santamaría, P. (2009).	Evalúa la autoestima y permite obtener una puntuación global y en respecto al ámbito académico, socioemocional y deportivo.	9-13 años.
CAS. Cuestionario de ansiedad infantil. Gillis, J. S. (2008).	Evalúa los procesos de ansiedad en niños.	6-8 años.
STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (2005).	La prueba evalúa: la ansiedad estado (un estado emocional transitorio) y la ansiedad rasgo (propensión ansiosa relativamente estable a percibir las situaciones como amenazantes).	Adolescentes y adultos.
STAXI-NA. Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes. Del Barrio, M. V., Spielberger, C. D. y Aluja, A. (2006).	Evalúa diferentes componentes de la ira: experiencia, expresión y control.	8-17 años.
AECS. Actitudes y estrategias cognitivas sociales. Moraleda, M., González-Galán, A. y García-Gallo, J. (2011).	Evalúa aspectos actitudinales y cognitivos respecto a las relaciones sociales.	12-17 años.

El *BFQ-NA. Cuestionario «Big Five» de personalidad para niños y adolescentes*, de Barbaranelli, Caprara y Rabasca (2005), supone la adaptación del modelo de personalidad de los «Cinco Grandes» para niños y adolescentes (8-15 años). Esta prueba evalúa cinco dimensiones: conciencia (autonomía, orden, precisión y cumplimiento de normas y compromisos), apertura (creatividad, intereses intelectuales), extraversión (actividad, entusiasmo, asertividad y autoconfianza), amabilidad (preocupación y sensibilidad hacia los otros y sus necesidades) e inestabilidad emocional (ansiedad, depresión, descontento o ira). Puede ser respondida como autoinforme o por los padres y profesores.

Con adolescentes (y adultos), con el fin de evaluar la existencia de un posible déficit de habilidades sociales, podemos utilizar: *a)* la prueba de Gismero (2010) *EHS. Escala de habilidades sociales*. La información que ofrece el cuestionario gira en torno a la expresión de opiniones, sentimientos o peticiones, decir «no» o defender los propios derechos, expresarse en situaciones sociales, capacidad para hacer cumplidos y expresión del enfado o disconformidad, cortar una interacción, etc., o *b)* la *EMHAS. Escala Magallanes de hábitos asertivos*, de García-Pérez y Magaz, (2000), evalúa los déficits de comportamiento asertivo en dos ámbitos concretos: el hogar y el centro educativo. Las escalas son tres: autoinforme a responder por los alumnos, informe del profesor e informe del padre. Identifica el estilo agresivo, pasivo-agresivo o asertivo de los escolares en cada uno de los dos ambientes.

Por último puede ser de interés la evaluación en adolescentes (13-17 años) de las estrategias de afrontamiento a los problemas. Con este fin puede utilizarse la *ACS. Escala de afrontamiento para adolescentes*, de Frydenberg y Lewis (2005). Permite al adolescente analizar sus propias estrategias de afrontamiento como paso previo para poderlas cambiar. Consta de dos escalas, una general que evalúa estrategias de afrontamiento consideradas estables (en el tiempo y las situaciones) con independencia del problema, y otra específica que evalúa las conductas de afrontamiento a distintas situaciones específicas. Permite evaluar 18 estrategias de afrontamiento diferentes: buscar apoyo social, concentrarse en resolver el problema, preocuparse, buscar pertenencia, hacerse ilusiones, falta

de afrontamiento, reducción de la tensión, ignorar el problema, autoinculparse, fijarse en lo positivo, buscar ayuda profesional, buscar diversiones relajantes, etc.; que se agrupan en tres estilos básicos: *a*) estilo de afrontamiento dirigido a la resolución de problemas (estrategias que modifican la situación problema para hacerla menos estresante); *b*) estilo de afrontamiento en relación a los demás (orientadas a reducir la tensión, la activación fisiológica y la respuesta emocional), y *c*) estilo de afrontamiento improductivo (conductas que no permiten afrontar la situación problema).

Este primer momento (*correlacional/descriptivo*) de la evaluación nos permite la descripción, clasificación, predicción y explicación probabilística del comportamiento del niño. Hemos podido, por tanto, comprobar la presencia de una serie de conductas/síntomas, lo que hace posible que podamos identificar y clasificar, en base a criterios, el trastorno; además hemos podido recoger información sobre otras conductas problemáticas y el funcionamiento personal, escolar, familiar y social del niño. Pero en la medida que la evaluación psicológica está orientada a la intervención terapéutica para modificar algunas de las conductas problema que conforman el trastorno, se requiere en un segundo momento (*experimental/interventivo*) llevar a cabo un *análisis funcional* que permita recabar la información para definir los objetivos del cambio, identificar las condiciones que mantienen el comportamiento indeseable, seleccionar y aplicar los medios más útiles para producir los cambios deseados y valorar los resultados alcanzados. Como afirma Muñoz (2008), las principales tareas de la evaluación en psicología clínica son: análisis descriptivo, diagnóstico, evaluación para el tratamiento y evaluación del cambio producido, durante y tras el tratamiento.

2.2.3. EVALUACIÓN FUNCIONAL. ANÁLISIS DE LA CONDUCTA Y FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS FUNCIONALES

En psicología clínica, y desde una perspectiva conductual-cognitiva, la evaluación ha de servir para la toma de decisiones sobre

el problema/trastorno de conducta que pueda presentar un paciente, y por tanto su objetivo último es orientar a éste y/o establecer una adecuada intervención terapéutica. Así, para plantear un tratamiento conductual-cognitivo se requiere de información adicional sobre las conductas-problema (conductas hiperactivas y perturbadoras) que deberá obtenerse, siguiendo el proceso de evaluación psicológica, realizando las tareas propias de lo que podemos llamar *momento experimental-interventivo* de la evaluación en psicología clínica.

En esta fase, los objetivos que debemos alcanzar son: *a*) definición de las conductas-problema y obtención de la línea base inicial; *b*) especificar las variables relevantes respecto de la(s) conducta(s)-problema; *c*) formular hipótesis funcionales contrastables acerca de las conductas-problema y selección de conductas clave y variables relevantes con ellas relacionadas, y *d*) establecer los objetivos de intervención y seleccionar los procedimientos terapéuticos.

2.2.3.1. DEFINICIÓN DE LA CONDUCTA PROBLEMA Y OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE INICIAL

Si en la primera fase de la evaluación psicológica habíamos iniciado el *análisis topográfico* detectando o estimando la frecuencia o intensidad de la(s) conducta(s) problema (p.ej., desobediencia, agresividad, impulsividad, etc.) siendo necesario para el diagnóstico clínico, ahora, en esta fase, debemos profundizar en dicho análisis llevando a cabo una definición operativa de las conducta-problema y estableciendo (a través de *técnicas de observación*) su frecuencia, duración, intensidad y apropiación de las mismas. De este modo estableceremos la *línea de base inicial* (medición de una conducta-problema teniendo en cuenta preferentemente su frecuencia antes de cualquier intervención directa sobre dicha conducta), que nos será de gran utilidad a la hora de valorar el cambio que se pueda producir con la intervención modificadora. Generalmente se elabora un registro para padres y/o profesores en el que se computan algunos de los parámetros de la conducta que nos

puedan interesar y posteriormente se confecciona una gráfica con dicha información.

2.2.3.2. ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA

Una definición conductual es el resultado de un análisis topográfico y un *análisis funcional*. Por análisis funcional se entiende la identificación de las variables antecedentes y/o consecuentes (internas y/o externas) que controlan las conductas-problema y el establecimiento de las relaciones que se dan entre esas variables y dichas conductas. Es importante en este momento tener presente los *factores dispocionales*: repertorios básicos de conducta, condiciones biológicas, estado motivacional y afectivo del niño, así como determinados aspectos ambientales y sociales que conforman el contexto. Se debe realizar un análisis funcional de cada conducta problema del niño para, posteriormente, integrar toda la información, la descriptiva y la funcional en un modelo funcional (juego de hipótesis) o *teoría del caso* (formulación clínica del caso) con el objetivo de diseñar la intervención. Una vez identificadas las variables antecedentes (externas e internas), orgánicas (personales) y consecuentes (externas e internas) que controlan la conducta-problema, tendremos *establecida una hipotética relación funcional* que dejará esa conducta completamente definida desde una perspectiva conductual.

Así, conoceremos qué conductas concretas de la madre o el padre hacen que sea más probable que aparezca una conducta determinada de, por ejemplo, desobediencia o agresividad, y qué consigue el niño con su conducta, algo que es gratificante para él; por ejemplo, atención del profesor o de la madre, escapar de algo, etc. Consecuencias que generalmente están relacionadas con la forma en que los padres o el profesor reaccionan ante una conducta perturbadora.

La estrategia de recogida de información que podemos utilizar es *la observación* que realizarán generalmente los padres y/o los profesores del niño. La observación es el método más representativo del modelo conductual; la *observación y registro de conductas* cumple los supuestos generales en el enfoque conductual: enfati-

za la evaluación directa de comportamientos y la cuantificación, centrándose en la conducta manifiesta definida de forma objetiva.

Los pasos a seguir para desarrollar un sistema de observación podemos considerarlos al ir dando respuesta a las siguientes preguntas:

1. ¿Qué observar? Delimitación precisa de las conductas a observar.
2. ¿Cómo observar? o ¿con qué observar? Elección de los instrumentos más adecuados de registro.
3. ¿Quién observa? Disponer de observadores entrenados.
4. ¿Cuándo observar? Decisión sobre el muestreo de las situaciones y del tiempo en las que se observa.
5. ¿Dónde observar? Decisión del lugar de observación.

En muchos casos, este tipo de observación sistematizada va precedido de un período de *observación no-sistematizada* (fase exploratoria) que nos permite un acercamiento inicial a la conducta y a la situación en que se manifiesta.

1. Delimitación precisa de las conductas a observar

Respecto a la primera pregunta, *¿qué observar?*, para que el procedimiento resulte objetivo, es necesario definir inicialmente con claridad la(s) conducta(s) objetivo. Una definición que ha de ser objetiva, precisa y clara (centrada en respuestas manifiestas) y completa, de forma que sus límites estén claramente definidos y el observador pueda diferenciar la conducta de otras próximas (Rojo, 2008). En la evaluación conductual observamos la conducta objetivo, pero también sus antecedentes y consecuentes, observamos las posibles relaciones funcionales entre acontecimientos, aquello que evoca o mantiene la conducta. Del mismo modo, en muchas ocasiones el objeto de observación es la interacción entre dos eventos procedentes de dos o más personas.

Una vez definida la conducta, en el *qué* observar, debemos decidir, para dar una versión cuantificada del objeto de observación, sobre las *unidades de medida*. Determinaremos los parámetros de dicha conducta que nos interesa medir. La dimensión más simple es la *ocurrencia* o *presencia*, es decir, si la conducta se da o no. La *frecuencia* hace referencia al número de veces que un determinado evento ocurre en una unidad determinada de tiempo de observación. En muchas ocasiones no sólo interesa recabar datos sobre la frecuencia de una determinada conducta, sino que consideraremos más relevante la *duración*.

Junto a la frecuencia de aparición y la duración del evento, se pueden evaluar *aspectos cualitativos* de la conducta; por ejemplo, *la intensidad* de dicha conducta; así, junto al número de veces que un niño golpea a su hermano, nos puede interesar apreciar la intensidad de dicha agresión, y la *adecuación*, que hace referencia a su apropiación social o bien a su grado de funcionalidad, es decir, hasta qué punto una conducta consigue los objetivos propuestos.

2. Elección de los instrumentos más adecuados de registro

La segunda pregunta, *¿cómo?* o *¿con qué observar?*, hace referencia a las técnicas de registro que vamos a utilizar. La estructuración en el sistema de observación permitirá la replicabilidad y el control de los resultados. La observación no sistematizada nos permitirá elaborar el registro más sencillo y útil a cada caso concreto, si bien también podemos utilizar procedimientos estandarizados. Las técnicas de registro más utilizadas en evaluación conductual son: *a)* las escalas de apreciación, y *b)* los protocolos observacionales de conducta.

a) Las escalas de apreciación (rating scales)

Son útiles a la hora de detectar y tener una primera aproximación cuantificada de la conducta-problema. Aunque pueden ser utilizadas para registrar de forma inmediata las observaciones, es

más frecuente utilizarlas para registrar impresiones de hechos que ya han sucedido, con lo que el grado de inferencia con frecuencia es mayor, y suelen ser menos fiables que un sistema bien estructurado de categorías o de signos. A su vez, la utilización de escalas de apreciación supone que el observador ha de conocer previamente al niño que valora (padres, profesores, etc.), suponiendo por tanto un elemento de posible contaminación de opiniones subjetivas (en función también de las unidades de análisis) hacia el evaluador. Un ejemplo serían las escalas de Achenback comentadas anteriormente.

b) Protocolos observacionales de conducta

Es el más utilizado en clínica con diseños de caso único. En este tipo de protocolo u hoja de registro, el observador tiene una lista de conductas específicas (hablar sin permiso en clase, levantarse de la silla, interrumpir cuando habla un compañero, insultar, etcétera), previamente codificadas, que pueden suceder en el período de observación; su misión es la de registrar, con los correspondientes códigos, la aparición de cada una de estas conductas a partir del comportamiento del niño observado. Junto a las conductas problema observaremos/registraremos los antecedentes o consecuentes ambientales de las mismas.

Siguiendo a Fernández Ballesteros (2011b), los pasos para elaborar un registro de conductas son:

1. Seleccionar las conductas a observar y definir de forma operativa las mismas.
2. Decidir las unidades de medida relevantes a las conductas seleccionadas; el parámetro más frecuentemente utilizado es la frecuencia.
3. Diseñar y elaborar el protocolo u hoja de registro que debe contener la definición de la conducta que se va a observar, la fecha, lugar y cualquier información que se considere relevante.

4. Entrenamiento del o de los observadores que pueden ser expertos o personas del entorno del sujeto (padres, profesores, etc.).

En la evaluación infantil es frecuente que nos planteemos como objeto de observación las interacciones que se producen entre determinadas personas; así por ejemplo, podemos querer observar las interacciones entre un niño y sus padres o profesores. Con este fin se utilizan las *matrices de interacción*. Patterson y colaboradores han utilizado con frecuencia esta estrategia con el fin de observar las relaciones de los niños con los adultos, particularmente las estrategias educativas de los padres (Patterson y Bank, 1986).

3. Disponer de observadores entrenados

La tercera pregunta que nos servía como guía del proceso de observación era ¿quién observa? A dicha pregunta de forma breve podemos responder con dos posibles alternativas: la observación la realizarán observadores externos cualificados, o bien personas del ambiente natural del sujeto que formaremos previamente. Los observadores cualificados pueden utilizar procedimientos de observación más sofisticados que reflejarán con mayor precisión las unidades de observación; sin embargo, junto al mayor costo, presenta como posible inconveniente el problema de la reactividad (la introducción de un extraño en el contexto natural en el que se quiere realizar la observación modifica la conducta de los sujetos objetos de observación). Generalmente utilizaremos a los padres y a los profesores para que realicen la observación.

4. Decisión sobre el muestreo de las situaciones y del tiempo en las que se ha de observar

Respecto al cuándo observar, partimos necesariamente de la imposibilidad en la práctica de realizar una observación continua, por sus limitaciones y dificultades (costes, fatiga del observador,

imposibilidad real, etc.), lo que nos conduce a la necesidad de utilizar procedimientos de muestreo, con el objeto de obtener muestras representativas de los eventos objeto de estudio. Así, cuando un evaluador va a realizar una observación y no es factible u operativo realizar registros continuos, debe plantearse: *a*) durante cuánto tiempo se va a prolongar la observación (por ejemplo, en general, para eventos de alta o media ocurrencia puede ser aconsejable un período de 1 o 2 semanas); *b*) con qué frecuencia va a observarse (ej.: dos horas diarias en períodos de 15 minutos, cuatro por la mañana y cuatro por la tarde); *c*) en qué momentos se va a observar (al entrar los alumnos a clase por la mañana o al final de la misma, los 15 minutos anteriores a la salida, etc.), y *d*) en qué situaciones (en clase, en el patio de recreo, en el comedor del colegio, etc.).

El muestreo adecuado de tiempo nos permite suponer que la conducta observada es representativa; el muestreo de situaciones nos permite comprobar la generalidad de las conductas objeto de estudio o su especificidad.

5. Decisión del lugar de observación

La forma más directa y objetiva de evaluar conductas manifiestas es la *observación en ambientes naturales* (lugar habitual donde ésta ocurre); así, los contextos naturales en que con más frecuencia se utiliza la observación son el ámbito familiar y el escolar. El evaluador ha de considerar utilizar en primer lugar esta modalidad; sin embargo, por distintos motivos, no siempre es posible llevar a cabo este tipo de observación, básicamente porque el sujeto puede negarse a ser observado en la vida real, o simplemente porque ésta supone un alto costo en tiempo y recursos. Las *situaciones análogas* o *artificiales* son la alternativa sobre *el dónde* observar, creando situaciones muy diversas, que varían en el grado de fidelidad con que reproducen la situación natural.

En los *test situacionales* el evaluador replica artificialmente la situación natural (se han construido réplicas de salas de juego, de aulas escolares, etc.) y observa la conducta-problema del niño en

su propio laboratorio o clínica, o bien provocando dichas situaciones en un contexto ecológicamente más significativo, presentando al niño los estímulos o situaciones complejas en las que interesa observar su conducta con el mayor realismo posible. La situación no se presenta de forma espontánea, sino que es provocada por el evaluador. Una aplicación frecuente es la observación de las interacciones padres-hijo.

En el extremo del supuesto continuo de «naturalidad-artificialidad» se encuentra el *ensayo de conducta* o *juego de papeles* que en la misma línea que los test situacionales permiten la creación de múltiples situaciones ficticias describiendo verbalmente una situación problemática (como si ocurriera) y pidiendo al niño que responda a la misma mientras se le observa.

2.2.3.3. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS FUNCIONALES

Tras ordenar y jerarquizar las conductas operativizadas, conductas-problema que queremos modificar (variables dependientes), el psicólogo ha de seleccionar las variables relevantes que se han de manipular (variables independientes). Con este fin procede a la explicación de las conductas-problema mediante la formulación de hipótesis contrastables, derivando de ellas predicciones en términos operativos que permitan su contrastación o verificación a través de un diseño experimental. Así podemos considerar que el comportamiento de desobediencia del niño es consecuencia, por ejemplo, de distintas variables: inconsistencia entre los padres respecto a las normas, la atención prestada por éstos ante la conducta de no obedecer, etc. A partir de ahí, en una segunda subfase se ha de decidir sobre qué conductas y en qué orden de prioridad centraremos el cambio. Por último, en una tercera etapa, se ha de decidir sobre qué variables relevantes que pueden estar controlando las conductas-problema vamos a manipular para lograr el cambio deseado.

El análisis funcional nos ha permitido identificar las posibles variables que controlan la(s) conducta(s)-problema y las relaciones que se dan entre esas variables; esta importante información nos

permite realizar la *formulación clínica del caso* (Eells, 2007). Será la elaboración de un conjunto de hipótesis funcionales (*teoría sobre el caso*) la que nos permita integrar la información en aras a planificar un tratamiento. En este momento establecemos a nivel de hipótesis qué constituye el problema, cuáles son las variables dependientes y cuáles las independientes (asociadas funcionalmente al problema) y que se supone que mantienen, controlan o explican el problema. Se elabora, pues, un modelo funcional-explicativo estableciendo asociaciones entre las variables independientes de tipo personal o ambiental y las dependientes.

La formulación clínica del caso, considerada el núcleo del proceso de evaluación clínica, es el resumen de la información relevante que describe y explica los problemas de conducta del niño, e incluye componentes del problema, factores históricos, factores personales (procesos biológicos, cognitivos, emocionales, etc.) y ambientales asociados. Integraremos la información psicométrica que disponemos de la evaluación correlacional/descriptiva realizada en fases anteriores. Se incluye la información que tenemos sobre su inteligencia, sobre sus aptitudes para iniciar los aprendizajes escolares básicos, sus aptitudes cognitivas, el desarrollo de sus habilidades adaptativas; por ejemplo, las habilidades sociales o de resolución de problemas. Todo ello son los factores disposicionales que influyen en la relación estímulo-respuesta. Esta fase es central en el proceso de evaluación e intervención psicológica del niño con TDAH, pues estamos ante un trastorno crónico, enormemente heterogéneo en cuanto a sus manifestaciones conductuales, curso evolutivo, factores asociados, y que presenta importantes efectos en la vida del niño en todos los ámbitos en que se desenvuelve (familiar, escolar y social), lo que requiere conjugar un número muy importante de variables.

2.2.3.4. ESTABLECER LOS OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN Y SELECCIONAR LOS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

El primer paso sería, pues, *establecer los objetivos o metas terapéuticas* (metas de cambio) a alcanzar. Al tratarse de un menor se

hará con los padres, si bien, en la medida de lo posible, habría que conocer la opinión del niño; debiendo ser realistas y escalonadas, pues, como hemos dicho, desde un abordaje de intervención multimodal del TDAH se deben considerar múltiples objetivos específicos.

Los datos recogidos hasta este momento y el conocimiento que ya disponemos del caso nos permite, en segundo lugar, poder *seleccionar las técnicas* o actuaciones más indicadas que conformarán el programa de intervención modificadora. El psicólogo puede en este momento revisar las guías de tratamientos psicológicos eficaces; por ejemplo, la del National Institute for Health and Clinical Excellence —NICE— del Reino Unido (www.nice.org.uk), la del Ministerio de Sanidad de España (www.guiasalud.es/egpc/), la de Nathan, Gorman y Salkin (2002) o Pérez-Álvarez, Fernández-Hermida, Fernández-Rodríguez y Amigo (2003), y proceder a personalizarlo en función de las variables propias del caso, es decir, de las características propias del niño y de su entorno.

2.2.4. APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO, VALORACIÓN DE RESULTADOS Y SEGUIMIENTO

Tres son los objetivos a alcanzar: *a)* aplicar el tratamiento, *b)* valorar la eficacia de la intervención y *c)* comprobar el mantenimiento en el tiempo de los resultados.

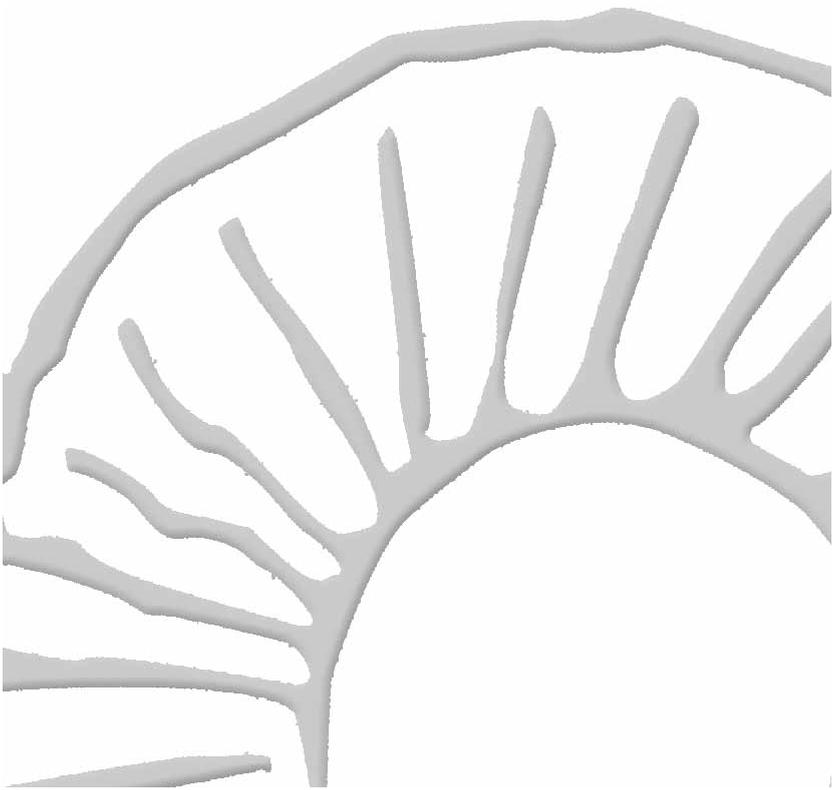
Esta fase se inicia con la *aplicación de las técnicas de cambio seleccionadas*, con el fin de alterar en sentido positivo las conductas-problema previamente seleccionadas. Por otra parte, y como ya se ha dicho, es característico de este proceso de intervención la *evaluación continua*, de forma que permite al terapeuta un control constante de la eficacia del programa. Valorar el éxito de la intervención supone comprobar en qué medida los datos de la evaluación nos muestran que hemos alcanzado los objetivos que nos planteamos con un cambio significativo desde el punto de vista clínico y social. Es frecuente valorar también el grado de satisfacción subjetiva de padres y profesores.

En la evaluación de seguimiento se comprueba que los cambios producidos se han estabilizado. Sus resultados se comparan con los de la evaluación final, con objeto de saber si se mantienen los logros alcanzados. También permite conocer si las modificaciones suscitadas en unas condiciones clínicas se generalizan a las condiciones del medio natural del paciente, uno de los principales problemas a los que debe hacer frente toda acción terapéutica.

Todos estos aspectos se desarrollan ampliamente en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 3

Tratamiento del TDAH



3.1. Introducción

El tratamiento del TDAH ha estado influenciado por la conceptualización del trastorno, por la importancia que en cada momento se les ha dado a los distintos síntomas nucleares en dicha conceptualización y en particular por las distintas interpretaciones sobre su origen. Así, a partir de los años cincuenta del siglo pasado el tratamiento se planteó desde dos enfoques distintos, inicialmente contrapuestos: el farmacológico, especialmente utilizando estimulantes (metilfenidato y dexanfetamina) y el tratamiento psicológico.

En 1937, W. Bradley publica su descubrimiento casual sobre el efecto que el sulfato de anfetamina, la benzedrina, tenía para aumentar la atención y reducir los síntomas propios de la hiperactividad en niños. Es a partir de 1955 cuando en Estados Unidos empieza a utilizarse el metilfenidato y en unos pocos años su uso es generalizado en el tratamiento de la hiperactividad.

En los años sesenta y setenta, el uso de la medicación, considerada eficaz para reducir los síntomas típicos de la hiperactividad, empieza a generalizarse, primero en Estados Unidos y posteriormente en Europa y América del Sur; apareciendo también otras alternativas de tratamiento desde la psicología basadas en las *técnicas de modificación de conducta*.

Desde la perspectiva psicológica se entendía el trastorno (conceptualizado en aquellos años como *daño cerebral*) como un problema de etiología orgánica, pero cuyos excesos y déficits conductuales podían ser modificados. El objetivo de la intervención, por tanto, aplicando *técnicas operantes* de modificación de conducta —refuerzo positivo y extinción— (Patterson, 1965; Vance y Broden, 1967) y economía de fichas (O’Leary y Becker, 1967) era disminuir los comportamientos excesivos inadecuados (no permanecer sentado, correr de un sitio para otro, interrumpir, etc.) y fortalecer respuestas incompatibles con ese movimiento excesivo.

En los años siguientes, finales de los setenta y ochenta, mientras los tratamientos farmacológicos ya disponían de numerosos estudios donde se demostraba su eficacia y se seguía investigando su efectividad en función del tipo de medicación, dosis, etc., sobre los distintos tipos y síntomas secundarios del trastorno, desde la psicología clínica se empiezan a desarrollar técnicas de intervención cognitivas aplicadas al TDAH: *entrenamiento en autoinstrucciones* (Meichenbaum y Goddman, 1971), *entrenamiento en habilidades cognitivas de resolución de problemas interpersonales* (Spivack y Shure, 1974), así como estrategias, también basadas en los principios de la modificación de conducta, de *entrenamiento a padres* (Barkley, 1987; Dubey, O’leary y Kaufman, 1983; Forehand y MacMahon, 1981), utilizando a éstos como coterapeutas. Sin embargo siguen siendo aproximaciones muy limitadas a determinados aspectos de un trastorno de naturaleza muy compleja y heterogénea. Las críticas se centran también en la escasa generalización de los resultados y en el limitado efecto a largo plazo de sus efectos. De este modo cada una de estas técnicas de intervención psicológica no se plantea como única estrategia terapéutica alternativa a las anteriores, sino que se va conformando un modelo de intervención de amplio espectro desde una orientación conductual-cognitiva y que en muchos casos se combinará con los tratamientos farmacológicos.

En los años noventa, la administración sanitaria de los Estados Unidos se plantea la necesidad de evaluar la eficacia de los distintos tratamientos que se están utilizando y que a priori parecen presentar mejores resultados; con este objetivo se pone en marcha

el estudio *MTA: Estudio del tratamiento multimodal de niños con TDAH* (The MTA Cooperative Group, 1999), impulsado por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH).

