

# El psicólogo clínico y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: vinculación con el pediatra

JA. López Villalobos<sup>a</sup>, L. Rodríguez Molinero<sup>b</sup>,  
AM. Sacristán Martín<sup>c</sup>, M. Garrido Redondo<sup>d</sup>, T. Martínez Rivera<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Psicólogo Clínico. Hospital San Telmo, Complejo Hospitalario. Palencia.

<sup>b</sup>Pediatría. Centro de Salud Huerta del Rey, Valladolid.

<sup>c</sup>Pediatría. Centro de Salud Pintor Oliva. Palencia.

<sup>d</sup>Pediatría. Centro de Salud Peñafiel, Valladolid.

<sup>e</sup>Pediatría. Centro de Salud La Tórtola, Valladolid.

---

Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8 Supl 4:S157-73

José Antonio López Villalobos, villalobos@correo.cop.es

## Resumen

*El psicólogo clínico es un profesional sanitario implicado en intervenciones asociadas al trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en el campo del diagnóstico, evaluación y tratamiento. Su trabajo en el ámbito sanitario público, relacionado con la pediatría de Atención Primaria, se encuentra ubicado en equipos multiprofesionales de salud mental, en colaboración con dispositivos sociales, sanitarios y educativos. Su papel es colaborar en el necesario tratamiento integral e integrado de los casos de TDAH.*

*En su vinculación con la pediatría de Atención Primaria, es un necesario complemento a su intervención en el área de la interconsulta y/o un referente cuando se desee una evaluación más amplia del caso, presente dudas de diagnóstico diferencial psicopatológico, precise la implementación de terapias especializadas o necesite derivar un caso complicado por comorbilidad y/o falta de respuesta al tratamiento.*

**Palabras clave:** *Pediatría, Psicólogo clínico, Atención Primaria, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.*

## Abstract

*The clinical psychologist is a sanitary professional implied in interventions associated to attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). He has capacity for the diagnosis, evaluation and treatment of ADHD. His work in the public sanitary environment is related with Primary Care physicians. The clinical psychologist is located in multi-professional equipment of mental health, in cooperation with social, sanitarian and educational services.*

*His role is to cooperate in the integral and integrated treatment of ADHD.*

*In his relation with Primary Care Paediatrics, can achieve the following roles: internal consult, full evaluation of ADHD, psychopathological differential diagnose of ADHD, specialized therapies, treatment of comorbid psychopathology and cases with lack of therapeutic answer.*

**Key words:** *Paediatrics, Clinical psychologist, Primary Care physicians, Attention deficit hyperactivity disorder.*

---

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

## Introducción

---

La psicología clínica (PsC) es una especialidad sanitaria que se define como una disciplina o campo de especialización de la psicología que aplica principios, técnicas y conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar<sup>1</sup>. Esta definición hace a la psicología clínica diferente de otras disciplinas afines como la psicopedagogía o la psicología escolar.

En función de la formación del PsC, se encuentra cualificado para diagnosticar, evaluar y tratar desde la perspectiva psicológica los casos de trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH).

Los PsC del ámbito sanitario público, relacionados con la pediatría de Atención Primaria (PAP), desarrollan su trabajo en equipos multiprofesionales especializados de salud mental, diseñados conforme a los principios de la salud mental social y comunitaria, y por ello en íntima colaboración con otros dispositivos sanitarios, sociales y educativos. Esta situación, privilegiada desde la

perspectiva profesional, hace que el abordaje de casos de TDAH se realice de forma multiprofesional en el seno de los equipos de salud mental (psiquiatría, psicología clínica, enfermería) e integrada con los dispositivos de derivación e interconsulta pediátricos. Según este planteamiento, la atención es integral e integrada, multiprofesional, multidimensional y en necesaria coordinación con dispositivos no sanitarios psicoeducativos y sociales. En definitiva, ésta es la situación óptima de intervención integral del TDAH, abordando todas las dimensiones que una completa evaluación (no sólo el diagnóstico) aconseje integrar en cada caso individual.