La muestra fue de 579 niños que presentaban TDAH combinado, de edades comprendidas entre los 7 y los 10 años. Los participantes se distribuyeron al azar en cuatro grupos de tratamiento durante 14 meses:

1. *Tratamiento farmacológico*. Metilfenidato de liberación inmediata (tres tomas diarias) aplicado por los equipos de investigadores.
2. *Tratamiento conductual*. Entrenamiento a padres siguiendo el programa de Barkley (1987), intervención conductual con los niños (programa de tratamiento de verano de Pelham y Hoza, 1996) e intervención en la escuela con los niños y los profesores.
3. *Tratamiento comunitario*. Los niños asignados a este grupo no recibieron tratamiento directo por los investigadores, sino que una vez diagnosticados se les indicó que buscaran tratamiento en su comunidad, acudiendo al pediatra o al psicólogo. De este modo, el tratamiento sería el proporcionado habitualmente (farmacológico, conductual, etc.). Como se comprobó, resultó mayoritario el farmacológico (metilfenidato de liberación inmediata), si bien administrado sin un control exhaustivo; había menos seguimiento por parte del médico y más incumplimientos en el seguimiento de las prescripciones.
4. *Tratamiento combinado*, es decir, las opciones 1 y 2 juntas.

Las conclusiones iniciales que se alcanzaron indican que: en los cuatro grupos se redujeron los síntomas de forma significativa; los grupos 1 y 4 fueron estadísticamente superiores al 2 y 3 en cuanto al control de síntomas nucleares, no encontrándose diferencias significativas entre el grupo de tratamiento farmacológico y el de tratamiento combinado para estos síntomas, lo que llevó a

considerar que el tratamiento conductual no aportaba nada al cambio observado; sin embargo, análisis posteriores de los resultados en todas las variables encontraron que el tratamiento combinado (grupo 4) presentaba algunas importantes ventajas frente al resto, como mejora de las habilidades sociales, académicas y de las relaciones familiares, permitiendo reducir las dosis de fármacos e incrementando el grado de satisfacción de padres y profesores.

Esta investigación fue la primera en proporcionar evidencia empírica demostrando la mayor eficacia del tratamiento farmacológico frente a los conductuales para los síntomas nucleares del TDAH; sin embargo, afianza también la idea de la necesidad de un tratamiento integral y multidisciplinar que incluya medidas psicológicas, educacionales y sociales, fundamentalmente con niños que presentan trastornos comórbidos y para prevenir futuras complicaciones.

Los estudios de seguimiento realizados a los 24 meses muestran resultados similares (The MTA Cooperative Group, 2004); sin embargo, en los seguimientos a los 36 meses (Jensen et al., 2007) y en el último realizado a los 8 años (Molina et al., 2009) los grupos no se diferencian significativamente en ninguna de las variables analizadas. Estos resultados han tenido múltiples interpretaciones; por una parte se ha argumentado el no efecto a largo plazo de los distintos tratamientos, y por otra se han evidenciado las limitaciones metodológicas del trabajo (ausencia de un grupo de control sin tratamiento), lo que no ha permitido en el largo plazo el control de un grupo importante de variables: disminución de los síntomas asociada a la edad, abandono del tratamiento farmacológico o inicio del mismo por niños del grupo no tratado farmacológicamente, etc.

En la actualidad se acepta de forma generalizada (Ansthele y Barkley, 2008; Barkley, 2002, 2006; Chronis, Jones y Raggi, 2006; Loro-López et al., 2009; Moreno, 2008; Nathan, Gorman y Salkin, 2002; Van der Oord, Prins, Oosterlaan y Emmelkamp, 2008) que las intervenciones deben integrar todos los componentes que se han mostrado adecuados en el tratamiento de los niños con TDAH y abarcar todos los contextos en los que éstos se desenvuelven. Se acepta la conveniencia de utilizar programas de tratamiento individualizados y multicomponentes (multimodales), donde el trata-

miento farmacológico forma parte de una intervención integral y multidisciplinaria propia de un modelo biopsicosocial de enfermedad. Así, el tratamiento habrá de ser instaurado en un contexto de colaboración entre los distintos profesionales a los que les compete la intervención (médicos, psicólogos, profesores, personal de enfermería, etc.) y los padres del niño. Esta misma posición es la recogida por el grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH del Ministerio de Sanidad de España (2010).

Ningún enfoque terapéutico «cura» el TDAH; así, la intervención terapéutica más adecuada, dirigida a reducir la sintomatología del trastorno y actuar sobre las más que probables complicaciones, es un tratamiento combinado: farmacológico y psicológico.

Como hemos comentado, la medicación en el tratamiento del TDAH es eficaz para mejorar las manifestaciones de los síntomas nucleares del trastorno; por su parte, la intervención psicológica ha mostrado también cierta eficacia en el manejo de estos síntomas y en el tratamiento de los frecuentes problemas asociados que presentan los niños con este trastorno. La medicación puede mejorar la atención, pero no afectará directamente, por ejemplo, la interacción social del niño, ni el rendimiento escolar. Es recomendable la combinación de tratamiento farmacológico y la terapia conductual-cognitiva. Para Barkley (2007), uno de los principales logros de la medicación estimulante resulta de potenciar los efectos de los tratamientos psicológicos. Los fármacos, al hacer que disminuya la impulsividad o la sobreactividad, facilitarán otras intervenciones dirigidas a dificultades específicas que pueda presentar el niño.

Por último hay que tener presente que pese a ser el tratamiento farmacológico la terapia más eficaz, sin embargo, en niños menores de seis años, el metilfenidato no se recomienda al existir poca información sobre los efectos a largo plazo, siendo por tanto el tratamiento psicológico (con carácter preventivo o terapéutico) la intervención inicial en niños de esa edad en los que haya indicios de problemas relacionados con el TDAH. Del mismo modo, en niños mayores de seis años, utilizaremos el tratamiento conductual-cognitivo sin combinarlo con el farmacológico en los casos de diagnóstico dudoso o cuyos síntomas se presentan con una intensidad leve.

3.2. Tratamiento farmacológico

3.2.1. PSICOESTIMULANTES: METILFENIDATO

Como afirma Moreno (2009), el tratamiento con estimulantes para el TDAH es posiblemente la modalidad terapéutica mejor fundamentada dentro de toda la psicofarmacología del niño y del adolescente, existiendo numerosos y rigurosos estudios que demuestran la eficacia de estos fármacos (Banaschewski et al., 2006; Faraone et al., 2006).

El psicoestimulante más utilizado es el *metilfenidato*, seguido de la dextroanfetamina (estimulante más potente), y en menor medida de la pemolina y las sales de anfetaminas (en España sólo está disponible el primero desde 1981). Estas sustancias reciben el nombre de estimulantes por aumentar el *arousal* o estado de alerta. El metilfenidato funciona bloqueando la recaptación de la dopamina y de la noradrenalina, lo que supone aumentar la disponibilidad de estos neurotransmisores en el espacio intersináptico en la corteza frontal y regiones subcorticales asociadas a la motivación y la recompensa (Volkow et al., 2004).

En la actualidad el uso del metilfenidato es práctica habitual y, para muchos clínicos, es el tratamiento de elección. Se estima que entre el 70 y el 80 por 100 de los niños responden favorablemente a este tratamiento. Barkley (2008a) considera que el 55 por 100 de los niños tratados con medicación llevarán una vida normal, el 30 por 100 mejorarán, aunque fuera del rango normal, y en el 10 o 15 por 100 no será útil.

El metilfenidato mejora la atención y el rendimiento en tareas que requieren concentración y atención continuada; asimismo, facilita el seguimiento de las normas, disminuye la impulsividad y la hiperactividad, favoreciendo estrategias de trabajo más reflexivas. Los estudios de efectividad no han encontrado diferencias entre el subtipo de TDAH y la efectividad del tratamiento con metilfenidato. También se ha demostrado su efecto sobre las conductas disruptivas asociadas al TDAH como el oposicionismo y la agresividad. La medicación mejora el rendimiento escolar, aumentando la

calidad (precisión y exactitud) y el tiempo dedicado a las tareas escolares. Si bien, los niños que además de TDAH presentan un trastorno de aprendizaje necesitan actuaciones específicas para superar sus déficits. El metilfenidato reduce las conductas que provocan en el niño problemas de adaptación (familiar y escolar) mejorando las relaciones con padres, profesores y compañeros.

Una práctica frecuente es dejar períodos cortos, una o dos semanas al año, sin tratamiento, y generalmente se hace coincidir con las vacaciones escolares; sin embargo, para la GPC de la NICE (2009), estos períodos de descanso (vacaciones terapéuticas) no están recomendados de forma sistemática.

Los efectos secundarios son escasos y cuando se producen son leves y generalmente transitorios, desapareciendo a los 10 o 15 días de iniciada la medicación; esta desaparición se produce por sí sola o mediante un reajuste de la dosis. Entre los posibles efectos adversos a corto plazo (Wolraich, McGuinn y Doffing, 2007), los más frecuentes son: pérdida de apetito y de peso, insomnio, ansiedad, inquietud; algunos niños se quejan también de dolores de cabeza y molestias de estómago; también puede presentarse, con escasa frecuencia, irritabilidad, tics, náuseas y vértigos.

Un posible efecto secundario, controvertido y sobre el que no hay consenso, pues los datos no son concluyentes y que afecta tanto a los estimulantes como a la atomoxetina, es que el tratamiento farmacológico puede retrasar el crecimiento del niño relacionándose este hecho con las dosis administradas: elevadas y prolongadas. Algunos autores consideran que puede producirse una leve disminución en el peso y la talla en los primeros años pero que desaparecen a medio y largo plazo (Charach, Fifueroa, Chen, Ickowicz y Schachar, 2006; Poulton, 2005; Spencer et al., 2007).

La edad recomendada para iniciar el tratamiento farmacológico con estimulantes es a partir de los 6 años. Antes es muy difícil el diagnóstico y aunque se ha comprobado la eficacia en niños de 3 a 5 años (Greenhill et al., 2006), los niños de esta edad mostraron una mayor tasa de efectos secundarios de tipo emocional (irritabilidad, lloros, etc.). El tratamiento debe buscar la menor dosis que sea efectiva y produzca el mayor efecto terapéutico con los

mínimos efectos adversos. Se inicia con dosis bajas que se van elevando progresivamente.

El tratamiento farmacológico debe mantenerse mientras la intensidad de los síntomas continúe afectando la vida personal, escolar y social del joven. En muchos niños los síntomas desaparecen en torno a la pubertad; sin embargo, en otros persisten con más o menos intensidad, debiendo actuar según cada caso de forma distinta. En la actualidad toma fuerza la tendencia de mantener el tratamiento en la edad adulta si persisten los síntomas (Biederman et al., 2006).

En España hay disponibles cuatro preparados comerciales de metilfenidato: Rubifén y Medicebran de liberación inmediata, Medikinet de liberación prolongada con tecnología pellets y Concerta de liberación prolongada con tecnología osmótica (OROS). Estas nuevas formulaciones (en nuestro país están presentes desde el año 2004) de acción prolongada han demostrado, cuanto menos, una eficacia similar a la de liberación inmediata (Faraone, Biederman, Spencer y Aleardi, 2006).

El *metilfenidato de liberación inmediata* (Rubifén y Medicebran) se caracteriza por una rápida absorción, comenzando su efecto a los 30/40 minutos de haber consumido la dosis, con un pico plasmático entre la primera y la segunda hora y una vida media de dos a tres horas, siendo su efecto terapéutico de cuatro horas; debido a ello debe pautarse varias veces al día (generalmente tres), evitándose administrarlo a partir de las 17 horas para no interferir con el sueño del niño. En algunos niños, al final del día, cuando desaparece el efecto del fármaco, puede presentarse un efecto «rebote», que consiste en que vuelven a manifestarse los síntomas clave del trastorno, incluso con más intensidad. Esto se puede prevenir con la tercera toma a primeras horas de la tarde.

Frente a otras presentaciones, esta pauta de administración del metilfenidato de liberación inmediata presenta el inconveniente de una menor adherencia al tratamiento, pues al suponer tres tomas diarias, alguna de ellas en horario escolar, facilita el olvido y añade dificultades de orden práctico al cumplimiento de las tomas. Además supone una posible estigmatización para el

niño al conocer sus compañeros la necesidad de ser tratado farmacológicamente.

Schacher, Pham, King, Langford y Moher (2001) realizaron un metaanálisis que incluyó 62 ensayos clínicos, donde la variable principal fue el índice de hiperactividad medido por padres y profesores en el que se concluye del beneficio a corto plazo del tratamiento con metilfenidato de liberación inmediata.

En el *metilfenidato de liberación prolongada con tecnología pellets* (Medikinet: 50 por 100 de liberación inmediata y 50 por 100 prolongada) su efecto terapéutico comienza a los 30 minutos y se mantiene durante unas 7/8 horas. La cápsula compuesta de microesferas no recubiertas permite una absorción rápida del 50 por 100; el resto, recubierta de una sustancia antiácida, se empieza a liberar de forma prolongada al llegar al duodeno, lo que permite repartir niveles terapéuticos en plasma durante un período de 7/8 horas para evitar una segunda toma. Sin embargo, en algunos casos la toma en el desayuno y una acción efectiva de 7/8 horas requiere que el niño tome una cápsula de metilfenidato de liberación inmediata en la merienda (siempre antes de la seis de la tarde para evitar, como se ha dicho, problemas con el sueño), para así pasar la tarde-noche y realizar las tareas escolares. Los estudios realizados sobre la eficacia muestran resultados equivalentes al tratamiento con metilfenidato de liberación inmediata (Montañés-Rada, Gangoso-Fermoso y Martínez-Granero, 2009).

Metilfenidato de liberación prolongada tecnología osmótica; nombre comercial: Concerta, comercializado en España desde el año 2004 (22 por 100 de liberación inmediata y 78 por 100 de liberación prolongada). Contiene un 22 por 100 en forma de cubierta que al disolverse genera una liberación inmediata de la sustancia; el resto se libera lentamente por el sistema osmótico OROS a partir de la primera hora. El pico inicial se produce a 1 o 2 horas de la toma, y posteriormente se produce un segundo a las 6-7 horas. El efecto clínico se mantiene entre 10 y 12 horas, lo que hace que sea suficiente una única toma diaria. Ello supone un mejor cumplimiento de la prescripción, mayor comodidad para el niño y la familia, evitando la estigmatización en el colegio. Se ha demostrado igual de eficaz que el metilfenidato de acción inmediata y presenta un me-

jor perfil de efectos secundarios (Faraone, Biederman, Spencer y Aleardi, 2006; Montañés-Rada, Gangoso-Fermoso y Martínez-Granero, 2009; Mulas, Mattos, Hernández y Gandía, 2005).

3.2.2. FÁRMACOS NO ESTIMULANTES: ATOMOXETINA

La atomoxetina, cuyo nombre comercial es Strattera, no es un derivado anfetamínico ni está clasificado como un fármaco psicoestimulante. Se trata de un inhibidor potente y altamente selectivo del transportador presináptico de la noradrenalina en la corteza prefrontal, siendo éste su presumible mecanismo de acción, sin que actúe directamente sobre los transportadores de serotonina o dopamina. Su indicación está aprobada en nuestro país en el año 2006. Su uso es a partir de los 6 años de edad.

Se absorbe rápidamente tras la administración oral, alcanzando la máxima concentración plasmática una o dos horas después de tomar la cápsula. Generalmente se toma en una dosis diaria en el desayuno, si bien en algunos casos se divide la dosis entre el desayuno y la merienda. Aunque a los 15 o 20 días puede observarse ya cierta mejoría, el efecto óptimo de este tratamiento puede tardar mes y medio o dos meses.

Se sitúa como una segunda elección, tras el metilfenidato, salvo en los casos en que exista la posibilidad de un mal uso de los estimulantes o en los que el TDAH se presenta con comorbilidad de problemas de ansiedad, tics, trastornos del sueño o no se desee tomar sustancias estimulantes (Geller et al., 2007; Garnock y Keating, 2009).

Los efectos adversos son muy similares a los del metilfenidato, siendo los más frecuentes la somnolencia, el dolor abdominal y la disminución del apetito, si bien suelen ser transitorios. También son frecuentes (aproximadamente en un 10 por 100 de los casos) durante el primer mes de tratamiento la aparición de náuseas o vómitos de naturaleza leve (Kratovich et al., 2006), irritabilidad, agresividad y agitación (Polzer et al., 2007). La *US Food and Drug Administration* (FDA, 2011), en la «Guía de medicamento de la

Strattera» (versión 2011), mantiene la advertencia de que los resultados de estudios clínicos sobre más de 2.200 niños o adolescentes con TDAH sugieren la posibilidad de que durante los primeros meses de tratamiento, o cuando se aumenta o disminuye la dosis, pueda aparecer ideación suicida en una proporción del 0,4 por 100 (frente al 0 por 100 del grupo con placebo) de los pacientes tratados, aunque no ocurrió ningún suicidio en estos estudios. El meta-análisis realizado por Bangs et al. (2008) también demostró que aún con una frecuencia muy escasa, la ideación suicida (no se informa de ningún acto suicida) es significativamente más frecuente en niños y adolescentes tratados con atomoxetina. Por último, las posibles pérdidas de peso y altura si se presentan son, como en el caso del metilfenidato, temporales, volviendo a la normalidad a medio y largo plazo.

Distintos ensayos clínicos han comparado la eficacia de la atomoxetina con placebo, mostrando la superioridad de esta (Weiss et al., 2005). En lo que respecta a la comparación con el metilfenidato los resultados son más controvertidos; en general no parece que existan muchas diferencias de efectividad, si bien se inclinan por una eficacia mayor del metilfenidato en la reducción de los síntomas nucleares (Faraone et al., 2006; Newcorn et al., 2008; NICE, 2009; Pliszka, 2007). De este modo, la atomoxetina se considera de segunda elección en la práctica clínica, salvo en pacientes con abuso de sustancias o comorbilidad con ansiedad o tics.

3.2.3. OTROS FÁRMACOS

Existe un número considerable de fármacos que se han utilizado para el tratamiento del TDAH, nosotros hemos comentado básicamente aquellos que están comercializados en nuestro país y de eficacia probada; otros fármacos no estimulantes, como los anti-depresivos tricíclicos, el bupropion, o agonistas adrenérgicos (clonidina), se pueden administrar cuando hay evidencia de falta de eficacia (o efectos secundarios) de los estimulantes o de la atomoxetina (Grupo de trabajo de la GPC del TDAH, 2010).

3.3. Tratamiento psicológico

Como hemos comentado la impulsividad/hiperactividad e inatención producen un importante deterioro, tanto en la vida del niño como en su entorno familiar, escolar y social. El niño con TDAH tendrá más dificultades en el rendimiento escolar, en las relaciones interpersonales y una baja autoestima. Todo ello constituye un factor de riesgo para la posterior aparición de otros trastornos; por ejemplo, trastornos de conducta o problemas emocionales. La intervención psicológica, generalmente en combinación con el tratamiento farmacológico, se dirige a reducir la sintomatología del trastorno y es fundamental para prevenir o tratar otras complicaciones o problemas/trastornos asociados.

El tratamiento psicológico debe ser individualizado, centrando sus objetivos, en cada caso, en función de las características e intensidad de los síntomas, de la comorbilidad y de las complicaciones o repercusiones sobre el desarrollo evolutivo del niño o sobre el ámbito familiar, escolar y social. Requiriendo la máxima implicación y motivación de padres y profesores.

El *tratamiento psicológico conductual-cognitivo* que ha demostrado una mayor eficacia (Del Corral, 2003; NICE, 2009; Pelham y Fabiano, 2008; Grupo de trabajo de la GPC del TDAH, 2010) se centra en el niño, en los padres y en la escuela; utiliza *programas de entrenamiento a padres y profesores* (con técnicas operantes: reforzamiento, extinción, economía de fichas, coste de respuesta, etcétera) y *técnicas cognitivo-conductuales* (resolución de problemas, entrenamiento en autoinstrucciones, etc.) *con el propio niño*.

Con el fin de elaborar el plan de intervención para el tratamiento psicológico del TDAH, retomamos el proceso de «evaluación e intervención psicológica» que desarrollábamos en el capítulo anterior para recorrer las fases del segundo momento (experimental/interventivo) del proceso, cuyas tareas recordamos. Así, se debe realizar un análisis funcional de cada conducta problema del niño, para, posteriormente, integrar toda la información, la descriptiva y la funcional, en un modelo funcional (juego de hipótesis) o teoría del caso (formulación clínica del caso) con el objetivo de diseñar

la intervención, aplicarla y valorar los resultados. De este modo, las técnicas o los programas de tratamiento que conocemos han demostrado su eficacia, se han de adaptar a cada caso, a las características de cada niño, en función de los datos obtenidos en el proceso correlacional y conductual. La intervención, que será prolongada (a lo largo de todo el desarrollo infantil), y que al tratarse de un trastorno crónico será diferente en las distintas edades, se centra de forma conjunta en: *a)* los padres, que recibirán entrenamiento para ser agentes de cambio, *b)* el niño afectado y *c)* el ámbito escolar.

3.3.1. INTERVENCIÓN COMPORTAMENTAL-EDUCATIVA, LOS PADRES COMO COTERAPEUTAS

En la *modificación de conducta infantil* se entrena a los padres —que actúan como coterapeutas— en habilidades y destrezas que utilizarán para modificar la conducta de sus hijos en casa. El *entrenamiento de los padres* persigue, fundamentalmente, modificar la interacción progenitor(es)-hijo(s) con el fin de fomentar la conducta social y disminuir las conductas desadaptativas. El objetivo general del entrenamiento es dotar a los padres de recursos teóricos y técnicos que les permitan el desarrollo de un equipamiento de habilidades que, a su vez, haga posible la mejora del modo o estilos de interacción social en el ámbito familiar, con el fin de tratar los problemas actuales y prevenir la aparición de otros (Oliveras, Macià y Méndez, 1993).

El comportamiento de un niño con TDAH en el ámbito de la familia supone un permanente foco de tensión entre todos los miembros de la unidad familiar que termina en la mayoría de las ocasiones deteriorando las relaciones y generando en los padres estrés, ansiedad, desánimo y depresión. En esta situación los padres se sienten culpables e incapaces de dar respuesta a la situación, desarrollando en muchos casos estrategias contraproducentes que mantienen o aumentan el problema.

Así, el entrenamiento se basa en el criterio general de que gran parte de la conducta problemática del niño se desarrolla y favore-

ce inadvertidamente en el hogar, a través de interacciones desadaptativas entre padre/madre-hijo, y que los padres poseen un extraordinario potencial para generar cambios conductuales, debido al hecho de que ellos cuentan con el mayor control de los elementos más significativos del ambiente de sus hijos. Este procedimiento de intervención ante un problema de conducta presenta varias ventajas: en primer lugar, que se interviene en el ambiente natural donde se adquieren las conductas problema; en segundo lugar, al desarrollarse la intervención en el medio natural se facilita el mantenimiento de los logros alcanzados, y en tercer lugar, porque la intervención la realizan quienes más tiempo pasan y tienen mayor control sobre la conducta del niño, los padres.

De entre los diferentes tipos de intervenciones psicosociales, el *entrenamiento de padres* constituye hoy la estrategia de primera elección para el tratamiento de los problemas/trastornos de conducta a edades tempranas (menores de 10-12 años).

Un programa de entrenamiento a padres generalmente consta de tres fases:

1. *educativa/psicoeducativa*, que incluye transmisión de información relativa al conocimiento que se tiene del problema del que se trate —causas de inicio/vulnerabilidad, variables implicadas en el desarrollo, mantenimiento, etc.—;
2. *de entrenamiento* por medio de situaciones de enseñanza-aprendizaje en las que se utilizan distintos procedimientos para enseñar, practicar y aplicar cómo se ha de actuar adecuadamente; y la relativa a la
3. *aplicación* de lo aprendido o «*tareas para casa*» durante la que se aplica en casa (ambiente natural) lo que se ha aprendido en condiciones controladas o seguras.

A corto y medio plazo la intervención persigue:

- Que los padres obtengan toda la información posible sobre el TDAH: concepto, etiología, pronóstico y tratamiento.

- Conocer los principios teóricos del *aprendizaje social* y de la modificación de conducta (particularmente la influencia que ejercen las circunstancias ambientales en la conducta y el importante papel de los padres).
- Conocer los métodos educativos y disciplinarios más adecuados para utilizar con un niño que presenta TDAH, observando y analizando los métodos que utilizan de forma habitual para controlar la conducta de su hijo y analizar los aspectos implicados en las interacciones y conflictos familiares.
- Aprender a concretar, definir operativamente y observar las conductas a modificar, así como a intervenir para incrementar las conductas prosociales y disminuir las conductas problemáticas de los hijos.
- El aprendizaje por parte de los padres de las técnicas específicas de manejo conductual; por ejemplo: estrategias de observación y registro, información sobre el uso contingente del refuerzo, procedimiento para aplicar adecuadamente la extinción, estrategia del rol asignado, diseño y aplicación de programas de economía de fichas, etc.
- Aprender habilidades de comunicación efectivas no punitivas (críticas, reproches, etc.).
- Aprender a proporcionar instrucciones verbales precisas y órdenes sencillas.
- Sustituir los estilos coercitivos de interacción padres-hijos (por ejemplo, el uso permanente del refuerzo negativo) mediante el desarrollo y mantenimiento de patrones de interacción más positivos y prosociales.

En la primera fase —*educativa o de reconceptualización*—, los padres comprenden y aceptan el problema y cambian su disposición para hacerle frente. En la segunda fase, de *entrenamiento de habilidades*, el terapeuta explica en primer lugar la competencia que se pretende que aprendan los padres y sus fundamentos, posteriormente modela la habilidad a aprender con ejemplos

concretos, los padres observan cómo se aplican las técnicas y, a continuación, ensayan su aplicación en condiciones simuladas y simplificadas. Así, para el aprendizaje de las técnicas se utiliza el *aprendizaje estructurado*: la instrucción, el modelado, el ensayo de conducta, el *feedback*, el refuerzo positivo y las tareas para casa entre sesiones. Durante los siete días que suele mediar entre sesión y sesión de entrenamiento los padres aplican los conocimientos adquiridos y las habilidades modeladas y ensayadas en las sesiones previas (tercera fase: *tareas para casa*). Al inicio de cada sesión se repasan estas tareas, momento que se aprovecha por el terapeuta para trabajar en la motivación, tan necesaria, de los padres. Finalizado el aprendizaje se establecen sesiones de seguimiento.

Si paralelamente al entrenamiento parental se ha iniciado la intervención psicológica individual con el niño, es importante informar a los padres de las técnicas que se trabajan con él: autoinstrucciones, habilidades sociales, resolución de problemas, etcétera, y de las estrategias que sigue el maestro en el colegio: autoevaluación reforzada, estrategias educativas, etc., para así, desde la coordinación, poder facilitar la generalización de los aprendizajes.

3.3.1.1. TÉCNICAS OPERANTES DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Las *técnicas operantes* (Martin y Pear, 1999) más utilizadas en niños con TDAH actuando los padres, también los profesores, como coterapeutas se agrupan en dos apartados:

- a) aquellas utilizadas para fortalecer conductas adecuadas ya existentes y
- b) las técnicas que utilizaremos para reducir la frecuencia o eliminar conductas desadaptativas, negativas o coercitivas.

Técnicas operantes para fortalecer conductas existentes

1. *Estrategia de reforzamiento positivo*

Esta estrategia supone la presentación de un estímulo positivo contingentemente a la realización de una conducta, aumentando la probabilidad de que dicha conducta se repita en el futuro. Utilizaremos esta *estrategia de reforzamiento positivo* en conductas que consideramos «adecuadas-positivas» que están en el repertorio conductual del niño y que queremos que aumenten la probabilidad de ocurrencia. Así, si queremos incrementar una respuesta positiva, haremos seguir ésta por un *evento agradable* o deseable para el niño (reforzador positivo), un elogio, una palmadita en la espalda, una mirada, etc.

Evento agradable o deseable es lo que denominamos un *reforzador positivo*: un estímulo que se introduce tras la ejecución de una conducta, aumentando su frecuencia. El elogio de la madre cuando el niño se pone solo la camisa incrementará presumiblemente la autonomía del niño para vestirse en ocasiones futuras. Dar un beso, un premio (ver la TV o poder jugar al videojuego favorito) al comprobar que ha finalizado sus tareas escolares, reforzará dicha conducta. Destacar su forma de proceder con elogios cuando ha resuelto correctamente una situación interpersonal (p.ej., pedirle de forma correcta —sin gritos ni agresiones— a su hermano menor que no toque su videoconsola) le hará más competente socialmente.

1.2. *Pasos para implementar un programa de reforzamiento positivo*

Gelfand y Hartman (1989), Larroy (2008), Macià (2005) Sulzer-Azaroff y Mayer (1983), etc., proporcionan sugerencias para potenciar la eficacia del reforzamiento positivo. Los pasos a seguir para utilizar esta estrategia son:

1. *Especificar con precisión la(s) conducta(s) a incrementar.* Tenemos que definir la conducta en términos operativos, observables y mensurables. No se plantea, por ejemplo, como objetivo «que el niño se porte bien», «sea un buen estudiante», debe concretarse de forma precisa las conductas sobre las que actuaremos. Así, reforzaremos la conducta de: permanecer en su habitación haciendo las tareas escolares un tiempo determinado, compartir un juguete con su hermano menor, aceptar una negativa ante la petición de comprarse alguna golosina, etc.
2. *Establecer la línea base de la conducta-problema.* Generalmente, a través de la observación determinaremos, antes de iniciar la intervención, la frecuencia, intensidad, o duración de la(s) conducta(s) a modificar, siendo necesaria esta información para evaluar los efectos del cambio.
3. *Identificar varios reforzadores eficaces.* Hay que elaborar una lista de lo que sepamos que actúa como reforzador en el niño; los distintos tipos de refuerzos no tienen el mismo efecto para todos.
4. *Administrar inmediatamente los reforzadores tras la ejecución de la conducta deseada.* Si se pasa cierto tiempo entre la ejecución de una conducta y la administración del refuerzo, éste pierde el carácter de tal al no asociarse el evento agradable a la conducta realizada. Esto es especialmente importante en los niños con TDAH.
5. *Utilizar varios reforzadores* para evitar la saciedad y el cansancio, estimando la cantidad óptima de reforzador para que no pierda la condición de algo deseado; los reforzadores sociales «más naturales» deben acompañar a los reforzadores de otro tipo (materiales y/o de actividad) para promover la generalización y el mantenimiento de los cambios logrados.
6. *Estimar la cantidad óptima de reforzador.* Se establece en función del estado de privación/saciación del niño.
7. *Ajustarse al programa de reforzamiento fijado,* pasando de forma gradual del reforzamiento *continuo* al reforzamiento *intermitente*. Primero reforzamos siempre que se den las

conductas que queremos incrementar (reforzamiento continuo); posteriormente, cuando pase un poco de tiempo y observemos que la conducta se da con más frecuencia, de forma gradual, reforzaremos de forma intermitente. El reforzamiento intermitente es más adecuado por varios motivos: *a)* las conductas sometidas a este tipo de programa de refuerzo son más resistentes a la extinción; *b)* no se presenta el problema de saciación, y *c)* se favorece el mantenimiento y la generalización del programa, así como la retirada de éste.

En general, los niños con TDAH requieren refuerzos más «potentes», inmediatos, frecuentes, perceptibles (refuerzos materiales, de actividad, etc.) y duraderos.

1.3. Tipos de reforzadores

Según su naturaleza, podemos establecer tres tipos de reforzadores:

- *Reforzadores materiales*: son productos consumibles como chicles, frutos secos, bebidas refrescantes, postres específicos, etc. (*reforzadores comestibles*). También artículos como balones, muñecos, bicicletas, rompecabezas, videojuegos, libros, etc., o cualquier otra cosa que tenga valor reforzante para el niño, como una habitación para uno solo (*reforzadores manipulables*).
- *Reforzadores de actividad*: en este caso el reforzador es una respuesta que funciona como estímulo, es decir, se trata de actividades placenteras para el sujeto, como ver la televisión, jugar a algo con sus padres, ir a la feria, jugar a un videojuego, etc. Numerosas actividades comunes son agradables para los niños, de modo que si no existieran las restricciones impuestas por nuestras obligaciones, invertiríamos mucho tiempo en ellas.

- *Reforzadores sociales*: comprenden expresiones verbales positivas, como elogios, alabanzas, felicitaciones, frases de ánimo; por ejemplo, «buena idea», «has hecho un trabajo excelente», «me gusta mucho tu vestido», etc.; expresiones faciales, como sonrisas, guiños de ojos, miradas atentas, etc.; contactos físicos, como besos, abrazos, caricias, palmaditas en la espalda, apretones de manos, etc.; otros eventos, como proximidad física, escuchar con atención, aplausos, etc.

2. *Estrategia del rol asignado*

También relacionada con este principio de reforzamiento positivo podemos utilizar una estrategia que, siendo muy sencilla, suele dar muy buenos resultados en la capacidad de los adultos (padres o profesores) de influir sobre la conducta de los niños: es la denominada *estrategia del rol asignado*. Se puede utilizar tanto para incrementar conductas positivas como para eliminar conductas indeseables. En esta estrategia, por ejemplo, los padres refuerzan antes incluso de que se produzca la conducta (al menos en la forma deseada). Utilizan el valor que las personas concedemos a la opinión positiva de los demás respecto a nosotros —cómo nos consideran los otros—, y el valor que como reforzador tiene la alabanza y el elogio.

Así, los padres comentarán entre ellos (asegurándose que el niño les escucha, pero haciendo creer a éste que no saben que esto es así) con cierta admiración y elogios hacia la conducta del niño, el cambio positivo «observado» en su conducta (por ejemplo desde que ha empezado el colegio, o desde que asiste al psicólogo, o ha vuelto del campamento de verano) detallando en realidad, con cierta precisión, la conducta que esperan de su hijo. Por ejemplo: «¡Has visto que Juan desde que ha vuelto del campamento discute menos con su hermano... se está haciendo mayor!», «¡Ayer me quedé sorprendida, cuando le pedí a Pedro que recogiese sus cosas y lo hizo enseguida, sin protestar, casi no me creo el cambio que está dando!».

Pese a que estas afirmaciones puedan ser al principio algo exageradas, ¡más un deseo que una realidad!, al menos en la frecuencia que les gustaría a los padres, indican al niño: la conducta que esperan de él y que saben apreciar su comportamiento adecuado por el que es reforzado. Además lo están «encasillando» como persona que tiene una característica determinada («rol asignado») por la que es valorado y elogiado por sus padres.

Si decimos: «Desde que ha vuelto del campamento está más tranquilo, más relajado, menos agresivo con su hermana», le atribuimos una forma de ser que verá que es valorada, intentando por tanto no «defraudar» esta expectativa que se ha lanzado amparándose en una conducta real que ha dado el niño, pero que se exagera al mostrarla como algo más estable y frecuente. En esta estrategia los adultos le asignarán un papel al que probablemente tenderá a ajustarse.

Si este comentario (en positivo) realizado entre los padres sobre la conducta de su hijo es creíble, y por tanto está basado en algo que ha hecho (aunque lo puedan exagerar un poco), se relaciona con algún cambio externo en su vida (vuelta de vacaciones, cambio de colegio, etc.) y se aplica a conductas muy concretas (claramente definidas) y sin abusar de la estrategia, ésta puede ser una forma muy eficaz para influir sobre la conducta, tanto para incrementar ciertas conductas deseables como para hacer disminuir la frecuencia de las indeseables.

Técnicas operantes para reducir y eliminar conductas

1. *Extinción*

Esta estrategia consiste en romper la relación existente entre una conducta y sus consecuencias. Se eliminan los reforzadores con el objetivo de hacer disminuir o desaparecer la conducta no deseada. Un problema de conducta puede mantenerse, por ejemplo, en un niño, inadvertidamente, mediante reforzamiento positivo por parte de los padres, de otros adultos o por los propios compañeros. Es fundamental identificar dichos reforzadores (los que mantienen la conducta) y poderlos retirar.

Supongamos que un niño de seis años con frecuencia coge los juguetes de su hermano menor. Es muy posible, si observamos lo que ocurre, que comprobemos cómo la madre o el padre se sientan con el chico para explicarle «por qué debe respetar las cosas de su hermano...»; pues bien, muy posiblemente, esto que se hace con la mejor intención, incrementa el desorden al actuar como reforzador positivo, pues la atención de los adultos es un potente reforzador. Para un niño, «los sermones» (la atención, el contacto físico, la palabra, etc.) tienen el efecto de estímulo, de refuerzo. Los niños, las personas en general, nos sentimos altamente motivados para atraer la atención de otros adultos, padres, profesores o compañeros, aun cuando dicha atención venga en forma de «regañó» o «sermón». Por el contrario, si cuando el niño hace algo que no gusta a los padres (molestar a su hermano menor cogiendo sus juguetes e interrumpiéndole su juego) no le dicen nada (no le prestan atención), no aumentarán la posibilidad de que esa conducta incremente su frecuencia (empeore); en todo caso se le dirá una sola vez, para que conozca la opinión de los padres, que molesta a su hermano y que eso no les agrada.

Ignorar las conductas inadecuadas del niño actuará en sentido inverso que el reforzamiento, lo que provocará la desaparición/extinción de la conducta problema. Así, si podemos impedir las recompensas que siguen inadvertidamente a las conductas inadecuadas lo más probable es que éstas con el tiempo desaparezcan.

En el caso de los niños, la simple presencia de los padres, muchas veces sirve para reforzar el comportamiento-problema, no siendo suficiente el retiro de atención (el efecto pared); en estos casos los padres pueden optar, para extinguir esas conductas inadecuadas, por «salirse de la situación» siguiendo las siguientes normas:

- a) Especificar la conducta del niño que está causando un problema. (ej.: «Cuando gritas y das voces sin atender a nada...»).
- b) Expresar brevemente los sentimientos que nos produce («Nos haces sentir muy mal...»).

- c) Explicar la razón por la que se opta por dejarlo solo (ej.: «Nos salimos y te dejamos sólo porque no queremos escuchar tus voces y gritos y para que te tranquilices»).
- d) Decir el lugar donde se va a estar (ej.: «Estaremos en la cocina...»).
- e) Dar una posible salida (ej.: «Cuando te tranquilices y quieras dialogar nos buscas»).

Al utilizar la extinción debemos tener en cuenta que:

- a) Una vez se inicia la estrategia de la extinción para eliminar una conducta problema ya presente en el repertorio conductual (por ejemplo en un niño: gritar caprichosamente para exigir ciertas cosas, llorar y tirarse por el suelo cuando se le niega algo, negarse a permanecer sólo en la cama, etcétera) se deberá ser constante en su utilización durante un tiempo suficiente. No cabe esperar un cambio rápido, dependiendo de la historia de aprendizaje anterior y de lo afianzado que esté este comportamiento en el niño.
- b) Cuando se aplique varias veces esta estrategia, la conducta que se pretende extinguir puede inicialmente aumentar en frecuencia, intensidad y/o duración; esto es un buen indicador de que la extinción empieza a surtir efecto. Si el llanto aumenta en intensidad o duración, es porque el niño intenta con esa reacción volver a conseguir el control sobre su medio.
- c) Si ante este incremento de las conductas que pretendemos eliminar, o ante la aparición de otras parecidas, cedemos en ese momento, estaremos haciendo ver que ahora para conseguir lo mismo que antes ésa debe ser su respuesta. El niño hará pruebas para ver qué es lo que funciona ahora.
- d) Una vez extinguida una conducta-problema, ésta puede volver a presentarse al pasar un tiempo a pesar de que no está siendo reforzada; si ocurre esta recuperación espontánea, se debe volver a aplicar la extinción.

Esta estrategia de extinción debe ir acompañada del refuerzo de las conductas adecuadas (algunas veces incompatibles). Si se ignoran las quejas ante el plato de comida, se debe reforzar si deja de quejarse y come correctamente. Si se ignoran ciertas conductas exigentes para que juguemos con el niño, la madre jugará con él al pedirlo adecuadamente, explicando el porqué de nuestro cambio. Resulta muy adecuado combinar la extinción de la conducta-problema con el reforzamiento positivo de una conducta alternativa deseable. A esta forma de actuar la denominamos: estrategia del *elogio y retiro de atención*, y se desarrolla en el apartado de *Reforzamiento diferencial*.

2. *Castigo positivo*

Con el fin de debilitar o disminuir la tasa de ocurrencia de una conducta, haremos seguir a ésta por algo desagradable o molesto (estímulo aversivo).

Esta estrategia se utiliza escasamente en la actualidad en modificación de conducta; sin embargo es muy frecuente en las prácticas educativas, tanto en el ámbito escolar como en el familiar. Los castigos son sin duda una forma de proceder muy frecuente en la vida diaria como forma de intentar controlar la conducta, particularmente de los niños y los jóvenes. Esto se debe al efecto inmediato sobre la conducta de los niños, pues se interrumpe, al menos momentáneamente, la conducta-problema.

Habría que recordar en primer lugar los principales *inconvenientes* que tiene este principio para el control de la conducta:

1. Con el castigo sólo se «dice» al niño lo que no ha de hacer, pero jamás lo que es propio que haga. No se logra que el niño aprenda una nueva conducta más adecuada, sino que sólo se logra, en parte, evitar o reducir una conducta problema.
2. El castigo no da como resultado cambios duraderos en las conductas. Éstos sólo se mantienen cuando está presente la persona que castiga.

3. El castigo frecuente y excesivo da lugar a que la persona que lo recibe evite a quien se lo aplique, fundamentalmente por incomodidad o temor.
4. Puede generar desprecio hacia quien lo aplica.
5. El castigo puede resultar penoso para quien lo impone, llevando a la inconsistencia.

Los castigos, que muchas veces son necesarios (cuando la conducta del niño pone en peligro su propia seguridad o la de los demás y no encontramos otro modo de actuar), deben cumplir las siguientes normas:

1. Antes de aplicar un castigo se debe informar al niño con unas palabras de aviso, y sólo si a pesar de la advertencia persiste la emisión de la conducta inadecuada, ejecutar el castigo.
2. El castigo para ser eficaz tiene que aplicarse inmediatamente a la emisión de la conducta no deseada.
3. No utilizar los castigos físicos. Una ligera palmada en la mano del niño que se acerca a un enchufe —lo mejor es que estén protegidos—, más que castigo físico es una muestra de desaprobación.
4. Antes de imponer un castigo debe pensarse que éste es proporcionado al acto realizado y que por tanto lo vamos a cumplir (muchas veces con el castigo que se pone, los castigados son los padres, y en otros casos los «tres días» sin salir o sin televisión se terminan convirtiéndose en «tres horas» en el mejor de los casos).
5. No debemos sentirnos culpables si recurrimos al castigo de forma ocasional.
6. Si el castigo es proporcionado y se ha meditado, no lo levantemos nunca.
7. Actuar de acuerdo con la pareja.

El castigo positivo apenas se utiliza en los programas operantes de modificación de conducta, y cuando se hace es de forma muy diferente a como se usa habitualmente. Generalmente se aplica en combinación con técnicas de reforzamiento positivo de conductas alternativas; por otra parte, se prefiere el castigo negativo (retirada de reforzadores positivos) al castigo positivo (aplicación de estímulos aversivos), y por último, si hubiese que aplicar algún tipo de castigo positivo, se prefiere sustituir los estímulos aversivos físicos o verbales por algún tipo de tarea (*sobrecorrección*).

La *sobrecorrección* es una técnica creada por Foxx y Azrin (1972), que se compone de restitución o reparación de los efectos de la conducta inadecuada y/o de práctica positiva o repetición de la conducta apropiada. El niño ha de realizar una conducta que remedie, en exceso, las consecuencias negativas de esa conducta inadecuada (*sobrecorrección*). A un niño que tira un papel en el suelo de clase, se le indica que recoja el que él ha tirado y todos los de la clase. O bien el castigo positivo puede ser tener que realizar de forma repetida conductas apropiadas (práctica positiva); así, si un joven tiene la habitación desordenada con la ropa por el suelo, ordena la habitación y se le obliga a llevarla cinco veces seguidas al cesto de la ropa sucia. La *sobrecorrección* es un castigo positivo leve, pues la consecuencia negativa consiste en realizar una respuesta socialmente adecuada, no presentando los inconvenientes propios de la utilización del castigo positivo anteriormente enumerados.

3. *Castigo negativo*

El procedimiento consiste en la retirada de reforzadores positivos contingentemente a la emisión de una conducta no deseada, con el fin de disminuir la frecuencia de ésta o eliminarla. Las dos formas más utilizadas en terapia/modificación de conducta son:

A) *Tiempo fuera*

La estrategia de *tiempo fuera de reforzamiento* consiste en sacar al niño durante un breve tiempo —unos minutos— de la situación

en la que está obteniendo reforzamiento de manera contingente a la emisión de la conducta que se desea eliminar. Así, por ejemplo, si un niño grita, llora, agrede a su hermano menor, le insulta, etc., se retira al niño durante unos minutos de la situación donde se está produciendo la conducta-problema mandándole solo, por ejemplo, a la habitación de los padres, como castigo por su conducta inadecuada. Supone, por tanto, hacer salir al niño de la situación, debiendo estar en un sitio lo más neutro posible (habitación de plancha, dormitorio de los padres, etc.), es decir, un sitio que no siendo incómodo no tiene nada en que pueda estar distraído (televisión, música, consola, revistas, compañía, etc.).

Para aplicar el tiempo fuera se deben tener en cuenta las siguientes indicaciones:

- a) El lugar de aislamiento no debe ser atractivo ni aversivo para el niño, ni debe estar muy alejado.
- b) La duración del tiempo que ha de estar en esa situación de aislamiento debe ser relativamente breve. Existe una regla que los padres pueden aplicar: «un minuto de tiempo fuera por año del niño».
- c) Hay que evitar cualquier reforzamiento a la ida, a la vuelta y durante la estancia en el área de tiempo fuera. De forma breve se le informa de la conducta que ha motivado nuestra decisión, sin asociarlo a gritos, amenazas, etc.
- d) Hay que reforzar positivamente conductas alternativas adecuadas.

B) *Coste de respuesta*

Consiste en retirar reforzadores positivos de forma contingente a la emisión de una conducta inadecuada que se desea eliminar. Ejemplos cotidianos de coste de respuesta son la retirada de puntos del carné de conducir por exceso de velocidad o la pérdida de tiempo de recreo por mal comportamiento durante la clase.

La aplicación del coste de respuesta debe cumplir las siguientes condiciones:

- a) la retirada de los reforzadores debe ser inmediata a la conducta problema,
- b) los costes deben ser razonables a la inadecuación de la conducta problema,
- c) no se deben realizar comentarios negativos,
- d) los reforzadores perdidos deben ser fácilmente recuperables si se realiza la conducta adecuada, lo que supone utilizar junto al coste de respuesta el reforzamiento positivo de conductas alternativas.

4. *Reforzamiento diferencial*

Como se ha comentado, el reforzamiento positivo es la estrategia más eficaz para la adquisición y el desarrollo de conductas adecuadas; sin embargo, se puede emplear también para disminuir o eliminar conductas inadecuadas (por ejemplo en la estrategia de rol asignado). Este segundo objetivo se puede conseguir de varias formas: reforzando otras conductas distintas o incompatibles con la conducta problema, o bien, reforzando períodos de tiempo libres de conductas inadecuadas.

— *Reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO)*

Se refuerzan períodos de tiempo en los que se realiza cualquier conducta que no sea la inadecuada; así, se refuerza la no emisión de una conducta-objetivo concreta. Si un niño comete muchos tachones en sus exámenes, el maestro le reforzará por cada examen sin tachaduras; si un niño se pelea durante el tiempo de recreo, el maestro le reforzará al final de cada recreo en el que no se haya peleado.

— *Reforzamiento diferencial de respuestas incompatibles (RDI)*

Consiste en reforzar diferencialmente la respuesta contraria (incompatible) a la que se desea eliminar. Por ejemplo, el reforzamiento de estar en clase sentado reducirá las conductas de levantarse de la mesa; el reforzamiento de trabajar en silencio reducirá el hablar o hacer ruidos; si queremos eliminar en un niño una conducta de aislamiento respecto a sus compañeros en el patio del colegio, reforzaremos las conductas de aproximación e interacción verbal, y si lo que queremos es eliminar en un joven una conducta agresiva hacia sus compañeros, reforzaremos las conductas de cooperación o juego.

— *Reforzamiento diferencial de tasas bajas de conducta (RDTB)*

Se usa con conductas que queremos reducir su frecuencia pero no suprimir completamente. Se refuerza la emisión de una conducta sólo si su frecuencia está por debajo de un criterio establecido para un tiempo determinado. Si un niño acapara las discusiones de grupo, el maestro le reforzará sólo si participa un número menor de veces; si escribe demasiado rápido y presenta descuidadamente sus ejercicios, el maestro le reforzará sólo si le entrega los ejercicios después de haber estado trabajando en ellos un intervalo de tiempo más prolongado.

Técnica de elogio y retiro de atención

Como se ha comentado en el apartado de la extinción, lo más adecuado es simultanear estrategias para eliminar ciertas conductas-problema con estrategias para instaurar conductas adecuadas. Es decir, el reforzamiento de conductas adecuadas incompatibles (RDI) irá acompañado de la extinción de las conductas-problema. Una estrategia utilizada frecuentemente es la denominada *estrategia de elogio/refuerzo y retiro de atención*.

El retiro de atención: es decir, ignorar de modo constante y repetido la conducta-problema hace desaparecer la misma (cabe esperar un pequeño y pasajero incremento al principio): ¡señal de que funciona! Cuando un niño grita, se enfada, o recrimina a sus padres algo de forma incorrecta, no es difícil imaginarnos la rápida extinción de estas conductas cuando observe que «habla para la pared» (nadie le hace el más mínimo caso); la evidente ausencia de respuesta por parte de los adultos hace desistir al niño de seguir emitiendo voces, gritos o recriminaciones. Debemos recordar que la atención incluye hablar, mirar, dar una palmada, realizar gestos, sonreír, fruncir las cejas, etc. Cuando hablamos de retirar la atención (ignorar), simplemente hay que mirar hacia otro sitio. No se debe mostrar ninguna expresión facial de desaprobación. Esta estrategia requiere un gran autocontrol por parte de los padres.

Conductas agresivas hacia los hermanos, de desobediencia a los padres, gritos y llantos, problemas con las comidas, etc., se ven mantenidas por la atención que provocan en los padres. El retiro de la atención y el elogio de las conductas incompatibles hacen disminuir y desaparecer dichas conductas.

En este punto es importante recordar la *teoría de la coerción* de Patterson (Patterson, 1982; Granic y Patterson, 2006); teoría que intenta explicar la génesis de muchos problemas de conducta en la infancia, principalmente los relacionados con la disciplina: agresividad y desobediencia, y que se consideran consecuencia de ciertos aspectos de la interacción padres-hijos.

La *coerción* se define como un tipo de interacción interpersonal en que la conducta anómala de una persona, en este caso el niño, es apoyada o reforzada involuntariamente por otra persona (el padre o la madre). La conducta problemática ejecutada por un niño y dirigida hacia uno de sus padres puede ser reforzada cuando el padre se somete o transige. En dicha interacción se produce la *trampa de reforzamiento*, ya que el padre o la madre pueden provocar la finalización de la conducta aversiva a corto plazo e incrementar sin darse cuenta la probabilidad de que esa conducta se repita en el futuro. Así, por ejemplo, el niño puede gritar, mostrar su enfado y discutir, llegando a amenazar físicamente para conseguir de sus padres algo que desea; éstos, cuando están expuestos

a este tipo de comportamientos altamente aversivos (coercitivos), pueden transigir con las exigencias de su hijo para finalizar la conducta aversiva (*¡para no escucharlo más!*). Esa sumisión o transigencia en ese momento sirve para reforzar la conducta indeseable del niño («reforzamiento positivo») aumentando la probabilidad de que se repita en el futuro este tipo de conductas; y al mismo tiempo, se produce un «reforzamiento negativo» para los padres, pues la conducta aversiva finaliza, incrementando dicha finalización la probabilidad de que los progenitores transijan en el futuro.

Programa de economía de fichas

Con el objetivo de reforzar en la casa o en el aula, por los padres o el maestro, las conductas adaptativas se puede implantar un *programa de economía de fichas*. Esta estrategia supone un sistema de administración de refuerzos mediante la utilización de fichas que el niño recibe tras un comportamiento adecuado y que posteriormente canjea por premios.

La implantación de un programa de economía de fichas requiere:

1. Identificar las conductas objetivo del niño que van a ser reforzadas. Se debe comenzar por tareas sencillas para de forma progresiva aumentar la dificultad.
2. Elección o confección del tipo de fichas que se van a utilizar.
3. Seleccionar los reforzadores de apoyo que se canjearán por las fichas obtenidas.
4. Especificar las condiciones de canje, es decir, el valor de las fichas, el momento, la forma, el lugar, etc., en el que éstas podrán ser cambiadas. Los momentos de canje de fichas por los reforzadores de apoyo no deben ser al principio muy distantes en el tiempo, si bien, de forma progresiva, se irán distanciando para que el niño se entrene en la postergación de las recompensas.

5. Elaborar un registro para las fichas donde sea visible el número de fichas ganadas.

En todos estos pasos es importante dar protagonismo y participación al propio niño, de forma que lo vea como un juego beneficioso para él y no como una imposición.

Las principales ventajas de utilizar la técnica de economía de fichas son:

1. Se reduce la demora en el reforzamiento, aspecto muy importante en el niño con TDAH. Hay reforzadores que no se pueden proporcionar inmediatamente; la ficha, por el contrario, sí, pudiendo al canjearla obtener el reforzador deseado.
2. Se potencia el valor de los reforzadores, al poner a disposición del niño una amplia gama de reforzadores que impedirán la saciedad.
3. Se evita la interferencia producida por otras formas de reforzamiento (p.ej., refuerzos de actividad: salir al recreo, practicar un deporte, jugar con los padres, ver la televisión, etc.).
4. Se individualiza y flexibiliza el programa de reforzamiento, pudiéndose aplicar en grupos.
5. El uso de fichas nos proporciona la posibilidad de utilizar «multas» (castigos) ante la ejecución de un comportamiento inapropiado. Así, comportamientos claramente definidos podrán ser sancionados con la pérdida de determinada cantidad de puntos.

Contratos conductuales

Un contrato conductual consiste en un documento escrito en el que se plasman los acuerdos a los que, tras una negociación entre los padres y/o el maestro y el niño, se ha llegado respecto a cuál

debe ser la conducta o conductas que ha de realizar y a las consecuencias que obtendrá por su cumplimiento o incumplimiento.

Un contrato conductual debe incluir los siguientes aspectos:

1. La conducta o conductas específicas que se desea se den, o no se den, por parte del niño. Definidas de forma operativa.
2. Los criterios sobre la frecuencia y duración con que deben emitirse las conductas y el momento temporal.
3. Las consecuencias positivas que se obtendrán si se realizan estas conductas.
4. Las consecuencias negativas que se obtendrán si no se realizan.
5. El sistema de registro que permita anotar y cuantificar las conductas emitidas; y los criterios de acuerdo con los cuales se evaluará si se ha realizado una conducta de forma adecuada.
6. Momento en el que se obtendrán las ganancias o pérdidas.
7. Momento de inicio del contrato y vigencia del mismo.

Al cumplimentarse con niños, el contrato ha de atender una serie de reglas:

1. El contrato conductual ha de presentarse al niño como algo positivo (divertido) y sus términos deben ser siempre aceptados por él.
2. Las conductas a instaurar han de ser sencillas y fáciles de realizar, definidas de forma comprensible.
3. El contrato debe especificar conductas concretas, debiendo evitar categorías imprecisas, como «ser obediente», «estudiar más».
4. Los términos del contrato deben estar claros: qué debe hacerse, con qué frecuencia, para recibir un refuerzo positivo (qué refuerzo positivo).

5. La conducta que queremos implantar o incrementar su frecuencia no debe exigirse de forma inmediata; si es necesario, se divide en partes y se trabaja cada una de ellas.
6. Las recompensas han de ser frecuentes y darse siempre después, e inmediatamente, de que el niño haya emitido las conductas especificadas.
7. El contrato debe ser razonable, equilibrado entre la conducta exigida y las consecuencias positivas.

3.3.1.2. OTROS PRINCIPIOS IMPORTANTES EN LA INTERACCIÓN PADRES/HIJOS

A) *Las conductas se aprenden y desaprenden gradualmente*

La conducta no se cambia de un día para otro. Por tanto, no esperemos que alabando/elogiando al niño un solo día por haber ordenado la habitación, a partir de ese momento estará resuelto el problema. Del mismo modo cuando se pretenda hacer disminuir la frecuencia de una conducta desagradable sólo cabe esperar una disminución paulatina y gradual.

Lo importante en la educación positiva es comprobar y saber valorar los pequeños logros —los pequeños cambios— e insistir en la estrategia para incrementar la frecuencia de determinadas conductas o para eliminar otras del repertorio conductual.

Se procede por tanto con lentitud, a pasos cortos, pero reconociendo los pequeños éxitos.