## Diagnóstico

---

Los casos que atiende un PsC son derivados desde los servicios de PAP, previo diagnóstico y en ocasiones inicio de tratamiento médico del caso.

Esta primera fase conlleva un diagnóstico clínico mediante entrevista y consideración del TDAH caracterizado por un patrón mantenido de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Los síntomas, según criterios DSM-IV-TR<sup>2</sup>, deben presentarse en dos o más ambientes, antes de los 7 años de

edad y causar un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral. En esta primera fase es imprescindible ajustarse a los criterios de las clasificaciones internacionales (DSM-IV vs. CIE-10) que faciliten la precisión en el diagnóstico y un correcto análisis diferencial. Este diagnóstico diferencial debe ser revisado con precaución, pues conlleva planteamientos terapéuticos diferentes.

Resulta aconsejable para el pediatra completar la entrevista mediante la utilización de instrumentos diagnósticos o cuestionarios que deberán implementar simultáneamente padres y profesores. Si el pediatra no ha podido realizar esta intervención previa, el PsC la implementará siguiendo un adecuado protocolo diagnóstico.

Este apartado diagnóstico está referenciado en otro capítulo de este suplemento, por lo que sólo mencionaremos algunos instrumentos de fácil utilización en pediatría (podemos utilizar uno de ellos):

- SNAP-IV de Swanson, Nolan y Pelham (escala ADHD): permite una rápida valoración *categorial* clínica y/o *dimensional* (baremos no españoles) para padres y profesores<sup>3</sup> (un enfoque *categorial*, utilizado en un cuestionario, clasifica a la persona

según criterios dicotómicos como poseedora o no de un determinado trastorno, en función de un punto de corte establecido por la escala. Un enfoque *dimensional* considera que existe un *continuum* entre normalidad y patología y analiza los síntomas del trastorno estudiando su mayor o menor intensidad, permitiendo valorar grados de afectación. La utilización conjunta de ambos enfoques es una práctica cada vez más habitual en el proceso diagnóstico y evaluador del TDAH).

- NICHQ, escala de evaluación Vanderbilt (Academia Americana de Pediatría): permite valoración *categorial* para padres y profesores. Adaptación de las Escalas de Clasificación Vanderbilt, diseñadas por Mark L. Wolraich<sup>4</sup>.
- Cuestionario EDAH para profesores que analiza TDAH, su tipología y alteraciones de conducta según criterios *dimensionales/categoriales* y con baremos en población española<sup>5</sup>.
- Escala ADHD de la entrevista estructurada del National Institute of Mental Health, denominada Diagnostic Interview Schedule for Children –DISCIV–<sup>6</sup>. Se puede aplicar sólo el módulo ADHD, pues todo el

DISC-IV resulta extenso e inviable para una consulta normalizada en pediatría.

- Escala ADHD del Child Symptom Inventory de Gadow y Sprafkin<sup>7</sup>. Cuestionario que permite una valoración categorial y dimensional (baremos no españoles) de TDAH y de casi toda la psicopatología infantojuvenil según DSM-IV. El cuestionario entero resulta extenso para una consulta de pediatría.

Esta primera fase conlleva un correcto diagnóstico diferencial psicopatológico pues según el DSM-IV los síntomas no deben aparecer 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. Además de este diagnóstico diferencial deberemos considerar la comorbilidad, pues el TDAH la presenta en gran medida con los trastornos del comportamiento, estado de ánimo, ansiedad y aprendizaje<sup>8</sup>.

Éste es un momento para plantearse la posible necesidad de interconsulta o derivación al equipo de salud mental y/o con el PsC como miembro de dicho equipo.

Existe la posibilidad de dudas diagnósticas (déficit de atención frente a capacidad intelectual limitada...) o la con-

sideración de la necesidad de una evaluación más amplia por parte del PsC; así como la pertinencia de derivar un caso con comorbilidad complicada (trastorno disocial, depresión, tics motores y/o vocales, cuadros de ansiedad...) y/o con alteraciones de la dinámica familiar difíciles de manejar desde pediatría.