Es importante reforzar el mayor número de conductas positivas y recordar, cuando se aplica la extinción, que cualquier error (ceder en una ocasión por el aumento de la intensidad de la conducta, por la situación social en la que se produce) alejará más del objetivo deseado.

B) *Las conductas se aprenden mejor si se enseñan a pasos cortos y empleando frecuentes y variados reforzadores*

Este principio es muchas veces olvidado por los padres. Un padre con toda la buena intención acuerda con su hijo que recibirá una cantidad de dinero o un regalo por cada aprobado al finalizar el trimestre. Este sistema sólo funcionará de forma esporádica y muchas veces no por el premio prometido. Es más adecuado reforzarlo (de forma social o material) cada día que realice sus tareas escolares; la mejoría en el desempeño académico es consecuencia del trabajo diario, y así es más probable que el corto paso cotidiano de hacer sus tareas escolares, seguido de un refuerzo frecuente (casi diario), provoque una mejoría al final en las calificaciones.

La utilización de un *registro de observación* ayudará a observar (objetivar) los, al principio, pequeños cambios en la frecuencia o la intensidad de la conducta. La forma en que percibimos la conducta del niño está influida por nuestros propios sentimientos, con gran tendencia a la subjetividad y a estimaciones no muy precisas del progreso que pueda estar produciéndose. Por tanto es conveniente evaluar de la forma más objetiva posible la conducta antes, durante y después de cualquier intento de modificarla.

C) *Los niños querrán por sí solos hacer cosas buenas sin necesidad de ser reforzados siempre y en cada ocasión por otros*

Éste es el principio de la *interiorización*. Es importante que de forma gradual los niños actúen sin necesidad de esperar por una conducta concreta un elogio o cualquier otro premio. Esto ocurrirá de forma natural con el paso del tiempo. Cuando una conducta positiva aparece ya con suficiente frecuencia, en parte consecuencia de los continuos y acertados refuerzos, la utilización esporádica de estímulos sociales mantiene esa conducta al interiorizarse y formar parte del repertorio conductual del niño.

Cuando los padres utilizan de forma adecuada los refuerzos, los niños aprenden a sentirse responsables de lo bueno que les

sucede, desarrollan un sentido de competencia y autoestima, porque sienten que se hacen merecedores de los resultados de su propia iniciativa.

D) *Gran parte de la conducta humana —adecuada o inadecuada— se aprende a través de la observación*

Un niño tenderá a imitar a sus padres y a otras personas que le resulten modelos atractivos. Las personas aprenden sobre su conducta social y sobre otros actos complejos observando a la gente significativa de su ambiente (padres, hermanos, primos, amigos, profesores, etc.), imitando lo que hacen y lo que dicen.

La conducta de imitación, y en particular de los miembros de la familia, es importante para lograr el desarrollo de patrones adaptativos de conducta social en los niños. La capacidad que tiene el niño para imitar también tiene aspectos negativos, pues juega un papel importante en la adquisición de conductas desviadas.

Los hijos están influenciados tanto por lo que dicen sus padres como por lo que hacen. De este modo, si algún padre observa que posee determinados hábitos no muy indicados que están siendo imitados por uno de sus hijos, sería recomendable que elimine tales hábitos antes de intentar modificar los mismos comportamientos indeseables en el hijo (no se puede pedir a gritos que se sea reflexivo, o que hablen en voz baja, ni se tiene mucha credibilidad al hablar con nuestro hijo de los efectos nocivos del tabaco con un paquete de cigarrillos en nuestra mesa, o pegarle para decirle que no se pegue con su hermano).

3.3.1.3. APRENDIZAJE DE HABILIDADES COGNITIVAS Y DE COMUNICACIÓN POR LOS PADRES

En sus inicios, la intervención conductual utilizando a los padres como coterapeutas tenía como objetivo que éstos conociesen las técnicas operantes y las aplicasen en el ambiente natural del niño para

eliminar las conductas inadecuadas e instaurar conductas adecuadas. Posteriormente, junto a la enseñanza de los *principios del aprendizaje social y de las técnicas de modificación de conducta*, se amplía el número de estrategias a aprender por los padres, incorporando técnicas de manejo de ansiedad, de resolución de problemas y de habilidades de comunicación positiva, aprendiendo distintas estrategias sobre cómo ayudar a los niños en las tareas escolares (Macià, 2005, 2007); el incorporar estos contenidos contribuye al mantenimiento en el tiempo de los beneficios obtenidos (Lundhal, Risser y Lovejoy, 2006).

En muchos casos, el aprendizaje por parte de los padres de ciertas habilidades cognitivas —*reestructuración cognitiva, autoinstrucciones de afrontamiento a la ansiedad*, etc.— facilita, una vez reconocida la importancia de los pensamientos en las emociones sentidas ante el comportamiento de los hijos, la interacción con ellos. Asimismo, el aprendizaje de la *relajación* ayuda a enfrentarse a situaciones que generan estrés y ansiedad. Cuando unos padres se sienten emocionalmente alterados (abatidos, furiosos, angustiados) tienden a no responder a las situaciones conflictivas, o bien a hacerlo de forma impulsiva actuando de modo que consiguen resultados contrarios a los que buscaban. Así, el aprendizaje y la puesta en práctica de estas habilidades por los padres les ayudará a adquirir algo más de confianza en sus posibilidades, a disponer de una nueva perspectiva de la situación y de un estado de ánimo más positivo para afrontar el problema.

Existen dos razones importantes por las que los padres pueden ser ineficaces solucionadores de los problemas que surgen en la interacción con sus hijos: la primera, los padres pueden no conocer, no haber aprendido, las habilidades o estrategias necesarias; la segunda, los padres pueden haber adquirido las habilidades necesarias, pero no ser capaces de abordar con eficacia la solución del problema en una situación determinada, debido a que ciertas emociones negativas (p.ej., ira, ansiedad, tristeza, etc.) inhiben la ejecución de algunas o todas las conductas adecuadas.

Una primera consideración importante es que los padres han de entender que el niño presenta un trastorno y que no actúa del modo en que lo hace de forma intencionada, es la presencia del TDAH la que le lleva a manifestar ese tipo de conductas.

Estrategias de comunicación positiva en la familia

Para alcanzar los objetivos educativos en el ámbito familiar es fundamental crear un clima de comprensión basado en la comunicación y el afecto, donde el niño pueda aprender a ser independiente y responsable, desarrollando una personalidad madura que le permita dar respuesta a las demandas del medio y adaptarse. Es importante conseguir un ambiente familiar que permita una amplia y sincera comunicación entre todos los miembros. Para ello se deben crear *momentos de comunicación* padres/hijos (*el momento especial del día*). Los padres han de provocar tiempos de juego, de diálogo, de diversión, de relajación, organizar y planificar actividades conjuntas de ocio, en los que se generará un clima de confianza mutua que incidirá en una mejor comunicación. Estos *momentos* son muy indicados para manifestarles cariño, respeto y comprensión.

La comunicación constante permite conocer y debatir puntos de vista con el niño, conocer sus problemas, de forma que éstos serán más receptivos ante las opiniones de los adultos; sólo una buena comunicación puede facilitar una auténtica acción educativa.

Muchos conflictos familiares se originan o no se resuelven por la deficiencia de sus miembros en habilidades de comunicación. Son habilidades de comunicación las competencias verbales y no verbales que capacitan para emitir y recibir mensajes de forma adecuada.

Las personas nos comunicamos para transmitir sentimientos o emociones, peticiones o elogios, hablamos, sonreímos, gritamos, gesticulamos, lloramos. Para que el intercambio de mensajes entre un receptor y un emisor fluya de modo apropiado y directo se requieren habilidades de expresión y de recepción. La existencia de ciertos déficits o falta de habilidad, tanto en la recepción como en la emisión (y el propio mensaje), puede cortocircuitar el proceso de comunicación, dando lugar a inadecuaciones en la comunicación y facilitar la aparición de conflictos.

Los déficits más frecuentes en el *emisor* (el que habla) son:

1. La propia inhibición de la emisión. Cuando existe un ambiente familiar conflictivo, es frecuente que no se expresen sentimientos o peticiones por temor a las consecuencias que pueden derivarse de una comunicación directa y honesta.
2. Comunicación inadecuada para la consecución de un objetivo. El cómo se emite un mensaje es también determinante en la efectividad de la comunicación. El padre puede tener como objetivo expresar comprensión por un hecho que ha ocurrido, pero lo hace en un tono de voz alto y gestos bruscos, lo que determina que el hijo perciba el mensaje de forma muy diferente.

Las inadecuaciones en el *receptor* son:

1. Inhabilidad para escuchar o atender los mensajes del otro.
2. Dificultad para reconocer y recibir conductas o mensajes positivos. La interacción puede haberse deteriorado tanto que sólo se perciben los hechos aversivos del otro; así, las conductas y mensajes positivos no se reconocen.

Respecto al *mensaje*, el requisito fundamental es que sea reconocible y comunicable, y por tanto, expresado en términos observables. Expresiones del tipo «me gustaría que no fueses tan desobediente» hacen difícil precisar qué es realmente lo que se está pidiendo al niño; posiblemente la afirmación «me gustaría que no cogieses los lápices y los cuadernos de tu hermano» convierte el mensaje en algo operativo. La primera forma presenta un gran contenido subjetivo, de difícil concreción; la segunda permite conocer realmente lo que se espera del otro y cuál es el problema concreto.

Al niño hay que darle las instrucciones de una en una, de forma clara, concreta y fácil de entender, asegurándonos que nos atiende y las comprende.

Junto a los déficits en la comunicación es importante conocer algunos de los errores más frecuentes que se suelen cometer y que dificultan un buen entendimiento y una correcta negociación:

- Hablar sobre un asunto que no muestra una clara conexión con el objetivo inmediato de la discusión.
- No utilizar suficientemente el lenguaje positivo, omitiendo alabanzas o cosas agradables del comportamiento del otro o sobre lo que el otro dice.
- Hablar en exceso o con una latencia muy rápida e interrumpiendo al otro en sus explicaciones.
- Generalizar en exceso, refiriéndose a conductas o hechos que ocurren de vez en cuando como si sucediesen continuamente.
- Insistencia en un tema o asunto.
- Falta de especificidad, al utilizar un lenguaje inconcreto, tendiendo el mensaje a ser general y abstracto.
- Exceso de conducta emocional durante el habla.
- No admitir ni reconocer ninguna afirmación del otro aunque sea parcialmente.
- Dirigir al otro una expresión ofensiva: insultar.
- Suponer que uno sabe lo que el otro está sintiendo o pensando y quiere decirnos.
- Descripción de los problemas en términos no operativos, que no ofrecen conductas concretas a las que se pueden aplicar estrategias para cambiar.

El uso del término «habilidades» significa que la conducta interpersonal consiste en un conjunto de capacidades de actuación aprendidas (o que se pueden aprender). Para el *aprendizaje de las habilidades de comunicación* es conveniente que se empiece por observar el patrón de comunicación en el contexto familiar, pues el objetivo será intentar eliminar o reducir las conductas inadecuadas

e incrementar aquellas que se consideran básicas para una comunicación efectiva.

Para una mejor comunicación familiar es importante:

1. Evitar el lenguaje inespecífico

El lenguaje para ser eficaz ha de ser operativo, capaz de establecer un código intercambiable y descifrable. Los requisitos del lenguaje operativo son:

- a) Debe estar basado en descripciones observables y cuantificables para que cada interlocutor sepa qué es lo que ocurre y qué es lo que se debe cambiar.
- b) Debe ser congruente, es decir, oportuno y conveniente según la situación y el contexto en que tiene lugar. Por ejemplo, una broma delante de amigos del niño puede entenderse como una conducta agresiva hacia él.
- c) Debe hacer énfasis en la información positiva; si se le dice al niño: «baja el volumen del televisor» (información positiva) en lugar de: «no pongas ese trasto tan alto», es posible que colabore mejor.
- d) Debe estar basado tanto en la comunicación verbal como no verbal; el cómo se expresa una petición contribuye a transmitir más información que lo que se dice; un tono de voz elevado, el ceño fruncido puede ser un modo incorrecto para solicitar una información al niño.

2. Aprender habilidades conversacionales

Los elementos básicos de la conversación son: hacer preguntas, dar información adicional, escuchar, llevar la conversación (cambiar de tema, tomar la palabra, pasar la palabra), cerrar la conversación.

Una interacción generalmente empieza con una pregunta, por ejemplo: «¿Cómo ha ido hoy el colegio?». Una respuesta escueta (p.ej.: «Bien») difícilmente favorece una conversación fluida; ante una respuesta de esta índole lo mejor será seguir haciendo más preguntas; por ejemplo: «¿Qué asignaturas has tenido?», para intentar continuar la conversación.

Pero la habilidad más importante puede ser la de escuchar. Saber escuchar no supone sólo recibir pasivamente la información, sino que implica dar señales al emisor de que se está recibiendo. Los efectos que la conducta no verbal —postura, contacto visual, etcétera—, la ausencia o no de cierta conducta verbal —preguntas, exclamaciones, etc.— pueden ejercer sobre el emisor la percepción de que «el otro» nos escucha o, por el contrario, que no nos escucha (una mirada ausente, una postura incorrecta, etc., puede irritar al emisor al comprobar que el otro no atiende; por contra, el contacto visual, movimientos de cabeza, el uso de paráfrasis, indica al emisor un: «continúa, me interesa lo que me dices y te escucho atentamente»). En esta última situación, el emisor se siente gratificado y motivado a repetir el encuentro y la conversación.

3. *Aprender habilidades de expresión*

El objetivo es lograr que cada componente de la relación interpersonal exprese, de modo honesto y directo, por una parte, peticiones, sentimientos y elogios que faciliten un disfrute de la relación, y por otra, sentimientos negativos o críticas que sean efectivos para la consecución de cambios constructivos en las relaciones personales o en la conducta del otro. Así, en primer lugar, hay que considerar la conveniencia de expresar emociones que sean del agrado del otro y reconocer aspectos positivos de la conducta del otro. En segundo lugar, ser capaces de expresar críticas y sentimientos negativos (enfado, frustración, etc.) sin disparar las discusiones, es decir, de un modo adecuado.

Los padres, trabajando por conseguir un ambiente familiar que permita una amplia y sincera comunicación con sus hijos, podrán disminuir tensiones en la familia y prevenir situaciones de aisla-

miento en el hijo, permitiendo por tanto identificar situaciones de riesgo: momentos de frustración, depresión, etc.

3.3.1.4. PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO PARENTAL

La guía NICE (2006) sobre programas de *entrenamiento para padres* de niños con trastornos de conducta considera que éstos deben cumplir las siguientes condiciones:

- a) Ser estructurados y protocolizados.
- b) Fundamentarse en las teorías del aprendizaje social.
- c) Incorporar el aprendizaje de estrategias y habilidades para mejorar las relaciones personales entre padres e hijos.
- d) Permitir que los padres puedan establecer sus objetivos.
- e) Establecer un número de sesiones (8/12) suficiente para que los padres aprendan las estrategias adecuadas.
- f) Utilizar el aprendizaje estructurado (instrucciones, modelado, juego de papeles, etc.).
- g) Establecer actividades a desarrollar entre sesiones (trabajo para casa) a fin de conseguir la generalización al ambiente real.
- h) Establecer, desde la profesionalidad de los terapeutas, una adecuada alianza con los padres.

Los programas protocolizados de *entrenamiento parental* han mostrado su eficacia (Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs y Pelham, 2004; Grupo de trabajo de la GPC del TDAH, 2010; Lundahl, Risser y Lovejoy, 2006; NICE, 2006, 2009; Robles y Romero, 2011) presentando una sólida base de evidencia para mejorar los problemas de conductas disruptivas, desobediencia, agresividad, etc., presentes en niños con TDAH, incrementando las habilidades de los padres y reduciendo sus estilos disfuncionales, mejorando también el funcionamiento familiar en general y aumentando la autoestima de los padres.

Son muchos los autores y grupos de investigación que han elaborado programas de entrenamiento para padres; entre éstos se encuentran: el «*Programa de entrenamiento para padres (PMT)*» (Kazdin, 2005, 2008), www.yaleparentingcenter.org; «*Ayudando al niño desobediente*» (McMahon y Forehand, 2003), www.strengtheningfamilies.org; «*Los años increíbles*» (Webster-Stratton, 2005), www.incredibleyears.com; la «*Terapia de interacción madre/padre/hijo*» (Querido y Eyberg, 2005), www.pcit.org; la «*Triple P. Programa de padres positivos*» (Sanders, 1999, 2002), www.triplep.net.

Uno de los primeros y más utilizado para abordar los problemas de conductas disruptivas presentes en niños con trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador es el desarrollado por Barkley y colaboradores (Anastopoulos, Barkley y Shelton, 1996; Barkley, 1997, 2007; Barkley y Benton, 2000). Los objetivos que se pretenden alcanzar son:

- a) fortalecer la relación entre los progenitores y el hijo, buscando una relación más cariñosa sustentada en el respeto, la cooperación y el aprecio;
- b) reducir en los padres y el hijo los conflictos, las riñas y discusiones;
- c) incrementar las conductas adecuadas del niño y disminuir las inadecuadas, e
- d) incrementar las conductas prosociales con adultos y compañeros.

El *programa de entrenamiento a padres de Barkley* (2007) plantea ocho pasos y puede aplicarse de forma individual o en grupo. Cuando se trabaja con una sola familia es más sencillo adaptar el programa a la situación y a las necesidades concretas, si bien, el trabajo en grupo supone proporcionar apoyo a los padres facilitando el intercambio de experiencias. El programa se lleva a cabo en sesiones de 60 a 90 minutos, con una frecuencia semanal durante 10-12 semanas. Pretende mejorar la comprensión del trastorno por los padres y que aprendan técnicas sencillas de modificación de

conducta para que ayuden a sus hijos a mejorar su comportamiento. Las estrategias operantes utilizadas se consideran especialmente relevantes con los problemas de conducta que acompañan al TDAH y con los trastornos/problemas comórbidos que con frecuencia están presentes.

Tras la fase educativa (en la que se informa sobre el TDAH, los principios del aprendizaje social, el comportamiento infantil y la interacción con los adultos) en sesiones posteriores se trabajan ocho pasos:

- Paso 1. Aprenda a prestar atención positiva a su hijo.
- Paso 2. Use el poder de su atención para ganar su obediencia.
- Paso 3. Haga demandas más eficaces.
- Paso 4. Enseñe a su hijo a no interrumpir sus quehaceres.
- Paso 5. Establezca un sistema de recompensas con fichas en casa.
- Paso 6. Aprenda a castigar el mal comportamiento de forma constructiva.
- Paso 7. Amplíe el uso del tiempo-fuera.
- Paso 8. Aprenda a controlar a su hijo en lugares públicos.

El primer paso pretende que los padres aprendan a prestar atención a las conductas deseables de su hijo y para ello se busca, se provoca, un momento («*el momento especial del día*») para que los padres jueguen libremente con su hijo, sin preguntas ni instrucciones, de forma relajada para disfrutar de su compañía y poder observar (y decirle) las cosas que hace bien. Se le dice que se va a comenzar, el niño sugiere un juego propio de su edad e intentamos disfrutar de su compañía, reforzando y elogiando las conductas adecuadas.

En el siguiente paso se trata de transferir el estilo de atender al niño durante la situación de juego a aquellas situaciones cotidianas en que éste obedece o cumple las instrucciones recibidas.

Se trata de «sorprender al niño haciendo algo bien y elogiar su obediencia». Cuando se le pide al niño que haga algo y éste lo hace se le debe reforzar de forma inmediata. Los padres aprenden a poner en marcha «*momentos para practicar la obediencia*»; en un momento del día que el niño no esté ocupado los padres le pedirán hacer algún encargo; por ejemplo, «acércame el libro de encima de mi mesa», «apaga la luz de mi habitación que está encendida», etc., y en el momento de realizarlo se le elogia.

El tercer paso pretende que los padres aprendan a dar órdenes de forma más eficaz. Formulando la orden de forma simple, directa y con autoridad; asegurándose de que el niño está atendiendo y pidiéndole en muchos casos que repita la orden. Como recoge Larroy (2007), para que las órdenes sean fáciles de cumplir han de ser: claras, cortas, específicas y comprensibles (expresadas en un lenguaje adecuado), coherentes, razonadas y firmes; se han de describir las consecuencias de su cumplimiento o incumplimiento, darse en número reducido y de una en una, siendo suficientemente espaciadas para que se puedan cumplir y no deben ir acompañadas de contacto físico instigador.

El paso cuarto supone que el niño aprenda a no molestar o interrumpir a los padres cuando éstos están realizando algún tipo de actividad (hablar por teléfono, leer, hacer la comida, etc.); para ello se utilizan instrucciones claras al niño de que se va a iniciar una actividad (por ejemplo hacer una llamada) y se le indica qué debe hacer mientras tanto (jugar en la otra habitación) y qué no debe (interrumpir o hablar), se utiliza el refuerzo (elogio, etc.) si no interrumpe o molesta. Durante el día se provocan distintas situaciones para practicar.

El quinto paso supone el aprendizaje y puesta en práctica en el hogar de un programa de economía de fichas o de puntos, como se comentó anteriormente.

El sexto y séptimo paso son, para Barkley, los más importantes de todo el programa. Por una parte, se utilizará el sistema de fichas como método de disciplina al «sancionar» con la pérdida de puntos cualquier desobediencia o mal comportamiento previamente establecido, y por otra parte, se empezará a utilizar «el tiempo fuera» como sanción.

Por último, una vez que se adquiere cierto control sobre la conducta en casa, mediante los métodos aprendidos: atención positiva y elogios por buena conducta, elogios cuando cumple las órdenes, dar órdenes de forma efectiva, dar fichas o puntos por buena conducta, imponer castigos por el mal comportamiento, etc., se pueden utilizar estas técnicas fuera del hogar fijando las reglas con el niño antes de salir de casa. Se fija un incentivo por el cumplimiento, un castigo para el caso de desobediencia y, en función de la situación, se le intenta dar una actividad para que no esté aburrido (por ejemplo, en el tiempo de espera en la consulta médica).

Muy similar, el programa de entrenamiento de padres para niños con TDAH (Anastopoulos, Barkley y Shelto, 1996) plantea 9 sesiones de entrenamiento que se llevan a cabo con una frecuencia semanal:

1. Información sobre las características del TDAH.
2. Información sobre el comportamiento infantil, conflictos padres-hijos y principios de modificación de conducta.
3. Entrenamiento en atención positiva y «momento especial del día».
4. Aprendizaje de cómo dar órdenes. Reforzamiento del cumplimiento de las órdenes.
5. Aprendizaje del funcionamiento de la economía de fichas.
6. Aprendizaje de la estrategia de coste de respuesta.
7. Aprendizaje de la estrategia de tiempo fuera.
8. Control de la conducta del niño en lugares públicos.
9. Previsión de futuros problemas y de la necesaria colaboración con los maestros.

3.3.1.5. TAREAS ESCOLARES EN EL HOGAR

Respecto a las *tareas escolares*, el papel de los padres en casa es importante:

- Mostrando continuamente interés por el trabajo escolar.
- Revisando frecuentemente los cuadernos, trabajos de clase y las calificaciones obtenidas.

- Coordinándose con los profesores y unificando criterios educativos.
- Diariamente los padres han de conocer las tareas que tiene para casa. Podrá utilizarse «*la tarjeta de informe diario*» para que el profesor indique los deberes que ha de realizar en casa.
- Siendo realistas respecto a las aptitudes y posibilidades del niño, adecuando, por consiguiente, expectativas y demandas.
- Alentando el sentimiento de competencia para que el niño sea consciente de que puede superar ciertas dificultades, recompensando su esfuerzo, interés y trabajo. El reconocimiento de su trabajo le estimulará a conseguir nuevas metas, adquiriendo seguridad y confianza en sí mismo. Los elogios y recompensas (inmediatos) por las tareas realizadas día a día son, sin duda, una de las consecuencias más positivas del estudio.
- Ayudando al establecimiento de unos correctos hábitos de estudio mediante el control de las condiciones ambientales y mediante el establecimiento de una rutina diaria (el niño al llegar a casa merienda e inmediatamente se pone a hacer las tareas, y sólo después podrá jugar o ver la TV, por ejemplo). Una primera condición para rendir adecuadamente es la de disponer de un entorno de estudio adecuado. Los padres pueden ayudar, facilitando al niño un espacio físico adecuado donde estudiar: disponer de un sitio propio, siempre el mismo, sin ruidos que distraigan (nunca estudiar con música), con una temperatura, iluminación y un mobiliario adecuado.
- En muchas ocasiones los padres deberán ayudar al niño en las tareas escolares. En el caso, frecuente, que requieran clases de apoyo extraescolar, éstas serán individuales, pues las clases en grupo son mucho menos eficaces para niños con TDAH.

El niño ha de aprender, y aquí es importante el papel de los padres, a organizarse de forma que consiga el máximo rendimiento en el menor tiempo posible. Es importante que, por tanto, aprenda a:

- Tener siempre la mesa ordenada, retirando de ésta todos los objetos que no sirvan y puedan distraer (canicas, monedas, revistas, etc.).
- Tener cerca, antes de empezar, lo necesario para trabajar (papel, lápices, diccionario, etc.) y evitar así interrupciones.
- Al iniciar la sesión de estudio, lo primero es repasar todo el trabajo que tiene que hacer, haciendo un cálculo del tiempo que puede requerir cada uno de ellos.
- Comenzar por las tareas más difíciles, problemas, lecturas a entender y recordar, haciendo al final los trabajos más sencillos, colorear, recortar, etc.
- Si el plan de estudio es superior a una hora, establecer breves períodos de descanso de dos minutos cada 15 de trabajo.

3.3.2. INTERVENCIÓN COMPORTAMENTAL-EDUCATIVA EN EL ÁMBITO ESCOLAR. ASESORAMIENTO Y ENTRENAMIENTO A PROFESORES

La *intervención en el ámbito escolar* asesorando y orientando a los profesores para que éstos asuman un papel activo en la atención al niño con TDAH pretende:

- a) que el profesor comprenda el problema, su base biológica y conozca estrategias para intervenir, con la colaboración del psicólogo, en el contexto escolar;
- b) la reducción de las conductas problemáticas disruptivas en el aula a través del entrenamiento y aplicación de técnicas operantes;

- c) mejorar las relaciones interpersonales del alumno, fomentando las habilidades de autorregulación y destrezas sociales mediante técnicas cognitivas de autorregulación y resolución de problemas;
- d) el fomento de la autoestima del alumno;
- e) la potenciación del aprendizaje a través de modificaciones curriculares en la dinámica normal de la clase, y
- f) facilitar apoyo escolar.

El éxito escolar del niño con TDAH depende fundamentalmente del profesor (DuPaul y Power, 2003); su experiencia, actitud ante el problema, disposición y trabajo serán decisivos. Pero para ello en muchas ocasiones es necesario asesoramiento y apoyo especializado. Los profesores, ante las manifestaciones del TDAH, pueden reaccionar de forma adversa al ver que no funcionan sus estrategias educativas habituales, poniendo en marcha conductas de coerción (reproches, castigos, etc.) que para nada mejoran la situación, pudiéndose producir un claro deterioro de la relación maestro-alumno; así, esta interacción, en muchos casos, se caracteriza por hostilidad, agresividad, conductas negativistas, etc. Es pues fundamental buscar la implicación activa del maestro informándole sobre el trastorno y sobre las estrategias que puede utilizar para tratarlo.

Son muchos los programas para niños con TDAH que se han desarrollado para ser implantados en el ámbito escolar y que han demostrado su eficacia para controlar los síntomas del TDAH y los problemas asociados al mismo (DuPaul y Weyandt, 2006; Miranda, Jarque y Tárraga, 2006). Algunos de los más destacados son: el *Irvine Paraprofessional Program* (IPP) de Swanson (1992); en España, «*El educador itinerante*» ADANA/Universitat de Barcelona, www.fundacioadana.org; *The Summer Treatment Program* (STP) de Pelham y Hoza (1996), www.summitadhdcenter.org; *Academic and Behavioral Competencies* (ABC) Pelham et al. (2005), www.ccf.buffalo.edu; *The Incredible Years*, Webster-Stratton y Reid (2010), www.incredibleyears.com/program/teachers.asp. En España algunos ejemplos de programas de intervención en el ámbito escolar son

los de Arco, Fernández e Hinojo (2004), Calderón (2001), Miranda, Presentación, Gargallo, Soriano, Gil y Jarque (1999), Miranda, Soriano, Presentación y Gargallo (2000) y Moreno (2001).

Como los padres, los maestros necesitan apoyo específico para tratar con alumnos que presenten TDAH. Deben conocer, comprender el problema y disponer de una serie de habilidades y estrategias que les permitan dar respuesta a las necesidades educativas especiales que plantean estos alumnos. El entrenamiento a maestros se apoya por tanto en los mismos principios que el entrenamiento a padres —intervención en el ambiente natural por quienes tienen un elevado control de los elementos más significativos del contexto del niño—, utilizándose en muchos casos estrategias similares, si bien, los objetivos se centran en las dificultades derivadas del trastorno que se manifiestan en el colegio: seguir las normas establecidas en clase y comportarse de modo adecuado, cumplir órdenes e instrucciones del profesor, prestar atención a las explicaciones, planificar y organizar su trabajo escolar, interactuar de forma adecuada con sus compañeros y adultos. Todo ello hace que, independientemente de que de forma comórbida pueda haber un trastorno del aprendizaje, su rendimiento escolar se encuentre por debajo de la media, se menoscabe su autoestima y tenga problemas de relación interpersonal.

Los programas de intervención con profesores, muy similares a los que hemos visto con los padres en el contenido, número de sesiones y metodología utilizada, incluyen los siguientes objetivos (Cooper y Bilton, 2002):

1. Informar a los profesores sobre el TDAH, concepto, características, etiología, pronóstico, tratamiento y necesidades educativas. Un aspecto importante es la modificación de posibles sesgos atribucionales («se porta mal para fastidiar», «si se esforzase, lo haría correctamente») en la explicación de la conducta de los niños con TDAH.
2. Explicación de los *principios del aprendizaje social* y precisar el efecto que sus propias conductas pueden producir en sus alumnos. Independientemente del origen biológico del

trastorno, los aspectos ambientales influyen de forma considerable sobre las respuestas/síntomas del TDAH, modulando su frecuencia o intensidad.

3. Entrenamiento en estrategias de observación y registro de las conductas-problema, sus antecedentes y consecuentes.
4. Aprendizaje de técnicas operantes de modificación de conducta: refuerzo, extinción, contrato de contingencias, programa de economía de fichas, etc., con el fin de modificar las conductas-problema y reforzar las conductas relacionadas con el aprendizaje académico.
5. Formar a los profesores en el uso de estrategias de control ambiental y planificación de tareas (adaptaciones instruccionales); por ejemplo, efectuar cambios en la ubicación del niño en el aula, eliminar materiales u objetos que distraen la realización de la tarea, etc.
6. Conocimiento de los métodos o técnicas para fomentar y mantener la atención.
7. Formar a los profesores en el uso de estrategias para la organización y autodirección del comportamiento. Las estrategias más utilizadas con niños con TDAH son *la técnica de autoinstrucciones* y su aplicación en el contexto escolar y de *autoevaluación reforzada*.

Dentro de un grupo de clase determinado puede haber niños con necesidades educativas específicas a los que hay que dar respuesta educativa adecuada sin que tenga que ir en detrimento del resto de alumnos; de tal forma, el maestro puede introducir determinadas estrategias educativas que le permiten alcanzar los objetivos generales del grupo y los específicos del alumno con TDAH.

A medida que se va avanzando en las sesiones de entrenamiento a profesores que serán simultáneas con las de los padres y la atención individual al niño, se irá coordinando el trabajo de los tres. Así por ejemplo, en un momento determinado del proceso se explicará a los padres, al maestro y al niño qué es y para qué sirven la «*tarjeta de informe diario de la conducta escolar*» y «*la tarjeta para*

el recreo y tiempo libre» (Barkley, Murphy y Bauermeister, 1998). Estas tarjetas-escuela serán cumplimentadas por el profesor cada día recogiendo su valoración (entre 1 y 5) respecto a si el niño realiza las conductas que previamente él consideró conductas-clave; por ejemplo, en el aula: «permanece sentado en su sitio», «está atento a las explicaciones», «no interrumpe las explicaciones», «termina las tareas», «participa en clase», etc., y en el recreo: «no se pelea ni golpea a otros niños», «participa en los juegos con los compañeros», etc. El niño las recogerá al finalizar el día para entregarla a sus padres al llegar a casa, y éstos, en función de lo anotado, entregarán puntos o refuerzos previamente establecidos.

La implantación de un *programa de tarjeta-escuela* es una alternativa a considerar frente a la implantación de un programa de economía de fichas en el aula que siempre resultará más laborioso y complejo para el profesor. Además, las recompensas que el niño puede disponer en casa respecto a las que puede tener en el colegio son sin duda más variadas y de mayor interés para él. El éxito del programa depende de que el maestro evalúe con precisión la conducta del niño y de que se establezca un sistema claro para traducir en casa la información positiva de las tarjetas en consecuencias positivas para el niño. Además de recoger observaciones del comportamiento del niño en el colegio, se puede utilizar la tarjeta-escuela para anotar los deberes que ha de realizar en casa. A medida que la conducta mejora, los informes diarios pueden reducirse a uno o dos por semana.

3.3.2.1. CONSEJOS Y ESTRATEGIAS EDUCATIVAS EN EL AULA

Se han propuesto múltiples sugerencias prácticas, a utilizar por los profesores, con el fin de adaptar la clase para facilitar la integración del niño con TDAH al aula como ámbito de aprendizaje y aumentar al máximo sus oportunidades (Barkley, 2008a y b; García-Pérez, 2006; Mena, Nicolau, Salat, Tort y Romero, 2006; Rief, 2005); de forma resumida, a modo de ejemplo, comentamos distintas acciones que facilitan la organización de la clase:

- Situar al niño cerca de la mesa del profesor para facilitarle el seguimiento de las indicaciones/explicaciones, y al profesor, el seguir el trabajo del alumno.
- Alejarlo de fuentes de distracción (auditivas y sonoras): puertas, ventanas, muebles con materiales de clase, sitios de paso, etc.
- Colocarlo junto a compañeros que muestren un comportamiento adecuado (presten atención, respeten las reglas de clase, etc.).
- Si es posible, disponer las mesas en fila cuando realice una tarea para evitar distracciones con los compañeros.
- Cuando realice una tarea procurar que en su mesa tenga sólo lo necesario, eliminando materiales, objetos no necesarios para hacer el trabajo.
- Cuando se platee una tarea en grupo, procurar que esté cerca del profesor y compuesto por compañeros que sean especialmente reflexivos y tranquilos en sus conductas.
- Cada cierto tiempo permitirle que se levante de su mesa, dándole funciones en el aula, como repartir y recoger material, hacer fotocopias, borrar la pizarra, etc.

Estrategias para captar y mantener la atención:

- Antes de iniciar una explicación debemos asegurarnos de que el niño está atento. Se le debe anunciar previamente que se va a decir algo, luego se dice y si es necesario se repite.
- Establecer y mantener contacto visual, permaneciendo cerca del niño.
- Cambiar la entonación, incrementando el volumen de la voz, empleando gestos exagerados durante la exposición para captar y mantener su atención.
- Cuando se le presenten tareas complejas, hacerlo segmentándolas en fases, en pequeños pasos, con instrucciones

sencillas y claras, asegurándose que las ha entendido; para ello se le puede pedir que repita, antes de empezar, qué ha de hacer.

- El trabajo ha de ser muy estructurado, con reglas claras y constantes.
- Acostumbrarle a que debe preguntar lo que no entiende. Si su duda es producto de su distracción, no debe ser recriminado.
- Supervisar con frecuencia el trabajo que va realizando.
- Buscar y destacar el acierto y la realización bien hecha, elogiando la ejecución positiva tanto como sea posible.
- Puede recurrirse al empleo de compañeros (tutoría de pares) para el trabajo académico. Esta estrategia mejora también aspectos conductuales.
- Secuenciar las instrucciones y órdenes en pequeños pasos.

Otras:

- Hablar con el resto de compañeros de la clase para que comprendan su comportamiento y prevenir de este modo el rechazo del niño.
- Los deberes para casa deberían anotarse con claridad para que los padres sepan qué ha de hacer el niño, prestando especial atención a su duración.
- Utilizar diferentes métodos de evaluación: orales, escritos, trabajos, etc.
- Los exámenes escritos deberían no ser muy largos (mejor hacer dos pruebas cortas que una muy extensa), con un formato sencillo y a ser posible sin límite rígido de tiempo.

3.3.2.2. TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES A UTILIZAR EN EL AULA

Técnica de autoevaluación reforzada

El objetivo de la técnica es que el niño aprenda a valorar de forma más objetiva sus actuaciones (Ardoin y Martens, 2004; Du-Paul y Hoff, 1998). Se aplica para todos los niños de la clase durante un tiempo aproximado de tres semanas o un mes; posteriormente, si se considera necesario, se puede seguir trabajando sólo con el niño que presenta el problema de TDAH.

1. *Discusión y reflexión sobre las normas*

El profesor primero elabora un listado sobre las conductas que quiere modificar, o las normas que quiere que se respeten por parte de los alumnos; posteriormente, con todos los alumnos de la clase abre un debate y reflexiona con ellos sobre la necesidad de seguir ciertas normas, sensibilizando a los niños sobre la importancia de seguir ciertas reglas (para qué sirven, importancia de algunas de ellas; por ejemplo: no robar, no pelearse, las normas de tráfico, etc.). Se plantean «las normas de clase» que los niños irán comentando (respetar a los compañeros, al profesor, estar atentos a las explicaciones, respetar el turno de palabra, no gritar, no insultar, no decir palabrotas, etc.) reflexionando sobre los motivos para seguirlas y sobre las consecuencias de incumplirlas.

2. *Entrenamiento en habilidades de autoevaluación*

Entre todos se establece un número determinado de normas para el aula (evitar conductas agresivas: no pegar, no insultar, no amenazar, etc.; respetar a profesor y a los compañeros: no interrumpir, no gritar, no hacer ruidos, etc.; permanecer tranquilo en el sitio, etc.) y la valoración o puntuación que se dará en función de la ejecución de esas conductas (mal, puntuación 0; regular, pun-

tuación 1; bien, puntuación 2, y excelente, puntuación 4). Luego se elabora un cartel o mural para la clase donde se recogen los acuerdos, colocándose en lugar visible del aula.

Posteriormente se inicia el «*juego de estar de acuerdo*», mediante el cual los alumnos practican con el profesor las habilidades de autoevaluación ante distintas situaciones. El profesor observa que un niño ha llevado a cabo una conducta determinada —relacionada con el cumplimiento/incumplimiento de las normas acordadas— y dice que la va a valorar y pone su puntuación, pidiéndole al niño que ponga la suya propia tratando de acertar la que el maestro le ha puesto. Se enseña al niño a valorar su propia actuación jugando a contrastar su valoración con la del maestro.

El elemento central de la técnica es la discusión que se establece tras comparar las puntuaciones y contrastar los motivos que a cada uno le han llevado a una u otra calificación. El profesor debe aclarar las razones por las que le ha dado una puntuación determinada; de este modo el niño aprende a ajustar su autoevaluación. El maestro ha de valorar y reforzar al niño cuando las valoraciones coinciden; para ello puede utilizar la técnica de economía de fichas.

Técnica de la tortuga

La «*técnica de la tortuga*» (Schneider, 1974; Schneider y Robin, 1990) es una *técnica de autocontrol* de la conducta impulsiva que podemos utilizar para que el niño con TDAH aprenda a canalizar la expresión de sus emociones de una manera apropiada. Se utiliza para modificar *comportamientos disruptivos* (peleas, rabietas, dar golpes, insultar, etc.) en niños de 4 a 8 años. Se puede enseñar a todos los niños de una clase (todos se beneficiarán en mayor o menor medida del aprendizaje de estas habilidades) o sólo al niño con TDAH de forma individual. El aprendizaje puede llevarlo a cabo el maestro o el psicólogo en colaboración con el profesor.

Esta técnica utiliza la analogía de la tortuga que se repliega dentro de su caparazón cuando se siente amenazada; se le enseña al niño a replegarse (contenerse y relajarse) dentro del imaginario caparazón cuando ante ciertas situaciones no puede, y debe, con-

trolar sus impulsos y emociones. El objetivo es que el niño aprenda a utilizar cualquier provocación externa, o sentimiento de ira o enfado, como una indicación (ha de reconocer la emoción), para: «hacer como la tortuga», relajarse e iniciar un proceso de solución de problemas (de búsqueda de soluciones alternativas). Se enseña al niño a utilizar la palabra clave «tortuga» para romper el inicio de la cadena conductual-disruptiva, relajarse y pasar a buscar una solución adecuada.

Diariamente podemos dedicar 15-20 minutos para aprender y practicar la técnica. Este período será planteado como un momento de juego entre las actividades escolares. Consta de cinco fases:

1. Fase educativa

Antes de iniciar el aprendizaje de las estrategias de autocontrol se les habla a los alumnos de la conducta disruptiva en general, de cómo en muchas ocasiones en el colegio están presentes determinadas conductas: pelearse, insultar, hablar o gritar en clase, no atender al profesor, burlas a los compañeros, lo que supone un problema de convivencia. Se les explica que muchos niños realizan esas conductas inapropiadas porque de ese modo reciben la atención de todos, planteándose como objetivo del grupo romper esta cadena conductual de forma que los compañeros y el profesor prestarán atención a la conducta apropiada que se les va a enseñar e ignoren las disruptivas.

Se concretan y definen de forma operativa las conductas disruptivas ante las que queremos que se utilice «la estrategia de la tortuga» por parte de todos los alumnos de la clase. Estas conductas pueden quedar recogidas en un mural a la vista de todos.

2. Fase de modelado de la posición de tortuga

En la segunda sesión, el psicólogo o el profesor presenta la técnica mediante la narración de un cuento (existe una adaptación de

la historia de Schneider en: Mena, Nicolau, Salat, Tort y Romero, 2006, disponible en www.fundacioadana.org) en el que la «*Tortuga Sabia*» le explica a «*Pequeña Tortuga*» el procedimiento que aprendió para replegarse en su caparazón cuando se sentía amenazada o tenía sentimientos de rabia, ira, ganas de gritar o de pegar a alguien. Luego modela la *posición de tortuga*, o sea, pega los brazos a su cuerpo e inclina hacia adelante la cabeza aproximando la barbilla al pecho («la tortuga pegó los brazos a su cuerpo y piernas inclinando la cabeza y apoyando la barbilla en su pecho, tan rápido como un rayo, y se mantuvo quieta hasta que se le pasó el enfado») y el niño imita la posición de tortuga. Durante una semana, el profesor plantea varias situaciones problemáticas que habitualmente se producen en clase y las resuelve diciendo ¡*tortuga!* y poniéndose en la posición descrita; tras este modelado los niños imitan la conducta; posteriormente se les pide que imaginen otras escenas parecidas. Como en un juego, se enseña a los niños a decirse ¡*tortuga!* ante una situación problemática y a quedarse inmóviles al adoptar «la posición tortuga». El profesor o el psicólogo reforzarán intensamente las ejecuciones correctas.

Es fundamental buscar la complicidad de todos los niños de la clase para que, al igual que hace el profesor, refuercen mediante elogios verbales o aplausos a cada compañero que, fuera del tiempo de aprendizaje, ejecute la respuesta de la tortuga ante una situación conflictiva.

Durante la segunda semana se continúa como la anterior, planteándose el objetivo de ir asentando la estrategia aprendida; para ello, de forma gradual, se va eliminando la incitación externa. Si en la primera semana el profesor decía enfáticamente: ¡*tortuga!* cuando veía que se iniciaba una situación problemática, ahora se busca que sea el propio niño quien reconozca por sí solo estas situaciones. Con este fin el propio profesor o el psicólogo llevarán a cabo *provocaciones al azar* (varias cada día) y observarán cómo responde el niño.

Una vez que el niño ha aprendido a controlar su primera reacción se le entrenará en la técnica de relajación.

3. *Fase de entrenamiento en relajación progresiva*

El objetivo de esta tercera fase es enseñar a los niños a relajarse y aplicar este aprendizaje cuando están realizando la posición de la tortuga. Así, durante la tercera semana, continuando con el cuento de la tortuga, el psicólogo o el profesor exponen la utilidad de la relajación e inician el aprendizaje de dicha técnica. Una vez que han aprendido la técnica de relajación progresiva (una o dos semanas), se integrará en la secuencia «tortuga-relajación-solución de problemas», de forma que cuando estén en posición tortuga inmediatamente se han de relajar.

4. *Fase de entrenamiento en resolución de problemas*

Se considera la etapa más importante de la técnica; los niños con la secuencia «tortuga-relajación» pueden llegar a controlar la respuesta impulsiva, pero han de aprender a hacer frente de forma adecuada a la posible demanda de la situación. Se utiliza la técnica de *resolución de problemas* de D'Zurrilla y Goldfried (1985) para enseñarle al niño a generar alternativas (la técnica se expone con más detalle en el siguiente apartado).

Utilizando como ejemplo situaciones reales de clase, el profesor/psicólogo plantea una historia a modo de dilema asegurándose de que los niños comprenden la naturaleza del problema que se les está planteando; una vez definido el problema se pregunta a los niños qué pueden hacer (generar alternativas) y cada solución se discute y se analizan sus posibles consecuencias positivas o negativas (valoración de las consecuencias) hasta conseguir llegar a un consenso acerca de la mejor elección (seleccionar la respuesta).

5. *Fase de generalización y mantenimiento*

Para conseguir la generalización, junto a la implicación de todos los alumnos para reforzar esta conducta, es importante informar a los padres para que en los distintos contextos se refuerce su puesta en práctica.

El mantenimiento a lo largo del tiempo requiere que se utilicen varias estrategias: continuar reforzando todas las veces que podamos observar en la vida real la realización por parte de algún niño la secuencia «tortuga-relajación-solución de problemas», seguir utilizando la «técnica de la provocación al azar» y practicar de forma esporádica alguna situación problemática con los niños.

Con el paso del tiempo no será necesario que el niño adopte la «posición tortuga», pero será capaz de reconocer la situación, respirar y relajarse para buscar una respuesta menos impulsiva y más adecuada.

Técnicas del juego del buen comportamiento

El *juego del buen comportamiento* (JBC) (Barrish, Saunders y Wolf, 1969; Coronado, 2009; Ruiz, Pino y Herruzo, 2006; Tankersley, 1995) es una estrategia operante para mejorar el clima en el aula. Tiene como objetivo fundamental reducir la frecuencia de determinados comportamientos disruptivos en el aula, como: gritar, interrumpir, hacer ruido, pelearse, insultar a los compañeros, levantarse de pupitre sin permiso, etc., y prevenir, en un futuro, comportamientos más perjudiciales para el niño.

Se trata de un *programa de contingencias orientado hacia el grupo (contingencias interdependientes)*, es decir, un procedimiento en el que la ejecución o no ejecución de una conducta (o conductas objetivo) previamente establecidas, suponen la consecución o pérdida de un refuerzo basado en el comportamiento de un individuo dentro del grupo. Es decir, que todos los miembros del grupo reciben refuerzo, si todos los miembros del grupo, o el desarrollo del grupo como un todo, cumplen los criterios.

Procedimiento

1. El programa es aplicado por los profesores previamente entrenados en su aula durante el transcurso de las clases.

2. El juego se lleva a cabo durante las horas lectivas. Se inicia con un espacio de tiempo corto (diez minutos/media hora, tres/cinco veces por semana) que se puede aumentar. En algunos casos se ha aumentado hasta alcanzar la duración de las diferentes actividades cotidianas.
3. El profesor divide a los alumnos de su clase en varios grupos, conformando tres o cuatro equipos heterogéneos.
4. Se explica a los alumnos las reglas del juego: se trata de realizar una serie de sesiones de juego de corta duración, al final de las cuales, y en función del comportamiento realizado, los niños recibirán una serie de contingencias.
5. Las conductas objeto de estudio deben estar bien definidas. Se exponen las reglas de «buena conducta»; por ejemplo: trabajaremos de forma silenciosa, nos levantaremos de nuestro asiento con permiso del profesor y seguiremos las instrucciones del profesor.
6. Éstas son las conductas específicas que serán reforzadas durante la aplicación del programa.
7. Cuando un miembro del equipo no cumple con las reglas, se identifica inmediatamente la conducta inadecuada en el niño que la realiza y la regla transgredida (*Pedro, te has levantado sin permiso del profesor y molestas a tu compañero*) y el equipo recibe una «marca».
8. Las marcas consisten en anotaciones en un panel en la pared a la vista de todos.
9. Debe establecerse con claridad el criterio para ganar y los refuerzos que se van a establecer.
10. Gana el equipo, o los equipos que tienen cuatro o menos marcas, los cuales reciben un refuerzo por su buena conducta, inmediatamente después de finalizar el tiempo de intervención diaria (tiempo de juego).
11. El líder de cada equipo (seleccionado también por el profesor como refuerzo de ciertas conductas adecuadas) entrega el refuerzo tangible a cada integrante del o los grupos ganadores.

12. Todos los equipos pueden ganar si entre todos cumplen el criterio señalado del número de conductas permitido para cada sesión o juego.
13. Los refuerzos pueden ser tangibles, actividades lúdicas o tiempo libre al final de la jornada.
14. A medida que avanza el programa puede reducirse el número de marcas admitido (por ejemplo: se comienza con un máximo de ocho marcas, y finalmente se acaba la intervención con un máximo de cuatro).

Los resultados del programa, en estudios de seguimiento a cinco años, mostraron que los niños que participaban en la intervención frente a los del grupo de control disminuían significativamente sus conductas agresivas y tenían menor probabilidad de consumo de tabaco y alcohol al llegar a la pubertad (Kellam, Mayer, Rebok y Hawkins, 1998). Los resultados no han sido tan consistentes con las conductas académicas; sin embargo, sí parecen darse ciertos efectos positivos secundarios en dichas habilidades académicas. Como concluyen Ruiz, Pino y Herruzo (2006), se puede afirmar que el JBC es un procedimiento realmente efectivo para el cambio conductual de niños y jóvenes (reducción de la frecuencia de conductas disruptivas incompatibles en contextos educativos).

3.3.3. INTERVENCIONES ESPECÍFICAS DIRIGIDAS AL NIÑO

Los objetivos de la intervención psicológica específica dirigida a los niños con TDAH son: aumentar el control de su conducta impulsiva, mejorar la atención sostenida, reducir el número de conductas disruptivas, facilitar su interacción familiar y social, y ayudarle en su aprendizaje escolar.

Debemos recordar que además de tratar los síntomas básicos (déficit atencional, hiperactividad/impulsividad), es fundamental complementar nuestra intervención actuando sobre los síntomas asociados y sobre los muy frecuentes problemas comórbidos.

Al niño se le ha de informar de los objetivos y del contenido de la intervención. Es importante que desde el primer momento *reconceptualice* el problema. El niño es consciente de que «algo le ocurre», y una información rigurosa (acorde a su edad) puede eliminar parte de la angustia por sentirse diferente. Debe saber el origen de sus dificultades y que existen estrategias que le permitirán mejorar su capacidad de respuesta a las demandas del medio. Debe tomar conciencia de que es un niño que *tiene* un problema, no que es «malo», «una calamidad» o «un incordio» que «fastidia a toda hora». Lo importante es implicarle en el tratamiento y motivarle para que trabaje y colabore, eliminando su sentimiento de culpa e incrementando su autoestima. Aprende a comprender el problema y ve en el tratamiento una posibilidad de poder solucionarlo, al menos parcialmente. Se le informa de qué comportamientos esperamos de él y que serán reforzados por sus padres y profesores, así como qué comportamientos tiene que disminuir o eliminar en determinadas situaciones.

La intervención directa con el niño puede hacerse en el ámbito clínico y/o en el colegio, pero en cualquier caso siempre es necesaria la cooperación y la comunicación continua entre los diferentes profesionales implicados (psicólogos, profesores, profesor de pedagogía terapéutica, etc.) y entre éstos y los padres. Así, por ejemplo, cuando se trabaja con el niño estrategias de resolución de problemas, tanto padres como profesores que han recibido información de las mismas podrán también trabajar estas habilidades en el contexto natural facilitando de este modo la generalización.

El programa de intervención es específico para cada niño y generalmente incluye las siguientes estrategias de tratamiento conductual y de autorregulación:

1. Autoobservación y autoevaluación.
2. Entrenamiento en autoinstrucciones.
3. Entrenamiento en autocontrol emocional.
4. Técnicas de resolución de problemas.
5. Entrenamiento en habilidades sociales.

En la mayoría de los casos, diagnosticado el problema en los primeros años de la escolarización obligatoria, la intervención psicológica comprende acciones de *reeducación psicopedagógica y/o apoyo escolar* que reentrena posibles áreas asociadas afectadas (atención, memoria, desarrollo motor, lenguaje, etc.), así como ayuda en el aprendizaje de las materias instrumentales básicas (lectura, escritura y matemáticas) tratando directamente los déficits específicos presentes en un *trastorno de aprendizaje* comórbido y técnicas de estudio. Para este tipo de intervención se han elaborado un número importante de actividades, la mayoría de papel y lápiz (véase la tabla 3.1); el *entrenamiento cognitivo* con estos materiales utiliza el proceso de autoinstrucciones como guía de trabajo.

Los niños con TDAH presentan con frecuencia un déficit en la motricidad gruesa que se manifiesta en falta de flexibilidad y rigidez en los movimientos; también suele observarse un cierto retraso en la adquisición del esquema corporal con dificultades en la coordinación visomotora y temporo-espacial; es aconsejable acompañar las propuestas escolares con ejercicios específicos encaminados a desarrollar inhibición muscular, aprender a relajarse y mejorar el control visomotor.

En los últimos años la consideración de que el elemento distintivo del TDAH es la disfunción ejecutiva, junto a los nuevos conocimientos sobre la plasticidad cerebral y el conocimiento que aportan los estudios de neuroimagen sobre cómo diferentes redes neuronales pueden implicarse en distintos procesos cognitivos, ha supuesto un nuevo impulso al entrenamiento cognitivo. Así, algunos autores consideran que el entrenamiento de las funciones atencionales y funciones ejecutivas (*entrenamiento neurocognitivo intensivo*) ha de constituir un procedimiento más dentro del abordaje multimodal del TDAH (Pistoia, Abad-Mas y Etchepareborda, 2004). Este planteamiento ha generado una importante actividad investigadora (Hoekzema et al., 2011; Klingberg et al., 2005; Pappasian, Alfonso, Luzondo y Araguez, 2009; Shalev, Tsal y Mevorach, 2007).

La *estimulación neurocognitiva computarizada* tiene como objetivo minimizar los déficits en atención y el entrenamiento de las

TABLA 3.1
Materiales de trabajo

AUTOR. EDITORIAL	NOMBRE	EDAD
Orjales, I. (2000b) Editorial: CEPE	Programa de entrenamiento para descifrar instrucciones escritas. Indicado para niños y niñas impulsivos y con déficit de atención con hiperactividad (DDAH).	A partir de los 6 años.
Orjales, I. (2007b) Editorial: CEPE	Programa de entrenamiento para descifrar instrucciones escritas con contenido matemático — 1. Especialmente indicado para niños impulsivos o con déficit de atención con hiperactividad (TDAH).	A partir de los 9 años.
Orjales, I. y De Miguel, M. (2008) Editorial: CEPE	Programa de entrenamiento en planificación. Especialmente indicado para niños impulsivos o con déficit de atención con hiperactividad (TDAH).	Entre 9 y 14 años.
Domínguez, I. y Sanginetti, H. (2010) Editorial: CEPE	Programa para la estimulación de la memoria, la atención, el lenguaje y el razonamiento. MEM (1, 2, 3, 4, 5).	6/7; 7/8; 8/9; 9/10; 10/11 años.
Vallés, A. (1999) Editorial: Promolibro	Aprendo a ser reflexivo. Programa para el control de la impulsividad y la falta de atención. 1 y 2.	De 6 a 10 años.
Vallés, A. (2011) Editorial Promolibro.	Programa FUNC1 1, 2, 3, 4 y 5. Desarrollo de las funciones ejecutivas. Autocontrol para atender, memorizar, razonar, comprender, reflexionar, organizarse y regular la conducta.	De 1º a 5º de primaria
Álvarez, L. y González-Castro, P. (2005) Editorial: CEPE	¡Fíjate y concéntrate más! Entrenamiento de la atención selectiva y sostenida (1, 2, 3 y 4).	6/8; 8/10; 10/12; 12/16 años.
García, E. M. (1998) Bilbao: Albor-Cohs	ENFÓCATE. Programa de entrenamiento en focalización de la atención. Mejorar la capacidad de atención.	6-14 años.
Cañoto, R. y López, A. (2000) Bilbao: Albor-Cohs	ESCUCHA. Programa de mejora de la atención auditiva. Mejorar la atención auditiva.	A partir de 6 años.

funciones ejecutivas (control inhibitorio, planificación, memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva, etc.); los ejercicios con el ordenador son altamente motivantes para el niño con TDAH. Los resultados obtenidos muestran ganancias en todas las funciones ejecutivas; sin embargo, queda por demostrar si se mantienen los efectos y sobre todo si éstos se generalizan a la vida real del niño.