## Evaluación

Siendo cierto que el diagnóstico de TDAH es clínico, también lo es que en determinados casos se necesita una evaluación multidimensional y multiprofesional amplia de sus potencialidades y dificultades que permita ajustar la intervención terapéutica más adecuada al caso individual.

La evaluación es un proceso más amplio que el diagnóstico y desde la perspectiva del PsC reúne información relativa a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de las personas con TDAH y puede ser empleada para el diagnóstico, el establecimiento de una línea-base de conducta con la que comparar cambios postratamiento y la elección de técnicas de intervención y tratamiento.

La decisión respecto a las directrices que deben guiar el proceso de evaluación en TDAH estará condicionada in-

evitablemente por los objetivos que se pretendan conseguir. Si se pretende únicamente hacer el diagnóstico del trastorno, lo procedente será utilizar los criterios diagnósticos que se establecen en el DSM-IV. Si la meta que hay que conseguir es determinar, con la mayor exactitud posible, las deficiencias funcionales que experimenta un niño hiperactivo con el fin de planificar el programa de intervención más adecuado, el proceso de evaluación será complejo ante la diversidad de factores que hay que valorar y la pluralidad de fuentes a las que será preciso consultar. El análisis deberá ser multidisciplinar incluyendo evaluación pediátrica, psicológica, psicopedagógica, neurológica y/o psiquiátrica en función de las necesidades detectadas.

La mayoría de las guías clínicas médicas recomienda incluir en la evaluación del TDAH una historia médica completa y un examen físico que descarte problemática orgánica en el origen de los síntomas, estudio de la clínica del trastorno acompañado de la utilización de cuestionarios breves, valorar la comorbilidad/diagnóstico diferencial y considerar las circunstancias ambientales académicas, sociales y escolares<sup>9,10</sup>.

El PsC puede compartir dicha evaluación y colaborar en ella. Con frecuencia

se citan las terapias conductuales como potencialmente útiles en la intervención sobre el TDAH y su comorbilidad, enumerando y explicando un conjunto de técnicas adscritas a dicha corriente terapéutica. Esta descripción tiene utilidad, pero debe integrarse en íntima relación con la implementación previa de un análisis funcional de la conducta. La evaluación conductual se dirige a conductas problema "concretas" y tiene como uno de sus objetivos identificar variables antecedentes (internas/externas o ambientales) y consecuentes (internas/externas) de dicha conducta, considerándola como interacción entre las dimensiones orgánicas (condiciones biológicas, habilidades y competencias, perfil intelectual...) y las respuestas motoras (lo que el sujeto hace), fisiológicas (actividad del sistema nervioso) y/o cognitivas (pensamientos, sentimientos, atribuciones...). Evaluación y tratamiento, según este modelo, son dos intervenciones inseparables y dialécticamente relacionadas. Se trata de realizar una evaluación precisa (funcional) de las dimensiones afectadas que permita desarrollar estrategias de intervención a través de objetivos específicos (académicos, conductuales/emocionales, sociales, familiares y de seguridad). En definitiva, si aplicamos técnicas conduc-

tuales parece razonable realizar primero una evaluación conductual.

El PsC puede evaluar mediante el análisis funcional de la conducta y puede completar una entrevista clínica que permita analizar la comorbilidad acompañándose de instrumentos diagnósticos específicos de salud mental y realizar diagnósticos diferenciales con el niño sano, trastornos del estado de ánimo o ansiedad, episodios maníacos, trastornos de conducta, síndrome de Gilles de la Tourette o trastornos de aprendizaje. Razonablemente esa entrevista incluirá evaluación de la dinámica familiar, social y escolar. Estamos ante un campo de interconsulta o potencial derivación desde pediatría a salud mental.