Algo similar ocurre con el *biofeedback electroencefalográfico (BF-EEG)*, que está siendo utilizado cada vez con más frecuencia en el tratamiento del TDAH, no sin cierta polémica sobre su eficacia. Las técnicas de *biofeedback* son procedimientos que proporcionan información a la persona de algún aspecto de su actividad biológica (tasa cardíaca, tensión muscular, presión sanguínea, la actividad cerebral, etc.) que se registra de forma no invasiva, con el objetivo de que el conocimiento de esa información les facilite aprender a controlar voluntariamente dicha actividad. El *neurofeedback* permite, a través de la actividad eléctrica captada por los electrodos situados en la cabeza, que el niño aprenda a regular esa actividad cerebral al poderla observar en la pantalla de un ordenador y practicar su control con respuestas propias de un videojuego. Cuando el niño consigue un patrón neural caracterizado por reducción de ondas de actividad lenta e incremento de ondas de actividad rápida, recibe *feedback* positivo. Como estrategia de moldeado requiere que se refuerce el más mínimo cambio en la actividad fisiológica para posteriormente ir reforzando cambios mayores. Para Leins et al., 2007, los protocolos mejor establecidos son los dirigidos a producir potenciales lentos positivos y negativos, o los que buscan una disminución del ritmo theta (4-8 Hz) mientras aumenta el beta (12-20 Hz). Se pretende que el niño aprenda a producir ondas cerebrales que se asocian a un estado relajado, alerta y focalizado, y posteriormente a practicar esta habilidad para aprender a mantener este estado el mayor tiempo posible. La intervención supone unas 40-50 sesiones de *neurofeedback*, con el objetivo de que al concluir éste el incremento de la atención y la reducción de la impulsividad observados en las sesiones de entrenamiento se transfiera a ámbitos importantes de la vida del niño.

En la última década se han realizado un número importante de aplicaciones (Fuchs, Birbaumer, Lutzenberg, Gruzelier y Kaiser,

2003; Monastra, Monastra y George, 2001) en las que se informa que los niños tratados con *neurofeedback* mostraban reducciones significativas de los síntomas del TDAH muy similares a las obtenidas con niños que tomaban tratamiento farmacológico. Sin embargo, se han criticado las limitaciones metodológicas de estos trabajos por el pequeño tamaño de la muestra, el no control de variables contaminadoras, la falta en algunos casos de grupo de control, la carencia de seguimientos, etc. Revisiones más recientes (Arns, Ridder, Strehl, Breteler y Coenen, 2009; Holtmann y Stadler, 2006; Monastra, Lynn, Linden, Luber, Gruzelier y LaVaque, 2005) consideran el tratamiento como «probablemente eficaz»; sin embargo, todavía hoy se plantea la necesidad de realizar más estudios controlados y aleatorizados. La guía de la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (Pliszka-AACAP, 2007) considera que no se ha establecido la eficacia como tratamiento primario del TDAH o como coadyuvante al tratamiento psicológico.

3.3.3.1. ESTRATEGIAS DE AUTORREGULACIÓN Y CONDUCTUALES

Autoobservación y autoevaluación

Sipos (2009) propone iniciar la intervención con la utilización de estrategias cognitivo-conductuales implicando de forma activa al niño en la evaluación de su conducta; así, mediante la *autoobservación*, el niño toma conciencia de su comportamiento, de sus limitaciones, dificultades y capacidades. La incapacidad para percibir y reflexionar sobre las cosas que le ocurren y sobre las causas y consecuencias de estos hechos (característica de los niños con TDAH) se afronta mediante la práctica en autoobservación. Al niño se le propone que elabore dos listas: cosas que le resulta sencillo realizar y que considera que hace bien (generalmente para el agrado de padres y profesores), y cosas que le resulta difícil hacer bien. Observarse a sí mismo le ha de ser útil para reconocer sus problemas (situación en la que ocurre, personas implicadas, etc.), poner en marcha procesos internos de valoración y, a partir de esa informa-

ción, buscar posibles soluciones. Podemos trabajar con el niño los problemas más frecuentes (olvidar los libros o deberes en casa, molestar a sus padres con ruidos cuando están haciendo algo, perder el material escolar, etc.) para que plantee alternativas de solución.

De forma muy similar a «*el juego de estar de acuerdo*» que vimos en el apartado anterior, el terapeuta puede aprovechar el trabajo individual y las tareas escolares que pueda realizar el niño para practicar la *autoevaluación*, con el objetivo de enseñarle a adecuar sus expectativas a su rendimiento real, analizando la ejecución y el resultado. Inicialmente el propio terapeuta servirá de modelo para analizar la ejecución de una tarea específica, y posteriormente será el niño quien al finalizar, por ejemplo, una sesión de trabajo enumere las tareas realizadas y valore entre 1 y 5 su nivel de ejecución (mal, regular, bien, muy bien y perfecto), que será debatido con el terapeuta, analizando si hay acuerdo o discrepancias.

Entrenamiento en autoinstrucciones

Si consideramos (Barkley, 1997b; Servera, 2005) que el problema del niño con TDAH se centra fundamentalmente en la baja capacidad para ejercer el control inhibitorio sobre sus comportamientos, falta de autocontrol, de dificultades para guiar su conducta por instrucciones internas, todo programa de intervención debe incluir estrategias que permitan desarrollar mecanismos para inhibir respuestas activadas (reducir la impulsividad cognitiva y conductual) y resistir la distracción.

Meichenbaum (1969) y Meichenbaum y Goodman (1981), basándose en los trabajos de Vygostky y Luria sobre el lenguaje en el control de la conducta en los niños pequeños, elaboran un programa de *entrenamiento mediacional cognitivo o autoinstruccional* para desarrollar en los niños hiperactivos la verbalización de sus pensamientos, a fin de dirigir el curso de éstos y la acción, con el objetivo de modificar conductas agresivas, hiperactivas e impulsivas. El reconocimiento por parte de Meichenbaum del papel del lenguaje interno como director y controlador de la conducta le condujo a describir un procedimiento general que permite modi-

ficar las verbalizaciones internas del niño y, en consecuencia, la conducta manifiesta de los niños hiperactivos.

El *entrenamiento en autoinstrucciones* tiene como objetivo modificar el comportamiento, mediante el cambio de las verbalizaciones internas (o pensamientos) que el niño utiliza cuando realiza cualquier tarea, para conseguir una mejora en su nivel de habilidad, aumentando el nivel de autocontrol de su comportamiento. Los autores utilizan el aprendizaje por modelado para cambiar el discurso interno del niño, y a través de él modificar su comportamiento impulsivo.

Estas verbalizaciones internas (lo que el niño se dice a sí mismo) acompañan la actividad del niño, son instrucciones u órdenes que se da a sí mismo, dirigiendo su actuación. Por ejemplo: «voy a estudiar», «tengo que esperar mi turno», «voy a callarme como quiere el profesor».

El procedimiento de entrenamiento consta de cinco fases:

1. El terapeuta actúa como modelo y lleva a cabo una tarea mientras se habla a sí mismo en voz alta sobre lo que está haciendo; el niño observa (*modelado cognitivo*).
2. El niño realiza la misma tarea mientras el terapeuta continúa instruyendo al niño en voz alta (*guía externa*).
3. El niño realiza la misma tarea mientras se da a sí mismo las instrucciones en voz alta (*autoguía manifiesta*).
4. El niño se susurra a media voz a sí mismo las instrucciones mientras realiza nuevamente la misma tarea (*autoguía manifiesta atenuada*).
5. El niño guía su propia conducta al realizar la misma tarea mediante lenguaje privado —instrucciones internas— (*autoinstrucción encubierta*).

La dificultad de las tareas a realizar se va incrementando a medida que avanza el tratamiento, abarcando desde las habilidades sensoriomotoras simples, presentes en el tratamiento psicoeduca-

tivo, a las actividades académicas y a las más complejas de solución de problemas.

Para Meichenbaum (1987), las habilidades modeladas por el psicólogo para una realización eficaz ante las distintas tareas o un conflicto son:

1. De identificación y definición del problema (¿Qué es lo que tengo que hacer?).
2. De considerar distintas alternativas y soluciones (¿Qué ocurriría si...?).
3. De guía/orientación de la respuesta («Tengo que hacerlo despacio, con cuidado. Primero hacia la derecha, después hacia arriba, etc.»).
4. De autocorrección («Tengo que ir más despacio»).
5. De autorrefuerzo («Lo estoy haciendo bien»).

Orjales (2000) adapta las autoinstrucciones de Meichenbaum incorporando dibujos de apoyo en los que los niños debían repetir las siguientes autoinstrucciones ante cada tarea:

1. Definición del problema: «¿Qué es lo que tengo que hacer?».
2. Aproximación y planteamiento de estrategia general de acción: «Ahora que sé lo que tengo que hacer, ¿cómo lo voy a hacer?».
3. Focalización de la atención en las directrices que guían su ejecución: «Tengo que estar atento y observar todas las posibilidades de respuesta».
4. Elección de respuesta y autoevaluación: «Creo que el resultado correcto es éste. ¿Me ha salido bien?».
5. Autorrefuerzo y valoración de las posibles alternativas de corrección de errores cometidos. Si es correcta: «¡Fantástico!, ¡me ha salido bien!»; si resulta incorrecta: «¿Por qué he fallado? (repasso los pasos). La próxima vez intentaré ir

más despacio y no cometeré ese error. ¡Seguro que me saldrá mejor!».

Posteriormente incorpora una autoinstrucción más previa a todas («Primero miro y digo todo lo que veo») con el fin de que favorezca un análisis contextual previo y que sirva de introducción. Para esta autora (Orjales, 2007a), esta autoinstrucción asegura una percepción más completa de la información contextual relevante a la tarea, favoreciendo la comprensión de las instrucciones desde la primera lectura, e inhibirá posibles respuestas emocionales automáticas que interfieren en la ejecución posterior.

Entrenamiento en autocontrol emocional. Técnica de control de ira

Es importante que los niños aprendan a reconocer y manejar sus emociones. Son varias las estrategias que utilizan técnicas de relajación y autocontrol emocional para entrenar al niño a enfrentarse de un modo adaptativo a la ansiedad, a la ira o a la tristeza. El psicólogo podrá utilizar de forma individual en la intervención con el niño la *técnica de la tortuga*; otra muy similar es la *técnica de control de ira* (Hughes, 1988). Ésta es una estrategia de detención de pensamiento que se utilizará con niños mayores (últimos cursos de primaria y secundaria). El niño ante una situación problemática, o que le enfurece, utilizará la palabra clave «¡alto!» o «¡stop!»; también aprenderá a relajarse y estrategias de resolución de problemas. Mediante instrucciones, modelado, juego de papeles y refuerzo, el niño aprende a detener los pensamientos y afrontar las situaciones, controlando la ira y resolviendo el problema, de forma adecuada.

El proceso que sigue es el siguiente:

1. Debate sobre la ira, o ciertas reacciones desadaptativas similares y situaciones en que se generan. Consecuencias de responder de forma airada o agresiva. Se pueden poner ejemplos de situaciones hipotéticas.

2. Aprendizaje de detección de las señales «amigas»: pensamientos negativos, respuestas fisiológicas (aceleración del pulso, sudoración manos, etc.) o motoras (apretar los puños o mandíbulas, etc.) que se producen en ciertas situaciones que suelen terminar desencadenando una reacción agresiva en el niño. Detectar estas sensaciones en su inicio es el primer paso para intentar detenerlo.
3. Detención del pensamiento negativo con la palabra clave «¡alto!» o «¡stop!».
4. Autoinstrucciones de afrontamiento. A través del modelado se les enseña a los niños que para detener el pensamiento negativo utilicen tras la palabra «stop» autoinstrucciones positivas incompatibles con éstos, como «*tranquilo*», «*puedo solucionarlo*», etc.
5. Aprendizaje y práctica de la relajación y respiración.
6. Se practica en situaciones ficticias lo aprendido y se introduce la estrategia de resolución de problemas.

Técnicas de resolución de problemas

El *entrenamiento en solución de problemas* recoge un grupo de técnicas destinadas a proporcionar a los sujetos ciertas habilidades que les permitan aumentar la probabilidad de resolver eficazmente las diversas situaciones problemáticas en las que se pueden encontrar diariamente.

Para D'Zurrilla y Golfried (1985), la solución de problemas se define como un proceso conductual, manifiesto o cognitivo que: *a)* hace que esté disponible una variedad de alternativas de respuesta potencialmente eficaces para enfrentarse a situaciones problema, y *b)* aumenta la probabilidad de seleccionar la respuesta más eficaz de entre las distintas alternativas.

El entrenamiento se lleva a cabo mediante un moldeamiento progresivo de las habilidades del niño para reconocer y resolver problemas y tiene por objetivo prepararle a enfocar todas las situaciones problemáticas con dicha estrategia. Al niño se le enseña

a afrontar los problemas siguiendo los pasos lógicos del proceso solución de problemas o toma de decisiones:

1. *Orientación general.* Aceptar que las situaciones problemáticas existen, reconocer el problema e inhibir la tendencia a responder al primer impulso.
2. *Definición y formulación del problema.*
3. *Generar alternativas,* buscar distintas soluciones.
4. *Toma de decisiones.* Evaluar las alternativas y sus consecuencias; seleccionar la mejor.
5. *Ejecución y verificación.* Poner en marcha el plan y evaluar los resultados.

Entrenamiento en solución de problemas cognitivos interpersonales de Spivack y Shure

En la década de los setenta Spivack y Shure (1974) comenzaron a investigar la relación entre habilidades para solucionar problemas y la salud mental; estos trabajos les llevaron a la consideración de la estrecha relación existente entre un buen ajuste social y la habilidad para pensar y resolver problemas cotidianos. De este modo, frente a enfoques anteriores, centrados en tareas o problemas «im-personales», plantean una orientación centrada en el manejo de eventos personales y particularmente en las dificultades/conflictos interpersonales. Desarrollan una estrategia de *entrenamiento en solución de problemas cognitivos interpersonales* (SPCI), con el objetivo de aumentar el ajuste social y la competencia en este ámbito. Este enfoque se centra en las habilidades de solución de problemas que indican cómo ve y maneja un individuo situaciones de esta naturaleza que requieren una solución.

Estudiaron los procesos cognitivos de solución de problemas en niños de cuatro y cinco años, intentando descubrir cómo pensaban y qué tipo de habilidades empleaban ante un problema hipotético. Con este procedimiento concretan una serie de habilida-

des que se denominan: habilidades cognitivas interpersonales de solución de problemas.

Partían de la hipótesis de que si los niños adaptados empleaban ciertas habilidades, un programa que intensificara estas competencias reduciría conductas disfuncionales, tales como impulsividad e inhibición, e incluso prevendría su aparición. Los autores partían de la idea de que al niño se le ha de entrenar cuanto antes en habilidades resolutorias y que deben aprender a cómo pensar y a ser capaces de resolver sus propios problemas con independencia. El objetivo fundamental es prevenir de posibles problemas de ajuste y competencia social.

Shure y Spivack diseñaron un programa para niños de clase baja partiendo de la idea de que éstos presentan déficits mayores en las habilidades de solución de problemas que otros niños. En el programa se le muestran al niño dibujos y muñecos que representan situaciones interpersonales, y se le pide que piense en todas las formas posibles para que el personaje resuelva diferentes situaciones, como por ejemplo: *conseguir que otro niño le deje dar comida a su mascota*.

El contenido de los problemas que trabajan versa sobre relaciones interpersonales, tales como:

- *Qué hacer para recuperar un juguete que ha cogido tú hermano o un amigo.*
- *Qué hacer cuando has roto o estropeado algo de casa.*

Los resultados indican que los niños aumentan sus habilidades de resolución de problemas interpersonales y por tanto el grado de ajuste y competencia social.

Respecto a los comportamientos agresivos que presentan ciertos niños y adolescentes, se considera que tienen su origen en la existencia de un déficit en el repertorio conductual de este tipo de habilidades interpersonales (Spivack y Shure, 1974), debido a haber estado expuestos a modelos agresivos de resolución de problemas.

Shure (1982) afirmó que el «*pensamiento consecuencial*» (valorar las consecuencias de cada alternativa) permite diferenciar a los adolescentes reflexivos de los impulsivos. Señaló que la tendencia de los sujetos para valorar las consecuencias de sus actos resulta muy importante para tener un buen ajuste comportamental al llegar a la adolescencia.

El objetivo del «*entrenamiento en estrategias de resolución de problemas*» es dotar al niño de una serie de habilidades que le permitan ante una situación conflictiva interpersonal: *a)* definir el problema real; *b)* sus objetivos; *c)* elaborar las estrategias para dar solución a su problema, y *d)* delimitar los pasos a seguir; minimizando el riesgo de una conducta violenta como respuesta del niño o adolescente.

En sus investigaciones identifican una serie de habilidades cognitivas de solución de problemas que tienen gran relevancia para el ajuste interpersonal. Las principales habilidades clave para todas las edades serían:

- La habilidad para pensar soluciones alternativas (imaginar, buscar/pensamiento alternativo) a los problemas interpersonales.
- La habilidad (pensamiento medios-fines) para planificar cuidadosamente, paso a paso, los medios para conseguir la meta establecida, anticipando los obstáculos que puedan entorpecer el plan y la consecución de la meta.
- Sensibilidad para los problemas interpersonales. Habilidad para percibir un problema cuando existe.
- Habilidad para identificar lo que podría suceder (pensamiento consecuencial). Considerar los pros y los contras de las posibles acciones antes de decidir.
- Sensibilidad para las causas y efectos de la conducta humana (pensamiento social de causa-efecto). Habilidad para relacionar un suceso con otro en el tiempo.

Procedimiento.

El terapeuta plantea al niño situaciones conflictivas y se le enseña a utilizar un enfoque activo para resolver los problemas interpersonales. Generalmente el número de sesiones es de 8 a 12.

Se ensaya con él el proceso lógico de solución de problemas dando respuesta a las siguientes cuestiones:

- *¿Cuál es mi problema?*

Ante una situación conflictiva se le enseña a definir el problema, centrándose en los aspectos importantes. Definir su problema real.

- *¿Qué quiero obtener? o ¿cuál es mi objetivo?*

Se le enseña a establecer sus objetivos.

- *¿Cuál es mi plan de acción?*

Aprende a elaborar estrategias que pueden ser útiles para resolver el problema o acercarse a la meta.

- *¿Cómo lo haré?*

Se le enseña a establecer un camino que recorrerá paso a paso.

Se practican situaciones conflictivas o problemáticas interpersonales enseñando al niño a seguir los pasos lógicos en el proceso de solución de problemas:

- Reconocer el problema, los sentimientos y las causas de los mismos.
- Definir el problema.
- Buscar distintas soluciones y predecir consecuencias.

- Seleccionar la más adecuada.
- Poner en marcha el plan.
- Evaluar los resultados.

Para llevar a cabo este aprendizaje el terapeuta combina las técnicas de modelado, ensayo de conducta —representación de papeles— y refuerzo positivo, siguiendo la metodología de «*aprendizaje estructurado*» de Goldstein (1973).

El metaanálisis realizado por Durlak, Fuhrman y Lampman (1991) establece que la técnica es eficaz para disminuir la conducta agresiva y antisocial. Rappaport y Thomas (2004) consideran que el «*entrenamiento en resolución de problemas*» ha mostrado efectos positivos sobre la competencia social.

Entrenamiento en habilidades sociales

Las habilidades sociales son un importante factor predictivo del desarrollo psicosocial y afectivo del niño y de su salud mental. Los niños con TDAH tienen dificultades en las relaciones interpersonales y baja competencia social; según Barkley (2006), entre un 50-70 por 100 de los niños afectados presentan problemas en sus relaciones sociales, pese a sus continuos intentos por ser aceptados por el grupo de iguales.

A partir de la segunda infancia y/o cuando existe la posibilidad de que se produzcan complicaciones o están presentes otros trastornos comórbidos (oposicionismo o conducta disocial) el *entrenamiento en habilidades sociales* suele formar parte del tratamiento del TDAH, con el objetivo de que aprendan destrezas que les permitan mejorar sus relaciones interpersonales. Muchos niños, a partir de la segunda infancia, presentan conductas agresivas al carecer de los repertorios prosociales necesarios para establecer relaciones de cooperación con los compañeros o los adultos. La conducta agresiva, la desobediencia y la conducta más extrema —disocial u oposicionista—, puede ser alterada, en ma-

yor o menor grado, proporcionando al niño experiencias específicas de aprendizaje que le provean de alternativas prosociales (entrenamiento en habilidades sociales). Sin embargo, es importante destacar que los programas de entrenamiento en habilidades sociales que se han elaborado han mostrado una menor eficacia en niños con TDAH respecto a los que no tienen el trastorno (Pardos, Fernández-Jaén y Martín Fernández-Mayoralas, 2009), debido a: la dificultad que presentan para regular el comportamiento en función de las demandas situacionales, manteniendo una tendencia a comportarse siempre igual sin aplicar lo entrenado; la dificultad en atender a las señales apropiadas de la emoción, regular las emociones y tolerar la frustración, a la persistencia del rechazo social por sus compañeros por mantenerse el estereotipo respecto al niño, etc.

Las habilidades sociales son una serie de conductas observables, pero también de pensamientos y emociones, que nos ayudan a mantener relaciones interpersonales satisfactorias. El objetivo del entrenamiento en habilidades sociales es aumentar la competencia del niño o del joven para responder adecuadamente a situaciones interpersonales específicas.

Las habilidades sociales son importantes en la vida de las personas si consideramos que:

- La conducta humana se lleva a cabo en un medio eminentemente social.
- Las relaciones interpersonales son una de las más importantes fuentes de bienestar (aumenta nuestra calidad de vida al sentirnos bien) y también una de las principales causas de estrés y malestar.
- El déficit en habilidades sociales nos puede ocasionar emociones negativas (ira, sentimiento de rechazo, etc.).
- Las personas con déficits en habilidades sociales pueden padecer problemas psicológicos (ansiedad, depresión, problemas de conductas agresivas, trastorno disocial, etc.).

Por entrenamiento en habilidades sociales se entiende aquel procedimiento, compuesto por técnicas conductuales, orientado a la adquisición o facilitación de conductas eficaces, inexistentes o inhibidas en el repertorio conductual del niño, que le posibiliten un adecuado manejo de las situaciones de tipo interpersonal. El objetivo es incrementar la capacidad del niño para responder de forma apropiada a las demandas que se generan en toda relación interpersonal.

Las técnicas o componentes básicos del entrenamiento en habilidades sociales (Caballo, 2002) son: las instrucciones proporcionadas por el psicólogo, el modelado, el ensayo de conducta, la retroalimentación y el reforzamiento social —estos dos últimos proporcionados también por el psicólogo— y la práctica en vivo o tareas para casa.

El entrenamiento en habilidades sociales se lleva a cabo frecuentemente en grupo, puesto que además de la economía que supone esta variante, el entrenamiento en grupo presenta las siguientes ventajas:

- a) promueve la discusión del comportamiento social que se considera adecuado en una situación concreta;
- b) ofrece diferentes modelos de conducta social apropiada (modelado múltiple);
- c) suministra modelos de ejecución similares a los observadores (modelado *copying*), además del modelado del terapeuta (modelado *mastery*);
- d) proporciona una tasa de reforzamiento positivo mayor;
- e) otorga más retroalimentación.

Procedimiento (*aprendizaje estructurado de Goldstein*).

1.^a Fase educativa

En las primeras sesiones del entrenamiento en habilidades sociales el psicólogo expone las ventajas de la conducta socialmente

habilidosa y los inconvenientes de comportarse de forma inhibida o agresiva.

2.^a Fase de práctica en el contexto terapéutico

En esta segunda fase llevamos a cabo el ensayo conductual de las respuestas socialmente adecuadas en situaciones interpersonales determinadas.

El entrenamiento de una habilidad social concreta en una situación específica simulada en la consulta se lleva a cabo de acuerdo con la siguiente secuencia:

1. El psicólogo plantea al grupo una «situación problema» (por ejemplo, *«pedir un favor»*) para que se represente.
2. Los niños representan la situación tal como él la hace habitualmente.
3. Se analiza.
4. Se sugieren respuestas alternativas; por ejemplo, *«mira a los ojos del interlocutor cuando hables»*, *«eleva la voz»*, *«acércate algo más»*, etc.
5. El psicólogo u otro modelo realiza una demostración de la conducta social habilidosa ejecutando el comportamiento correspondiente; en el modelado se destacan los elementos que el niño ha de observar.
6. El niño efectúa prácticas de la conducta social habilidosa instruida y modelada.
7. El psicólogo, si la ejecución ha sido correcta, se lo dice al niño y le refuerza socialmente la conducta social ensayada: *«¡muy bien! has mirado a los ojos»*; en caso contrario, le informa —sin censura— sobre los aspectos no habilidosos de la ejecución.
8. En el modelado se puede utilizar el encadenamiento, es decir, se practica aisladamente cada componente y luego se unen los componentes ensayados.

9. Estos pasos se repiten varias veces hasta que el psicólogo estima que el niño ejecuta la conducta social entrenada de forma apropiada.

3.^a *Fase de práctica en contextos naturales*

Durante el entrenamiento el psicólogo propone a los niños *ta-reas para casa*, esto es, la realización de conductas sociales —ya entrenadas en la situación artificial— en situaciones naturales. Esta práctica en vivo promueve la generalización y contribuye al mantenimiento de los cambios terapéuticos.

3.3.3.2. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CONDUCTUAL-COGNITIVA EN NIÑOS

Es importante, al elaborar el plan de intervención, considerar la motivación del niño, planteando las sesiones de trabajo lo más atractivas y variadas posible, con un lenguaje comprensible y habitual para su edad; con este fin se han elaborado múltiples programas sistemáticos de autorregulación para incrementar el autocontrol, las habilidades sociales y cognitivas de los niños, utilizando y combinando las técnicas anteriormente descritas. Algunos de los más utilizados pueden verse en la tabla 3.2.

TABLA 3.2
Programas de intervención conductual-cognitivos

PROGRAMA	OBJETIVOS	EDAD DE APLICACIÓN
Camp, B. W. y Bash, M. A. (1998). <i>Piensa en voz alta</i> . Valencia: Promolibro.	Promover el desarrollo de habilidades de resolución de problemas interpersonales. Impulsividad y agresividad.	6-8 años.
García, E. M. y Magaz, A. (1997). ESCEPI. <i>Programa de enseñanza de habilidades cognitivas para evitar problemas interpersonales</i> . Bilbao: Albor-Cohs.	Enseñanza de soluciones cognitivas para evitar problemas interpersonales.	4-10 años
Gargallo, B. (2011). PIAAR-R (1 y 2). <i>Programa de intervención para aumentar la atención y la reflexividad</i> . Madrid: TEA Ediciones.	Refuerzo de algunas funciones básicas: discriminación, atención, razonamiento, autocontrol verbal, análisis de detalles, uso de estrategias cognitivas y de escudriñamiento	Nivel 1: 7-11 años. Nivel 2: 9-14 años.
Bornas, X., Servera, M. y Galván, M. R. (2000). PEMPA. <i>Para, escucha, mira, piensa y actúa. Programa para el desarrollo de la reflexividad y el autocontrol</i> . Bilbao: Albor-Cohs.	Aumentar la reflexividad y el autocontrol.	3-8 años.
Ibarrola, B. y Delfo, E. (2005). <i>Sentir y pensar. Programa de inteligencia emocional para niños de 3 a 5 años</i> . Madrid: SM.	Incremento y mejora de: la autoestima, el autoconocimiento, la comunicación, la autonomía, las habilidades sociales, la escucha, la solución de conflictos, el pensamiento positivo y la asertividad.	3-5 años.
Ibarrola, B. y Delfo, E. (2003). <i>Sentir y pensar. Programa de inteligencia emocional para niños de 6 a 8 años</i> . Madrid: SM.	Incremento y mejora de: la autoestima, el autoconocimiento, la comunicación, la autonomía, las habilidades sociales, la escucha, la solución de conflictos, el pensamiento positivo y la asertividad.	6-8 años.
Orjales, I. (2000). <i>Programa de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad</i> . Madrid: CEPE.	Incrementar el autocontrol, la atención, el autoconcepto y la autoestima. Aprender estrategias de solución de problemas sociales y técnicas de relajación.	6-12 años.