Desde la perspectiva de la evaluación tradicional, el PsC tiene formación sobre instrumentos que permiten una valoración más completa de los casos de TDAH, como pudieran ser los siguientes:

- Escala de inteligencia de Wechsler para niños (WISC-R, WISC-III o WISC-IV). Permite la evaluación del perfil intelectual, con especial atención al factor de independencia a la distracción y velocidad de procesamiento, en casos de TDAH<sup>11</sup>.
- Pruebas destinadas a medir estilos cognitivos frecuentemente afecta-

dos en casos de TDAH: test de emparejamiento de figuras familiares/MFFT-20 (estilo cognitivo reflexivo-impulsivo); test de figuras enmascaradas/CEFT (estilo cognitivo dependiente-independiente de campo) y test de STROOP (estilo cognitivo flexible o rígido)<sup>12</sup>.

- Pruebas de atención sostenida/selectiva: test de atención sostenida/CSAT<sup>13</sup>, *Conners' continuous performance test*<sup>14</sup>, escala Magallanes de atención visual/EMAV<sup>15</sup>, test de caras<sup>16</sup>, CEFT<sup>12</sup>.
- Pruebas para valorar TDAH y comorbilidad, como el child symptom inventory (CSI)<sup>7</sup>. La prueba sigue criterios DSM-IV para psicopatología infantil y juvenil y necesita exploración clínica complementaria para el diagnóstico clínico.
- Pruebas para exploración neuropsicológica y/o test de dificultades de aprendizaje. Cuando se considere su necesidad por sospecha de alteración neurológica o déficit de aprendizaje.

Siendo cierto que el diagnóstico de TDAH es clínico, estos instrumentos son útiles en su evaluación y permiten conocer dimensiones esenciales en la exploración del caso e intervención terapéutica.

Además algunos de estos instrumentos pueden resultar útiles no solamente en la evaluación, sino también en el diagnóstico diferencial. A modo de ejemplo, un caso de TDAH con predominio de déficit de atención puede plantear dudas diferenciales con una hipotética capacidad intelectual limitada, que puede incluir bajas puntuaciones en todo el perfil intelectual y no solamente en la atención. La prueba del WISC resolvería estas dudas y encontraría un perfil bajo en las diversas dimensiones intelectuales que comprende la prueba (capacidad intelectual limitada) vs. un perfil con normalidad en diversas áreas, excepto en las dimensiones del factor de independencia a la distracción que valora la habilidad para no distraerse, atender y concentrarse (probable TDAH). Nuestros datos clínicos, sobre una muestra de 170 casos de TDAH, reflejan que un resultado en el que el factor de independencia a la distracción del WISC es más bajo que los factores de organización perceptiva y comprensión verbal, tiene una sensibilidad para TDAH del 80% y dicho factor es como promedio 10 puntuaciones típicas más bajo que los otros dos factores. Añadiremos que, aunque estimamos que existen otros muchos motivos como la utilidad clínica de su perfil neuropsicológico,

este tipo de prueba es recomendada por algunas guías clínicas pediátricas ante la sospecha de un perfil intelectual bajo<sup>9</sup>.

Por supuesto, en el diagnóstico diferencial con los trastornos de aprendizaje se precisan pruebas para evaluar dichos trastornos<sup>9</sup> y comprobar la existencia de comorbilidad o de sólo uno de los diagnósticos. También parece claro que la existencia de comorbilidad clínica conlleva planteamientos terapéuticos psicológicos y farmacológicos diferenciales.

En definitiva, el pediatra puede deseñar una evaluación más amplia de los casos de TDAH o aclarar dudas diagnósticas. Ése es uno de los motivos por los que un pediatra puede derivar a un PsC integrado en una unidad de salud mental.

## Tratamiento

En la actualidad los procedimientos terapéuticos con mayor vigencia son el farmacológico, las técnicas conductuales y las técnicas cognitivo-conductuales<sup>9,17-20</sup>. La máxima evidencia actual, a través de ensayo clínico controlado aleatorizado, indica que cuando utilizamos como criterio índices de resultados compuestos factoriales o globales, la combinación de medicación y terapia conduc-

tual se muestra más efectiva que ambos procedimientos aislados y que los cuidados comunitarios normalizados<sup>9,21,22</sup>. Precizando la reflexión anterior, Swanson et al<sup>22</sup> utilizaron tasas globales de normalización sintomática categorial y encontraron mayores beneficios en las intervenciones combinadas farmacológico-conductuales (68%), que en las farmacológicas (56%), cuidados comunitarios normalizados (25%) y/o conductuales aisladas (34%); con diferencias significativas ( $p < 0,05$ ). En el mismo sentido, Conners et al<sup>21</sup>, analizando los resultados mediante índices compuestos factoriales, apreciaron superioridad significativa del tratamiento combinado respecto a los demás procedimientos, con pequeñas diferencias en el tamaño del efecto sobre el tratamiento farmacológico y mayores sobre el conductual.