TABLA 3.2 (continuación)

PROGRAMA	OBJETIVOS	EDAD DE APLICACIÓN
Vallés, A. (1999b). <i>SICLE. Siendo inteligentes con las emociones</i> . Valencia: Promolibro.	Desarrolla las capacidades emocionales de los niños, mediante el aprendizaje de la identificación y expresión de las propias emociones, los sentimientos, la empatía y las habilidades de comunicación interpersonal.	Primero y segundo ciclo de primaria (6-10 años).
Gandarias, A., Magaz, A., Garía, E. M. y López, M. L. (2000). <i>AVANCEMOS. Programa de entrenamiento en habilidades sociales</i> . Bilbao: Albor-Cohs.	Desarrollo de las habilidades sociales, aumentar la autoestima y la seguridad personal.	De 12 a 18 años.
Monjas, M. I. (1999). <i>Programa de enseñanza de habilidades de interacción social para niños y niñas en edad escolar (PEHIS)</i> . Madrid: CEPE.	Promocionar las competencias sociales. Fomentar las relaciones interpersonales positivas.	3-6 años, 6-12 años y 12-16 años.
Roca, E. (2007). <i>Cómo mejorar tus habilidades sociales</i> . Valencia: ACDE.	Habilidades sociales, autoestima e inteligencia emocional.	Adolescentes y jóvenes.

Bibliografía recomendada

Barkley, R. A. (2006) (ed.). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3.^a ed.). New York: Guildford Press.

Este manual es referencia esencial para el conocimiento del TDAH. Obra clásica, totalmente actualizada, de Rusell A. Barkley, uno de los más importantes expertos internacionales en el ámbito de este trastorno, aborda de forma amplia la naturaleza, la evaluación y el tratamiento.

Barkley, R. A. (2011). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Madrid: Paidós.

Libro dirigido fundamentalmente a padres y madres, proporciona información precisa, orientaciones y estrategias concretas para guiar la educación del niño con TDAH.

Moreno, I. (2008). *Hiperactividad infantil. Guía de actuación*. Madrid: Pirámide.

La autora, reconocida especialista en el TDAH, dirige este libro a padres y educadores. Propone estrategias para ayudar a los padres a actuar en el ámbito familiar y, considerando el importante papel del profesor en la intervención del niño con TDAH, propone un protocolo de actuación en el ámbito escolar.

Orjales, I. (2009). *Claves para afrontar la vida con un hijo con TDAH*. Madrid: Pirámide.

De forma clara y sencilla, la autora dirige este libro a padres y madres con el objetivo de que obtengan respuestas a las muchas preguntas que un trastorno de esta naturaleza les lleva a plantearse. La información precisa será el primer requisito para afrontar la educación de sus hijos de la forma más positiva.

Perellada, M. (2009) (coord.). *TDAH. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta*. Madrid: Alianza Editorial.

Libro dirigido a profesionales (el último capítulo está dirigido a los padres) que recoge ampliamente toda la información que en la actualidad se dispone sobre el trastorno: concepto, evaluación y tratamiento (farmacológico y psicológico) del trastorno en niños, adolescentes y adultos.

Fuentes electrónicas. Direcciones web de interés

www.feaadah.org

Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad.

www.fundacionadana.org

Fundación ADANA. Fundación privada sin ánimo de lucro.

www.trastornohiperactividad.com

Página sobre TDAH publicada por los laboratorios Janssen-Cilag.

www.chadd.org

Niños y adultos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Organización sin ánimo de lucro de los Estados Unidos.

www.addiss.co.uk

Servicio Nacional de Información y Apoyo para el Trastorno por Déficit de Atención. Organización sin ánimo de lucro. Londres (Reino Unido).

Referencias bibliográficas

- Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families (pueden encontrarse en www.ued.uab.es).
- Adler, L., Barkley, R. A. y Newcorn, J. (2008). ADHD and comorbidity in adults. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1328-1335.
- Ajuriaguerra, J. y Marcelli, D. (1982). *Manual de psicopatología del niño*. Barcelona: Toray-Masson.
- Álvarez, L. y González-Castro, P. (2005). *¡Fíjate y concéntrate más!* Madrid: CEPE.
- Álvarez, M. y Fernández, R. (2002). *CHTE. Cuestionario de hábitos y técnicas de estudio*. Madrid: TEA Ediciones.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2.^a ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3.^a ed.). Washington, DC: APA (trad. Masson, 1983).
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3.^a ed. revisada). Washington, DC: APA (trad. Masson, 1988).

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.^a ed.). Washington, DC: APA (trad. Masson, 1995).
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.^a ed. revisada). Washington, DC: APA (trad. Masson, 2002).
- Anastopoulos, A.D., Barkley, R.A. y Shelton, T. L. (1996). Family-based treatment: Psychosocial intervention for children and adolescents with déficit hyperactivity disorder. En E. D. Hibs y P. Jensen (comp.), *Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Disorders* (pp. 267-284). Washington: APA.
- Anstheil, K. M. y Barkley, R. A. (2008). Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17 (2), 421-437.
- Ardoin, S. P. y Martens, B. K. (2004). Training children to make accurate self-evaluations: Effects on behavior and the quality of self-ratings. *Journal of Behavioral Education*, 1, 1-23.
- Arco, J. L., Fernández-Martín, F. D. e Hinojo, F. J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica. *Psicothema*, vol. 16, n.º 3, 408-414.
- Arns, M., Ridder, S., Strehl, U., Breteler, M. y Coenen, A. (2009). Efficacy of Neurofeedback Treatment in ADHD: the Effects on Inattention, Impulsivity and Hyperactivity: a Meta-Analysis. *Journal of Clinical EEG and Neuroscience*, 3, 180-189.
- Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36 (Supl. 1), 68-78.
- Artigas-Pallarés, J. (2009). Modelos cognitivos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 49 (11), 587-593
- Avellaneda, M. P., Corps, E. R., Cabezas, M. M. y Polo, A. (2004). *DIE. Diagnóstico integral del estudio*. Madrid: TEA Ediciones.
- Avila, M. C. y Polaino-Lorente, A. (1991). Adaptación del Classroom observation code en la población escolar para la evaluación de la hiperactividad infantil. *Anuario de Psicología*, 48, 55-68
- Banaschewski, T., Coghill, D., Santohs, P., Zulfaddas, A. Asherson, P. y Buitelaar, J. et al. (2006). Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15 (8), 476-495.

- Bangs, M. E., Wisniewski, T., Polzer, J., Zang, S., Acharya, N., Desai, D., Trzepacz, P. T. y Allen, A. J. (2008). Meta-analysis of suicide-related behavior events in patients treated with atomoxetine. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 209-218.
- Barbaranelli, C., Caprara, G. V. y Rabasca, A. (2005). *BFQ-NA. Cuestionario «Big Five» de personalidad para niños y adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Barkley, R. A. (1982). Guidelines for defining hyperactivity in children. Attention deficit disorder with hyperactivity. En B. B. Lahey y A. E. Kazdin (comp.), *Advances in Clinical Child Psychology*. New York: Plenum Press.
- Barkley, R. A. (1987). *Defiant Children: A clinicians manual for assessment and parent training*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997). *Defiant Children: A clinicians manual for assessment and parent training* (2.^a ed.). New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997b). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2002). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorders in children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 36-43.
- Barkley, R. A. (2003). Editorial commentary on EEG and neurofeedback finding in AD/HD. *The AD/HD Report*, 11, 7-9.
- Barkley, R. A. (2006) (Ed.). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3.^a ed.). New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2007). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.
- Barkley, R. A. (2008a). El TDAH como trastorno de las funciones ejecutivas: aplicaciones para su manejo en el aula. En A.N.S.H.D.A. *Hiperactivos. Estrategias y técnicas para ayudarlos en casa y en la escuela* (pp. 67-82). Madrid: Editorial Lo que no existe.
- Barkley, R. A. (2008b). El manejo del TDAH en el aula: Estrategias para el éxito. En A.N.S.H.D.A. *Hiperactivos. Estrategias y técnicas para ayudarlos en casa y en la escuela* (pp. 39-64). Madrid: Editorial Lo que no existe.
- Barkley, R. A. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Revista de Neurología*, 48 (Supl. 2), 95-99.

- Barkley, R. A. y Benton, Ch. M. (2000). *Hijos desafiantes y rebeldes. Consejos para recuperar el afecto y lograr una mejor relación con su hijo*. Barcelona: Paidós.
- Barkley, R. A. y Gordon, M. (2002). Research on comorbidity, adaptive functioning, and cognitive impairments in adults with ADHD: implication for a clinical practice. En S. Goldstein y A. T. Ellison (comp.). *Clinician's guide to adult ADHD: assessment and intervention* (pp. 43-69). San Diego: Academic Press.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R. y Bauermeister, J. J. (1998). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Un manual de trabajo clínico*. New York: The Guildford Press.
- Barrish, H., Saunders, M. y Wolf, M. (1969). Good Behavior Game: Effects of individual contingencies for group consequences on disruptive behavior in a classroom. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2, 119-124.
- Beauregard, M. y Lévesque, J. (2006). Functional magnetic resonance investigation of the effects of neurofeedback training on the neural bases of selective attention and response inhibition in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 31(1), 3-20.
- Biederman, J. (2004). Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (3), 3-7.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., Knee, D. y Tsuang, M. T. (1990). Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 526-533.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spnecer, T. et al. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *The American Journal of Psychiatry*, 159 (1), 36-42.
- Biederman, J., Mick, E., Surman, C., Doyle, R. Hammerness, P., Harpold, T., Dunkel, S., Dougherty, M., Aleardi, M. y Spencer, T. (2006). A randomized placebo-controlled trial of OROS methylphenidate in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 59 (9), 829-835.
- Biederman, J. y Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366, 237-248.

- Bornás, X., Servera, M. y Galván, M. (2000). *PEMPA. Programa para el desarrollo de la reflexividad y el autocontrol*. Bilbao: Grupo Albor-Cohs.
- Bourneville, D. M. (1897). *Le traitement medico-pedagogique des diferentes formes de l'idiotie*. París: Alcan.
- Bradley, C. (1937). The behavior of children receiving benzedrine. *American Journal of Psychiatry*, 94, 577-589.
- Brickenkamp, R. y Zillmer, E. (2005) *D2. Test de atención*. Madrid: TEA Ediciones.
- Brown, Th. E. (2006). *Trastorno por déficit de atención. Una mente desenfocada en niños y adultos*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Buitelaar, J.K. y Engeland, H. (1996). Epidemiological approaches. En S. Sandberg (Comp.) *Hyperactivity disorders of childhood* (pp. 26-68). Cambridge: University Press.
- Caballo, V. E. (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Cairns, E. D. y Cammock, J. (2002). MFF-20, *Test de emparejamiento de figuras conocidas*. Madrid: TEA Ediciones.
- Calderón, C. (2001). Resultados de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, *Anuario de Psicología*, vol. 32, n.º 4, 79-98.
- Camp, B. W. y Bash, M. A. S. (1998). *Piensa en voz alta. Un programa de resolución de problemas para niños*. Valencia: Promolibro.
- Cañoto, R. y López Rubio, A. (2000). ESCUCHA. *Programa de mejora de la atención auditiva*. Bilbao: Grupo: Albor-Cohs
- Capdevilla, C., Artigas, J. y Obiols, J. E. (2006). Tempo Cognitivo Lento: ¿síntomas del trastorno de déficit de atención/hiperactividad predominantemente desatento o una nueva entidad clínica? *Revista de Neurología*, 42 (Supl. 2), 127-134.
- Cardó, E. y Servera, M. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad: revisión metodológica. *Revista de Neurología*, 40 (Supl. 1), 11-15.
- Castellanos, F. X. y Acosta, M. T. (2004). Neuroanatomía del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 38 (Supl. 1), 131-136.
- Charach, A., Fifueroa, M., Chen, S., Ickowicz, A. y Schachar, R. (2006). Stimulant treatment over 5 years: effects on growth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (4), 415-421.

- Chess, S. (1960). Diagnosis and treatment of the hyperactive child. *New York State Journal of Medicine*, 60, 2379-2385.
- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T. y Pelham, Jr. W. E. (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 1-27.
- Chronis, A. M., Jones, H. A. y Raggi, V. L. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents-with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 26, 486-502.
- Clements, S. D. (1966). *Minimal Brain Dysfunction in Children. Terminology and Identification* (USPH Publication n.º 1415). Washington, U.S. Government Printing Office.
- Clements, S. D. y Peters, J. E. (1962). Minimal brain dysfunction in the school-age child. *Archives of General Psychiatry*, 6, 185-197.
- Clouston, T. S (1899) *Clinical Lectures on Mental Diseases*. Londres: J. & A. Churchill.
- Conners, C. K. (1995). *Conners' Continuous Performance Test*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Conners, C. K. (2004). *Conners' Continuous Performance Test II (CPT II V. 5)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Conners, C. K. (2008). *Conners. 3rd. Edition*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Cooper, P. y Bilton, K. M. (2002). *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A practical guide for teachers*. London: David Fulton.
- Coronado, A. (2009). Assessment of an educational behavioral management program. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 7 (2), 805-828.
- Cuetos, F., Rodríguez, B., Ruano, E. y Arribas, D. (2005). *PROLEC-R. Bateria de evaluación de los procesos lectores, revisada*. Madrid: TEA Ediciones.
- Cruz, M.V. y Cordero, A. (2004). *IAC. Inventario de adaptación de conducta*. Madrid: TEA Ediciones.
- D'Zurrilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1985). Solución de problemas y modificación de conducta. En C. Botella (comp.). *Aportaciones a la psicoterapia* (pp. 195-238). Valencia: Promolibro [reimpreso de Journal of Abnormal Psychology, 1971, 78 (1), 107-126].

- Del Barrio, M. V., Spileberger, C. D. y Aluja, A. (2006). *STAXI-NA. Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Del Corral, P. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la hiperactividad. En M. Pérez-Álvarez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez e I. Amigo (comp.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia* (pp. 137-149). Madrid: Pirámide.
- Domínguez, I. y Sanginetti, H. (2010). *Programa para la estimulación de la memoria, la atención, el lenguaje y el razonamiento. MEM (1, 2, 3, 4 y 5)*. Madrid: CEPE.
- Douglas, V. I. (1972). Stop, look and listen: the problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 4, 259-282.
- Dubey, D., O'leary, S. y Kaufman, K. (1983). Training parents of hyperactive children in child management, a comparative outcome study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 229-246.
- DuPaul, G. J., Anastopoulos, A. D., Power, T. J. Reid, R. Ikeda, M. J. y McGoey, K. E. (1998). Parent ratings of attention-deficit/hyperactivity disorders symptoms: factor structure and normative data. *Journal of Psychopathology Behavioral Assessment*, 20 (1), 83-192.
- DuPaul, G. J. y Hoff, K. E. (1998). Reducing disruptive behavior in general education classrooms: The use of self-management strategies. *School Psychology Review*, 27, 290-303.
- DuPaul, G. J. y Power, T. J. (2003). Intervenciones educativas para alumnos con trastornos por déficit de atención. En T. Brown (comp.). *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos* (pp. 607-635). Barcelona: Masson.
- DuPaul, G. J. y Weyandt, L. L. (2006). School-based intervention for children with attention deficit and behavioral functioning. *International Journal of Disability Development and Education*, 53, 161-176.
- Durlak, J. A., Fuhrman, T. y Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive-behavior therapy for maladapting children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110, 204-214.
- Ebaugh, F. G. (1923). Neuropsychiatric sequelae of acute epidemic encephalitis in children. *American of Diseases of Children*, 5, 89-97.
- Eells, T. D. (2007). *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York: Guildford Press.

- Ezpeleta, L., De la Osa, N., Doménech, J. M., Navarro, J. B. y Losilla, J. M. (1997). Fiabilidad test-retest de la adaptación española de la Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICAR-R). *Psicothema*, 9, 529-539.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Spencer, T. y Aleardi, M. (2006). Comparing the efficacy of medication for ADHA using meta-analysis. *Medscape General Medicine*, 8:4.
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A. y Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57 (11), 1313-1323.
- Farré-Riba, A. y Narbona, J. (1997). *Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: TEA.
- Food and Drug Administration (2011). *Guías de medicamentos* (disponible en <http://www.fda.gov/Drugs/DrugsSafety/ucm085729.htm>).
- Feindler, E. L. y Fremouw, W. J. (1987). Entrenamiento en inoculación de estrés para adolescentes con problemas de ira. En D. Meichenbaum y M. E. Jaremko (eds.). *Prevención y reducción del estrés* (pp. 389-419). Bilbao: DDB (orig. 1983).
- Fernández-Ballesteros, R. (2011a). *Evaluación psicológica. Concepto, métodos y estudios de casos* (2.ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011b). La observación. En R. Fernández-Ballesteros (comp.). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos* (2.ª ed.) (pp. 193-234). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Parra, A. y Muñoz-Manzano, L. (2005). Pautas de entrevista para padres de niños con comportamiento perturbador. En V. E. Caballo (comp.). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad. Instrumento incluido en el CD-ROM*. Madrid: Pirámide.
- Forehand, R. y MacMahon, R. J. (1981). *Helping the noncompliant child: A clinicians' guide to parent training*. New York: Guildford Press.
- Fox, R. M. y Azrin, N. H. (1972). Restitution: A method of eliminating aggressive-disruptive behavior of retarded and brain damaged patients. *Behavior Research and Therapy*, 10, 15-27.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (2005). (ACS) «Escala de afrontamiento para adolescentes». Madrid: TEA Ediciones.

- Fuchs, T., Birbaumer, N., Lutzenberger, W., Gruzelier, J. H. y Kaiser, J. (2003). Neurofeedback treatment for AD/HD in children: A comparison with methylphenidate. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 28, 1-12.
- Gandarias, A., Magaz, A., García-Pérez, E. M. y López, M. L. (2000). *AVANCEMOS. Programa de entrenamiento en habilidades sociales*. Bilbao: Albor-Cohs.
- García-Pérez, E. M. (1998). *ENFÓCATE. Programa de entrenamiento en focalización de la atención*. Bilbao: Grupo Albor-Cohs.
- García Pérez, E. M. (2006). *S.O.S. en el aula. Ayudas para profesores de niños hiperactivos e inatentos*. Bilbao. Grupo Albor-Cohs.
- García-Pérez, E. M. y Magaz, A. (2000a). (*EMHAS*). *Escala Magallanes de hábitos asertivos*. Bilbao: Grupo Albor-Cohs.
- García Pérez, E. M. y Magaz, A. (2000b). *ESCEPI. Programa de enseñanza en habilidades cognitivas para evitar problemas interpersonales*. Bilbao: Grupo Albor-COHS
- García-Pérez, E. M. y Magaz, A. (2002) *EMA. Escala Magallanes de adaptación*. Bilbao: Grupo Albor-Cohs.
- Gargallo, B. (2011). *PIAAR-R (1 y 2) Programa de intervención para aumentar la atención y la reflexividad*. Madrid: TEA Ediciones.
- Garnock, K. P. y Keating, G. M. (2009). Atomoxetine: a review of its use in attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatric Drugs*, 11, 203-226.
- Geller, D., Donnelly, C., López, F., Rubin, R., Newcorn, J. H., Sutton, V., Bakken, R., Paczkowski, M., Kelsey, D. y Sumner, C. (2007). Atomoxetine treatment for pediatrics patients with attention-deficit/hyperactivity disorder with comorbid anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1119-1127.
- González, J. y García, F. J. (2000). *Sociomet*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gelfand, D. M. y Hartman, D. P. (1989). *Análisis y terapia de la conducta infantil*. Madrid: Pirámide.
- Gillis, J. J., Gilber, J. W., Pennington, B. F. y Defries, J. C. (1991). Attention deficit disorder in reading disabled twins, evidence for a genetic etiology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 4, 303-315.
- Gillis, J. S. (2008). *CAS. Cuestionario de ansiedad infantil*. Madrid: TEA Ediciones.

- Gismeno, M. E. (2010). (*EHS*). *Escala de habilidades sociales*. Madrid: TEA Ediciones.
- Golden, C. J. (1994) *Stroop, Test de colores y palabras*. Madrid: TEA Ediciones.
- Goldstein, A. P. (1973). *Structured learning therapy: Toward a psychotherapy of the poor*. New York: Academic Press.
- Goldstein, S. (2002). Continuity of ADHD in adulthood: hypothesis and theory meet reality. En S. Goldstein y A. T. Ellison (comp.), *Clinician's guide to adult ADHD: assessment and intervention* (pp. 25-42). San Diego: Academic Press.
- Granic, I. y Patterson, G. R. (2006). Toward a comprehensive model of antisocial development: A systems dynamic systems approach. *Psychological Review*, 113, 101-131.
- Greenhill, F., Kollins, S., Abikoff, H., McCracken, J., Riddle, M. y Swanson, J. et al. (2006). Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHA. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1284-1293.
- Groot, A. A. (1969). *Methodology, Foundation of inference and research in behavioral science*. The Hague. Mouton.
- Grupo de trabajo de la GPC sobre el TDAH en niños y adolescentes del SNS y Fundació Sant Joan de Déu (2010). *Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/18* (disponible en: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/gpc-sns>).
- Hernández, (2004). *TAMAI. Test evaluativo multifactorial de adaptación infantil*. Madrid: TEA Ediciones.
- Heuyer, G. (1914). *Enfants anormaux et delinquants juvenils*. Paris: Thèse De Medecin.
- Hynd, G. W., Semrud-Clikerman, M., Lorys, A. R., Novey, E. S., Wliopoulos, D. y Lyytinen, H. (1991). Corpus callosum morphology in attention deficit hyperactivity disorder, morphometric analysis of MRI. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 3, 141-146.
- Hoekzema, E., Carmona, S., Ramos-Quiroga, J. A., Barba, E., Bielsa, A., Tremols, V. et al. (2011). Training induced neuroanatomical plasticity in ADHD: A tensor-based morphometric study. *Human Brain Mapping*, 32, 1741-1749.
- Holtmann, M. y Stadler, C. (2006). Electroencephalographic biofeedback

- for the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in childhood and adolescence. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 4, 533-540.
- Hughes, J. N. (1988). *Cognitive behavioral therapy with children in schools*. New York: Pergamon Press.
- Ibarrola, B. y Delfo, E. (2005). *Sentir y pensar. Programa de inteligencia emocional para niños de 3-5 años*. Madrid: Ediciones S.M.
- Ibarrola, B. y Delfo, E. (2003). *Sentir y pensar. Programa de inteligencia emocional para niños de 6-8 años*. Madrid: Ediciones S.M.
- Ireland, W. H. (1877). *On idiocy and imbecility*. Londres: Churchill.
- Jensen, P. S., Arnold, L. E., Swanson, J., Vitiell, B., Abikoff, H. B., Greenhill, L. L. et al. (2007). Follow-up of the NIMH MTA study 36 months after randomization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 988-1001.
- Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Kraemer, H. C., Lenora, N., Newcorn, J. H. y Abikoff, H. B. et al. (2001). ADHD comorbidity finding from the MTA study: Comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (2), 147-158.
- Jensen, P., Martin, D. y Canrwell, D. (1997). Comorbidity in ADHD, implications for research, practice, and DSM-IV. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 8, 1065-1079.
- Kadesjo, B. y Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 487-492.
- Kazdin, A. E. (2005). *Parent management training. Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Oxford University Press.
- Klingberg, T., Fernell, E., Olesen, P., Johnson, M., Gustafsson, P. y Dahlström, K. et al. (2005). Computerized training of working memory in children with ADHA —a randomized, controlled trial—. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44 (2) 177-186.
- Kazdin, A. E. (2008). *The Kazdin Method for Parental the Defiant Child*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Kellam, S., Mayer, L., Rebok, G. y Hawkins, W. (1998). Effects of improving achievement on aggressive behavior and of improving aggressive behavior on achievement through two preventive interventions:

- an investigation of casual paths. En B. Dohrenwend (comp.). *Adversity, stress and Psychopathology*. London: Oxford University Press.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R y Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Khan, E. y Cohen, L. H. (1934). Organic driveners a brainstem syndrome and experience. *Journal of Medicine*, 5, 748-756.
- Kovacs, M. (2006). *CDI. Inventario de depresión infantil*. Madrid: TEA Ediciones.
- Kratochvil, C. J., Wilens, T. E., Greenhill, L. L., Gao, H., Baker, K. D., Feldman, P. D. y Gelowitz, D. C. (2006). Effects of long-term atomoxetine treatment for young children with attention-deficit/hyperactive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 919-927.
- Larroy, C. (2007). *Mi hijo no me obedece. Soluciones realistas para padres desorientados*. Madrid: Pirámide.
- Larroy, C. (2008). Técnicas operantes I: desarrollo de conductas. En F. J. Labrador (comp.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 287-311). Madrid: Pirámide.
- Laufer, M. y Denhoff, E. (1957). Hyperkinetic behavior syndrome in children. *Journal of Pediatrics*, 50, 463-474.
- Leins, U., Goth, G., Hinterberger, T., Klinger, C., Rumpf, N. y Strehl, U. (2007). Neurofeedback for children with ADHA: A comparison of SCP and Theta/Beta protocols. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 32, 73-88.
- Loro-López, M., Quintero, J., García-Campos, N., Jiménez-Gómez, B., Pando, F., Varela-Casal, P., Campos, J. y Correas-Laufer, J. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 49 (5), 257-264.
- Lundahl, B., Risser, H. J. y Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 86-104.
- Macià, D. (2005). *Ser padres. Educar y afrontar los conflictos cotidianos en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Macià, D. (2007). *Problemas cotidianos de conducta en la infancia. Intervención psicológica en el ámbito clínico y familiar*. Madrid: Pirámide.

- Magaz-Lago, A. y García-Pérez, E. M. (1998). *PEE: Perfil de estilos educativos*. Bilbao: Albor-Cohs
- Martin, G. y Pear, J. (1999). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Prentice-Hall.
- Maudsley, H. (1867). *The Physiology and Pathology of the Mind*. London: McMillan.
- McMahon, R. J. y Forehand, R. L. (2003). *Helping the noncompliant child: Family-based treatment for oppositional behavior*. 2.^a ed. New York: Guilford Press.
- Meichenbaum, D. (1969). The effects of instructions and reinforcement on thinking and language of schizophrenics, *Behavior Research and Therapy*, 7, 101-114
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca (orig. 1985).
- Meichenbaum, D. y Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves. A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 127-132.
- Meichenbaum, D. y Goodman, J. (1981). Entrenar a niños impulsivos a hablarse a sí mismos: un método para desarrollar el autocontrol. En A. Ellis y F. Grieger (comp.) (1981). *Manual de terapia racional emotiva* (pp. 397-414). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Mena, B., Nicolau, R., Salat, L., Tort, P. y Romero, B. (2006). *El alumno con TDAH. Guía práctica para el educador*. Barcelona: Mayo Edicions. Recuperado el 10 de septiembre de 2011, de: <http://www.fundaciadana.org>.
- Miranda, A., Jarque, S. y Tárraga, R. (2006). Interventions in school setting for students with ADHD. *Exceptionality*, 14, 35-52.
- Miranda, A., Martorell, C., Llácer, M. D., Peiró, E. y Silva, F. (1993). IPC. Inventario de problemas en la escuela. En F. Silva y M. C. Martorell (comp.). *EPIJ. Evaluación Infanto-Juvenil* (pp. 60-83). Madrid: MEPSA.
- Miranda, A., Presentación, M. J., Gargallo, B., Soriano, M., Gil, M. D. y Jarque, S. (1999). *El niño hiperactivo (TDA-H). Intervención en el aula: un programa de formación para profesores*. Castellón de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I.
- Miranda, A., Soriano, M., Presentación, M. J. y Gargallo, B. (2000). Intervención psicoeducativa en estudiantes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de neurología clínica*, 1, 203-216.

- Molina, B. S. G., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Vitiello, B., Jensen, P. S., Epstein, J. N., Hoza, B., Hechtman, L., Abikoff, H. B., Elliot, G. R., Greenhill, L. L., Newcorn, J. H., Wells, K. C., Wigal, T., Severe, J. B., Gibbons, R. D., Hur, K., Houck, P. R. y el MTA Cooperative Group (2009). The MTA at 8 years: Prospective follow-up of children treated for combined type ADHD in the multisite study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 484-500.
- Monastra, V. J., Lynn, S., Linden, M., Lubar, J. F., Gruzelier, J. y LaVaque, T. J. (2005). Electroencefalografic biofeedback in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 30, 95-114.
- Monastra, V. J., Monastra, D. M. y George, S. (2001). The effects of stimulant therapy, EEG biofeedback and parenting style on the primary symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27, 231-249.
- Monjas, M. I. (1999). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social para niños y niñas en edad escolar (PEHIS)*. Madrid: CEPE.
- Montañés-Rada, F., Gangoso-Fermoso, A. B. y Martínez-Granero, M. A. (2009). Fármacos para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 48, 469-481.
- Moraleda, M., González-Galán, A. y García-Gallo, J. (2011). *AECS. Actitudes y estrategias cognitivas sociales*. Madrid: TEA Ediciones.
- Moreno, D. (2009). Tratamiento psicofarmacológico. En M. Parellada (comp.). *TDAH. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta* (pp. 177-239). Madrid: Alianza Editorial.
- Moreno, I. (2001). Tratamiento psicológico de la hiperactividad infantil: un programa de intervención en el ámbito escolar. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54 (1), 81-93.
- Moreno, I. (2008). *Hiperactividad infantil. Guía de actuación*. Madrid: Pirámide.
- MTA Cooperative Group (1999). «A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal treatment Study of Children with ADHA». *Arch. Gen. Psychiatry*, 56, 1073-1086.
- MTA Cooperative Group (2004). National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes

- of treatment strategies for attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 113, 754-761.
- Mulas, F., Mattos, L., De la Osa, A. y Gandía, R. (2007). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: a favor del origen orgánico. *Revista de Neurología*, 44 (Supl. 3), 47-49.
- Mulas, F., Mattos, L., Hernández-Muela, S. y Gandía, R. (2005). Actualización terapéutica en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: metilfenidato de liberación prolongada. *Revista de Neurología*, 40 (Supl. 1), 49-55.
- Muñoz, M. (2008). Proceso de evaluación psicológica cognitivo-conductual: una guía de actuación. En F. X. Labrador (comp.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 69-101). Madrid: Pirámide.
- Musitu, G. y García, F. (2005). *ESPA29. Escala de socialización parental en la adolescencia*. Madrid: TEA Ediciones.
- Navarro, A. M., Peiró, R., Llácer, M. D. y Silva, F. (1993). EPC. Escala de problemas de conducta. En F. Silva y M. C. Martorell (comp.). *EPIJ. Evaluación Infanto-Juvenil* (pp. 31-81). Madrid: MEPSA.
- Nathan, E. P., Gorman, M. J. y Salkin, J. N. (2002). *Tratamiento de trastornos mentales. Una guía de tratamientos que funcionan*. Madrid: Alianza (orig. 1999).
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2006). *Parent-training/education programmes in the management of children with conduct disorders*. London: NICE.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrist (2009). *Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD children, young people and adults NCG 72*. London: NICE (disponible en www.nice.org.uk).
- Nesplora (2011). *Aula. Test para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. San Sebastián: Nesplora.
- Newcorn, J. H., Kratochvil, C. J., Allen, A. J., Casat, C. D., Ruff, D. D., Moore, R. J. y Michelson, D. (2008). Atomoxetine/Methylphenidate Comparative Study Group. Atomoxetine and osmotically released methylphenidate for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder: acute comparison and differential response. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 721-730.

- O'Leary, K. D. y Becker, W. C. (1967). Behavior modification of an adjustment class: a token reinforcement program. *Excepcional Children*, 33, 637-642.
- Olivares, J., Macià, D. y Méndez, F. X. (1993). Intervención comportamental-educativa en el entrenamiento a padres: el programa Paidos. En D. Macià, F. X. Méndez y J. Olivares (comp.). *Intervención psicológica: programas aplicados de tratamiento* (pp. 115-145). Madrid: Pirámide.
- Orjales, I. (2000). Programa de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad. En I. Orjales y A. Polaino-Lorente (comp.). *Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad* (pp. 57-201). Madrid: CEPE.
- Orjales, I. (2000b). *Programa de entrenamiento para descifrar instrucciones escritas. Indicado para niños y niñas impulsivos y con déficit de atención con hiperactividad (DDAH)*. Madrid: CEPE.
- Orjales, I. (2007a). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 19-30.
- Orjales, I. (2007b). *Programa de entrenamiento para descifrar instrucciones escritas con contenido matemático-1. Especialmente indicado para niños impulsivos o con déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Madrid: CEPE.
- Orjales, I. y De Miguel, M. (2008). *Programa de entrenamiento en planificación. Especialmente indicado para niños impulsivos o con déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Madrid: CEPE.
- Papazian, O., Alfoso, I., Luzondo, R. J. y Araguez, N. (2009). Entrenamiento de la función ejecutiva en preescolares con trastorno por déficit de atención/hiperactividad combinado: estudio prospectivo controlado y aleatorizado. *Revista de Neurología*, 48 (Supl. 2), 114-122.
- Pardos, A., Fernández-Jaén, A. y Martín Fernández-Mayoralas, D. (2009). Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 48 (Supl. 2), 107-111.
- Patterson, G. R. (1965). An application of conditioning techniques to the control of a hyperactive child. En L. P. Ullman y L. Krasner (comp.). *Case studies in behavior modification* (pp. 370-375). Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercitive family process*. Eugene, OR: Castalia.

- Patterson, G. R. y Bank, L. (1986). Bootstrapping you way in the nomological thicket. *Behavioral Assessment*, 8, 49-73.
- Pelham, W. E. y Hoza, B. (1996). Comprehensive treatment for ADHA: A proposal for intensive summer treatment programs and outpatient follow-up. En E. Hibbs y P. Jensen (comp.). *Psychosocial Treatment Research of Child and Adolescent Disorders* (pp. 311-340). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Pelham, W. E. y Fabiano, G. A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 184-214.
- Pelham, W. E., Massetti, G. M., Wilson, T., Kipp, H., Myers, D., Newman, B. B., Billheimer, S. y Waschbusch, D. A. (2005). Implementation of a comprehensive school wide behavioral intervention: The ABC Program. *Journal of Attention Disorders*, 9, 248-260.
- Perellada, M. (2009a). Diagnóstico. Clínica. En M. Perellada (comp.). *TDAH. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta* (pp. 45-88). Madrid: Alianza Editorial.
- Perellada, M. (2009b). Síntomas asociados y complicaciones. Comorbilidad. En M. Perellada (comp.). *TDAH. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta* (pp. 131-175). Madrid: Alianza Editorial.
- Perellada, M. (2009c). Concepto y antecedentes históricos. En M. Perellada (comp.). *TDAH. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta* (pp. 17-44). Madrid: Alianza Editorial.
- Pérez-Álvarez, M., Fernández-Hermida, J. R., Fernández-Rodríguez, C. y Amigo, I. (comp.) (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Pestun, M. S. V. (2005). Esquema de entrevista con los padres. En V. E. Caballo (comp.). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad. Instrumento incluido en el CD-ROM*. Madrid: Pirámide.
- Pistoia, M., Abad-Mas, L. y Etchepareborda, M. C. (2004). Abordaje psicopedagógico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad con el modelo de entrenamiento de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 28 (Supl. 1), 149-155.

- Pliszka, S.; AACAP Work Group on Quality Issues (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (7), 894-921.
- Pliszka, S., McCracken, J. y Maas, J. (1996). Catecholamines inattention deficit hyperactivity disorder, current perspectives. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 3, 264-272.
- Polzer, J., Bangs, M. E., Zhang, S., Dellva, M. A., Tauscher, S., Acharya, N., Watson, S. B., Allen, A. J. y Wiley, T. E. (2007). Meta-analysis of aggression or hostility events in randomized controlled clinical trials of atomoxetine for ADHD. *Biological Psychiatry*, 61, 713-719.
- Poulton, A. (2005). Growth on stimulant medication; clarifying the confusion: a review. *Archives of Disease in Childhood*, 90, 801-806.
- Querido, J. G. y Eyberg, S. M. (2005). Parent-child interaction therapy: maintaining treatment gains of preschoolers with disruptive behavior disorders. En E. D. Hibbs y P. S. Jensen (comp.). *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (2.ª ed., 575-597). Washington, DC: APA.
- Ramos, J. A., Bosch, R., Castells, X., Nogueira, M., García, E. y Casas, M. (2006). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. *Revista de Neurología*, 42, 600-606.
- Ramos, J. A., Ribasés, M., Bosch, R., Cormand, B. y Casas, M. (2007). Avances genéticos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 44 (Supl. 3), 51-52.
- Ramos, R., Giménez, A. I., Muñoz-Adell, M. A. y Lapaz, E. (2007). *A-EP. Evaluación de la autoestima*. Madrid: TEA Ediciones.
- Ramos, R. y Santamaría, P. (2009). *EMMA. Cuestionario de evaluación multimedia y multilingüe de la autoestima*. Madrid: TEA Ediciones.
- Rappaport, N. y Thomas, C. (2004). Recent Research Findings on Aggressive and Violent Behavior in Youth: Implications for clinical Assessment and Intervention. *Journal of Adolescent Health*, 35, 260-277.
- Rappaport, M. D., Chung, K. M., Shore, G., Denney, C. B. y Isaacs, P. (2000). Upgrading the science and technology of assessment and diagnosis: Laboratory and clinic-based assessment of children with ADHD. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 555-568.
- Reich, W. (2000). Diagnostic interview for children and adolescents

- (DICA). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 59-66.
- Reich, W., Shayka, J. J. y Taibleson, Ch. (1991). *Diagnostic Interview Schedule for Children and Adolescent-DICA-R*. Unpublished manuscript, Washington University, Division of Child Psychiatry.
- Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (2004). *Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Rief, S. F. (2005). *How to Reach and Teach Children with ADD/ADHD*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Robles, Z. y Romero, E. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de Psicología*, vol. 27, n.º 1, 86-101.
- Roca, E. (2007). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. Valencia: ACDE.
- Rodríguez Lafora, G. (1917). *Los niños mentalmente anormales*. Madrid: De la Lectura.
- Rojo, N. (2008). Observación y autoobservación. En F. J. Labrador (comp.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 121-138). Madrid: Pirámide.
- Ruiz, M.^a R., Pino, M.^a J. y Herruzo, J. (2006). Revisión de la técnica «El juego del buen comportamiento», *Análisis y modificación de conducta*, vol. 32, 144, 553-574.
- Sánchez, C. R., Ramos, C., Díaz, F. y Simón, M. (2010). Validación de la escala de evaluación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (EDAH) en población adolescente. *Revista de Neurología*, 50, 283-290.
- Schachter, H., Pham, B., King, J., Langford, S. y Moher, D. (2001). How efficacious and safe is short-acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescent? A meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 165, 1475-1488.
- Sanders, M. R. (1999). The Triple P-Positive parenting program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 71-90.
- Sanders, M. R. (2002). Una estrategia de intervención conductual familiar en niveles múltiples para la prevención y el tratamiento de los problemas de comportamiento infantiles. En V. E. Caballo y M. A. Simón (comp.). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos* (pp. 387-415). Madrid: Pirámide.

- Schneider, M. (1974). Turtle technique in the classroom. *Teaching Exceptional Children*, 7, 22-24.
- Schneider, M. y Robin, A. (1990). La técnica de la tortuga. Un método para el autocontrol de la conducta impulsiva. En T. Bonet, *Problemas psicológicos en la infancia*. Valencia: Promolibro. CINTECO.
- Servera, M. (2007). *APQ: Alabama Parenting Questionnaire*. Versión española. Documento no publicado.
- Servera, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Revista de Neurología*, 40 (6), 358-368.
- Servera, M. y Cardo, E. (2007). ADHD rating Scale-IV in a sample of Spanish schoolchildren: normative data internal consistency for teachers and parents. *Revista de Neurología*, 45 (7), 392-399.
- Servera, M. y Llabrés, J. (2000). *EMIC, Escala Magallanes de impulsividad computarizada*. Bilbao: Albor-Cohs.
- Servera, M. y Llabrés, J. (2004). *CSAT. Tarea de atención sostenida en la infancia*. Madrid: TEA Ediciones.
- Shalev, L., Tsal, Y. y Mevorach, C. (2007). Computerized Progressive attentional training (CPAT) program. Effective direct intervention for children with ADHD. *Child Neuropsychology*, 13, 382-388.
- Shure, M. B. (1982). Interpersonal problem solving: A cog in the wheel of social cognition. En F. C. Serafica (comp.). *Social cognition. Context and social behavior: A development perspective*. New York: Guildford Press.
- Silva, F. y Martorell, C. (1987). *Batería de socialización. BAS 1, 2 y 3*. Madrid: TEA Ediciones.
- Silva, F. y Moro, M. (1994). Evaluación conductual en niños y adolescentes. En R. Fernández Ballesteros (comp.). *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud* (pp. 715-742). Madrid: Pirámide.
- Sipos, L. (2009). Tratamiento psicológico. Individual. Familiar. En M. Pirellada (comp.). *TDAH. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta* (pp. 241-278). Madrid: Alianza Editorial.
- Spencer, T. J. (2007). ADHA and comorbidity in childhood. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67 (Supl. 8) 27-31.

- Spencer, T. J., Kratochvil, C. J., Sangal, R. B., Saylor, K. E., Bailey, C. E. y Dunn, D. W. et al. (2007). Effects of atomoxetine on growth in children with attention-deficit/hyperactivity disorder following up to five years of treatment. *Journal of Child and Adolescents Psychopharmacology*, 15 (5), 689-700.
- Spielberger, C. D. Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (2005). *STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.
- Spivack, G. y Shure, M. B. (1974). Problem-Solving and Mental Health. En G. Spivack y M. B. Shure (comp.). *Social Adjustment of Young Children*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers [trad. en Botella, C. (1985). *Aportaciones a la psicoterapia* (pp. 239-265). Valencia: Promolibro].
- Still, G. F. (1902). Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*, 1, 1008-1012.
- Strauss, A. A. y Khephart, N. C. (1955). *The Psychopathology and Education of the Brain-injured Child*. Progree in Theory and Clinic. New York: Grune and Stratton.
- Strauss, A. A. y Lehtinen, L. E. (1947). *Psychopatology and Education of the Brain-injured Child*. New York: Grune and Stratton.
- Sulzbacher, S. L. (1985). The learning disaibled or interactive child: diagnosis and treatment. *Journal of the American Medical Associations*, 234, 939-941.
- Sulzer-Azaroff, B. y Mayer, G. R. (1983). *Procedimientos del análisis conductual aplicado en niños y jóvenes*. México: Trillas (orig. 1978).
- Swanson, J. M. (1992). *School-based assessment and interventions for ADD students*. Irvine, CA: KC. Publishing.
- Tankersley, M. (1995). A group-oriented contingency management program. *Preventing School Failure*, 40 (1), 1-7.
- Thapar, A., Harold, G., Rice, F., Langley, K. y O'Donovan, M. (2007). The contribution of gene-environment interaction to psychopatology. *Development and Psychopathology*, 19 (4), 989-1004.
- Toro, J. y Cervera, M. (2000). *TALE. Test de análisis de la lectoescritura*. Madrid: TEA Ediciones.
- Tudela (1992). Atención. En J. Mayor y J. L. Pinillos (comp.). *Tratado de psicología general, atención y percepción* (pp. 119-162). Madrid: Alhambra.

- Valdizán, J. R. e Izaguerri-Gracia, A. C. (2009). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Revista de Neurología*, 48 (Supl. 2), 95-99.
- Vallés, A. (1999). *Aprendo a ser reflexivo 1 y 2. Programa para el control de la impulsividad y la falta de atención*. Valencia: Promolibro.
- Vallés, A. (1999b). *SICLE. Siendo inteligente con las emociones*. Valencia: Promolibro.
- Vallés, A. (2011). *Programa FUNC1 1, 2, 3, 4 y 5. Desarrollo de las funciones ejecutivas. Autocontrol para atender, memorizar, razonar, comprender, reflexionar, organizarse y regular la conducta*. Valencia: Promolibro.
- Vance, R. y Broden, M. (1967). Behavior changes in brain-injured children through social reinforcement. *Journal of Experimental Child Psychology*, 5, 463-479.
- Van der Oord, S., Prins, P. J., Oosterlaan, J. y Emmelkamp, P. M. (2008). Efficacy of Methylphenidate, psychosocial treatment and their combination in school-aged children with ADHD: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28 (5), 783-800.
- Vidal Parera, A. (1907). *Compendio de psiquiatría infantil*. Barcelona. Librería de Magisterio.
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., Telang, F. y Maynard, L. et al. (2004). Evidence that methylphenidate enhances the saliency of a mathematical task by increasing dopamine in the human brain. *American Journal of Psychiatry*, 161 (7), 1173-1180.
- Webster-Stratton, C. y Reid, M. J. (2010). The Incredible Years program for children from infancy to pre-adolescence: Prevention and treatment of behavior problems. En R. Murrhy, A. Kidman y T. Ollendick (comp.). *Clinician's handbook for the assessment and treatment of conduct problems in youth* (pp. 117-138). New York: Springer Press (véase también en www.incredibleyears.com).
- Wechsler, D. (2011). *Escala de inteligencia de Wechsler para niños IV*. Madrid: Pearson. PsyhCorp.
- Weiss, M., Tannock, R., Klratovich, C., Dunn, D., Velez-Borras, J. y Thomason, C. et al. (2005). A randomized, placebo controlled study of once-daily atomoxetine in the school setting in children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44 (7), 647-55.
- Weller, E. B., Weller, R. A., Fristad, A. F. y Rooney, M. T. (1999). *Adminis-*

- tration Manual for the ChIPS*. Wahington, DC: American Psychiatric Press.
- Weller, E. B., Weller, R. A. Fristad, M. A., Teare, M. y Schecter, J. (2000). Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS). *Journal American Child Adolescent Psychiatric*, 39, 76-84.
- White, D. M. y Sprague, R. L. (1992). The «Attention Deficit» in children with attention déficit hyperactivity disorder. En B. Lahey y A. E. Kazdin (comp.). *Advances in Clinical Child Psychology* (pp. 1-34). New York: Plenum Press.
- Wolraich, M. L., McGuinn, L. y Doffing, M. (2007). Treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: safety considerations. *Drug Safety*, 30 (1), 17-26.
- World Health Organization (1967). *The ICD-8 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*. Genève: WHO.
- World Health Organization (1978). *The ICD-9 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic criteria for research*. Genève: WHO.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic criteria for research*. Genève: WHO.



CLAVES PARA AFRONTAR LA VIDA CON UN HIJO CON TDAH

Mi cabeza... es como si tuviera mil pies

Isabel Orjales Villar

ÍNDICE

Despejando dudas sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Origen e incidencia del TDAH. El TDAH en la edad adulta. Profundizando en la afectación cognitiva del TDAH. El diagnóstico de los niños con TDAH. Niños adoptados que tienen TDAH. Cómo hablar sobre TDAH con el niño, los profesores y la familia. Arrojando un poco de luz sobre el tratamiento del niño con TDAH. ¿Qué debo saber de todo lo que se ha investigado sobre nosotros, los padres de niños con TDAH? El papel de las asociaciones de padres. ¿Debo hacer caso de lo que dice este libro?

CONTENIDO

Este es un libro para los padres y madres preocupados por la desatención, la hiperactividad o la impulsividad de su hijo, un auténtico manual de supervivencia para madres y padres de niños con TDAH. En él los padres y las madres encontrarán respuestas y soluciones a una selección de más de cien preguntas que han llegado a la autora en los últimos años desde las asociaciones de padres. Escrito con un estilo directo, ameno y fácil de leer los padres y madres encontrarán información actualizada y una guía básica para afrontar con actitud responsable, pero siempre positiva, el diagnóstico y tratamiento de su hijo.

2009; 264 págs.; 15,5 x 23 cm; rústica; código: 267030; ISBN: 978-84-368-2328-8

Si lo desea, en nuestra página web puede consultar el catálogo completo o descargarlo:

www.edicionespiramide.es



TDAH: ELEGIR EL COLEGIO, AFRONTAR LOS DEBERES Y PREVENIR EL FRACASO ESCOLAR

Isabel Orjales Villar

ÍNDICE

Cómo debo tomarme este libro. Enmarcando el problema. El niño con TDAH y los profesores. Deberes, castigos y refuerzos en verano. Habilidades y aprendizajes básicos que pueden entrenarse en casa. El poder reparador de las actividades extraescolares. A modo de reflexión final. Bibliografía comentada.

CONTENIDO

Esta obra es una guía que trata de orientar a los padres de niños con TDAH y con riesgo de tenerlo, para afrontar la vida escolar con sus hijos. Habla de la necesidad de desprenderse de los malos augurios que rodean al trastorno, de la elección del colegio, del mejor modo de hablar con los profesores, de cómo potenciar el valor terapéutico de las actividades extraescolares, de estrategias para sobrevivir a los deberes y de cómo organizar el refuerzo educativo durante el verano. También incluye orientaciones específicas sobre el modo de implementar actividades de refuerzo académico en aquellas áreas que la investigación señala de mayor riesgo, de tal modo que permitan a sus hijos construir un andamiaje sólido para sus futuros aprendizajes adelantándose a posibles problemas y reduciendo el riesgo de fracaso escolar.

2012; 296 págs.; 15,5 x 23 cm; rústica; código: 267039; ISBN: 978-84-368-2653-1

Si lo desea, en nuestra página web puede consultar el catálogo completo o descargarlo:

www.edicionespiramide.es

Colección OJOS SOLARES

TÍTULOS RENOVADOS

Sección: Tratamiento

- ADICCIÓN A LAS REDES SOCIALES Y NUEVAS TECNOLOGÍAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. Guía para educadores, E. Echeburúa y A. Requesens. **Novedad**
- ANSIEDAD POR SEPARACIÓN. Psicopatología, evaluación y tratamiento, F. X. Méndez Carrillo, M. Orgilés Amorós y J. P. Espada Sánchez. **Novedad.**
- ANOREXIA, BULIMIA Y OTROS TRASTORNOS ALIMENTARIOS, R. M.ª Raich. **Novedad.**
- DISCAPACIDAD INTELECTUAL. Adaptación social y problemas de comportamiento, M. A. Verdugo Alonso y B. Gutiérrez Bermejo. **Novedad.**
- EL DESARROLLO PSICOMOTORY SUS ALTERACIONES. Manual práctico para evaluarlo y favorecerlo, P. Cobos Álvarez.
- EL NIÑO CELOSO, J. M. Ortigosa Quiles.
- EL NIÑO QUE NO SONRÍE, F. X. Méndez.
- EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO EN LA INFANCIA. Una guía de desarrollo en la familia, A. I. Rosa Alcázar.
- EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. Tratamiento psicológico, A. I. Rosa Alcázar y J. Olivares Rodríguez. **Novedad.**
- ENURESIS NOCTURNA, C. Bragado Álvarez. **Novedad.**
- HIPERACTIVIDAD INFANTIL. Guía de actuación, I. Moreno García.
- LA VIOLENCIA EN LAS AULAS, F. Cerezo.
- LA VIOLENCIA ENTRE IGUALES. Revisión teórica y estrategias de intervención, M. Garaigordobil y J. A. Oñederra. **Novedad.**
- MI HIJO NO ME OBEDECE. Soluciones realistas para padres desorientados, C. Larroy García.
- PROBLEMAS COTIDIANOS DE CONDUCTA EN LA INFANCIA. Intervención psicológica en el ámbito clínico y familiar, D. Macià Antón.
- TRASTORNOS DEL DESARROLLO MOTOR. Programas

- de intervención y casos prácticos, A. Latorre Latorre y D. Bisetto Pons.
- TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA, E. Echeburúa y P. de Corral.

Sección: Desarrollo

- APRENDER A ESTUDIAR. ¿Por qué estudio y no apruebo?, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez.
- EDUCACIÓN FAMILIAR. Infancia y adolescencia, A. Bernal, S. Rivas y C. Urpi. **Novedad.**
- EDUCACIÓN PARA LA SALUD, M. Costa y E. López.
- EDUCACIÓN SEXUAL. De la teoría a la práctica, M. Lameiras Fernández y M. V. Carrera Fernández. **Novedad.**
- EL ADOLESCENTE Y SUS RETOS. La aventura de hacerse mayor, G. Castillo.
- ENSEÑAR A LEER, M.ª Clemente Linuesa.
- ENTREVISTA FAMILIAR EN LA ESCUELA. Pautas concretas, N. Sáinz Gutiérrez, J. Martínez Ferrer y J. M. Ruiz Salguero. **Novedad.**
- ESCUELA DE PADRES, J. A. Carroble y J. Pérez-Pareja.
- ESTRATEGIAS PARA PREVENIR EL BULLYING EN LAS AULAS, J. Teruel Romero. **Novedad.**
- HABILIDADES SOCIOSEXUALES EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL, B. Gutiérrez Bermejo. **Novedad.**
- LAS RELACIONES SOCIALES EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA Y SUS PROBLEMAS, M.ª V. Trianas, A. M.ª Muñoz y M. Jiménez.
- ¿ME ESTÁS ESCUCHANDO? Cómo conversar con niños entre los 4 y los 12 años, M. F. Delfos. **Novedad.**
- NECESIDADES EN LA INFANCIAY EN LA ADOLESCENCIA. Respuesta familiar, escolar y social, F. López Sánchez. **Novedad.**
- NIÑOS SUPERDOTADOS, A. Acereda Extremiana.

TÍTULOS PUBLICADOS

Sección: Tratamiento

- AGRESIVIDAD INFANTIL, I. Serrano.
- CONDUCTA ANTISOCIAL, A. E. Kazdín y G. Buela-Casal.
- CONDUCTAS AGRESIVAS EN LA EDADESCOLAR, F. Cerezo(coord.).
- DÉFICIT DE AUTOESTIMA, M.ª P. Bermúdez.
- DIABETES INFANTIL, M. Beléndez, M.ª C. Ros y R. M.ª Bermejo.
- DISLEXIA, DISORTOGRAFÍA Y DISGRAFÍA, M.ª R. Rivas y P. Fernández.
- EL JUEGO PATOLÓGICO, R. Secades y A. Villa.
- EL NIÑO CON MIEDO A HABLAR, J. Olivares.
- EL NIÑO HOSPITALIZADO, M.ª P. Palomo.
- EL NIÑO IMPULSIVO. Estrategias de evaluación, tratamiento y prevención, G. Buela-Casal, H. Carretero-Dios y M. de los Santos-Roig.
- ENCOPRESIS, C. Bragado.
- FOBIA SOCIAL EN LA ADOLESCENCIA. El miedo a relacionarse y a actuar ante los demás, J. Olivares Rodríguez, A. I. Rosa Alcázar y L. J. García-López.
- IMAGEN CORPORAL, R. M.ª Raich.
- LA TARTAMUDEZ, J. Santacreu y M.ª X. Froján.
- LA TIMIDEZ EN LA INFANCIAY EN LA ADOLESCENCIA, M.ª I. Monjas Casares.
- LAS DROGAS: CONOCERY EDUCAR PARA PREVENIR, D. Macià.
- LOS TICSY SUS TRASTORNOS, A. Bados.
- MALTRATO A LOS NIÑOS EN LA FAMILIA, M.ª I. Arruabarrena y J. de Paúl.
- MEJORAR LA ATENCIÓN DEL NIÑO, J. García Sevilla.
- MIEDOS Y TEMORES EN LA INFANCIA, F. X. Méndez.
- PADRES E HIJOS, M. Herbert.
- PREVENIR EL SIDA, J. P. Espada y M.ª J. Quiles.

- PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN EN EL NIÑO, A. Gavino.
- PROBLEMAS DE ATENCIÓN EN EL NIÑO, C. López y J. García.
- RELACIÓN DE PAREJA EN JÓVENES Y EMBARAZOS NO DESEADOS, J. Cáceres y V. Escudero.
- RIESGO Y PREVENCIÓN DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA, M. Cervera.
- TABACO. Prevención y tratamiento, E. Becoña.

Sección: Desarrollo

- ABUELOS Y NIETOS, C. Rico, E. Serra y P. Viquer.
- DESCUBRIR LA CREATIVIDAD, F. Menchén.
- EDUCACIÓN FAMILIAR Y AUTOCONCEPTO EN NIÑOS PEQUEÑOS, J. Alonso y J. M.ª Román.
- EDUCACIÓN SEXUAL, P. Moreno y E. López Navarro.
- EMOCIONES INFANTILES, M.ª V. del Barrio.
- ENSEÑAR A PENSAR EN LA ESCUELA, J. Gallego Codes.
- ENSEÑAR CON ESTRATEGIAS, J. Gallego Codes.
- LA CREATIVIDAD EN EL CONTEXTO ESCOLAR. Estrategias para favorecerla, M.ª D. Prieto, O. López y C. Ferrándiz.
- LAS INTELIGENCIAS MÚLTIPLES, M.ª D. Prieto y P. Ballester.
- MEJORAR LA COMUNICACIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, A. López Valero y E. Encabo Fernández.
- NIÑOS INTELIGENTES Y FELICES, L. Perdomo.
- OBSERVAR, CONOCERY ACTUAR, M. Gardini y C. Mas.
- TDAH en la infancia y la adolescencia. Concepto, evaluación y tratamiento. D. Macià Antón.
- TÉCNICAS DE TRABAJO EN GRUPO, P. Fuentes, A. Ayala, J. I. Galán y P. Martínez.
- TÉCNICAS DE TRABAJO INDIVIDUAL Y DE GRUPO EN EL AULA, P. Fuentes, J. I. Galán, J. F. de Arce y A. Ayala.