Los estudios citados previamente son importantes análisis secundarios y suplementarios a los resultados de la investigación primaria del NIMH<sup>19</sup>, en la que las intervenciones terapéuticas combinadas y farmacológicas fueron significativamente efectivas sobre los síntomas clínicos de TDAH, sin diferencias significativas entre ambos modelos. Se observó que sólo el tratamiento combinado fue significativamente superior al conductual

y cuidados comunitarios en mejorar el negativismo desafiante, síntomas ansioso-depresivos, habilidades sociales y rendimiento lector. La puntuación media obtenida tras la intervención terapéutica en la escala TDAH del SNAP fue de 1,17 (combinado), 1,21 (farmacológico), 1,38 (conductual) y 1,40 (cuidados comunitarios). Considerando que a menor puntuación en el SNAP, el resultado en reducción de intensidad sintomática es mayor, observamos mejor efecto para la intervención combinada, sin diferencias significativas respecto a la farmacológica.

Paralelamente a las intervenciones terapéuticas, expertos en el manejo de TDAH<sup>23</sup> argumentan que la educación es el medio que cohesiona todo el plan terapéutico y una de las intervenciones aisladas más efectivas, y aunque no existen estudios que la evalúen sistemáticamente, la intervención psicoeducativa suele considerarse necesaria en el ámbito clínico<sup>24</sup>.

El PsC colabora mediante el refuerzo a la intervención psicoeducativa que previamente ha realizado el pediatra y mediante la intervención terapéutica conductual y cognitiva, que constituye uno de los conocimientos básicos de su especialidad.

Al respecto debemos considerar que el TDAH presenta una alta tasa de co-

morbilidad. Nuestra base de datos de los últimos seis años, que incluye la derivación desde pediatría de un centro urbano y seis rurales hacia una unidad de salud mental, refleja que un 83% de los casos de TDAH presenta comorbilidad. Esta alta comorbilidad se observa referenciada en diversos estudios, donde son habituales cifras en torno a un 50-60%<sup>8,9,25,26</sup>; no apreciándose diferencias entre ambientes psiquiátricos y pediátricos<sup>27</sup>.

Esta argumentación sobre la comorbilidad tiene relación con una reflexión importante. Cuando hablamos de los tratamientos más eficaces en TDAH nos referimos a la efectividad sobre sus síntomas básicos (atención/hiperactividad-impulsividad) y debemos considerar que el TDAH aislado aparece en el 40/50% de los casos en ambientes clínicos; siendo frecuente la comorbilidad. Esta comorbilidad requiere el complemento de otro tipo de intervenciones farmacológicas y/o psicoterapéuticas. En este punto podemos valorar la opción de la interconsulta o derivación con el equipo de salud mental, en cuyo ámbito se sitúa el PsC. Como siempre, la intervención multiprofesional integrada será la mejor práctica en la que los trastornos de aprendizaje serán abordados por los equipos psicopedagógicos y el TDAH

con comorbilidad clínica mediante la colaboración con salud mental.

Retomando las terapéuticas más aceptadas en el tema de TDAH, el PsC puede participar en la dimensión psicoeducativa y en las intervenciones no farmacológicas (conductual/cognitiva).

### 1. Intervención psicoeducativa

La guía de tratamientos psicológicos eficaces incluye en el TDAH la necesidad de pautas educativas para padres<sup>28</sup> y la Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud, al proporcionar la lista de tratamientos que tienen apoyo empírico en TDAH, cita el entrenamiento de padres<sup>29</sup>, circunstancia apoyada por una reciente publicación de consenso en *European Neuropsychopharmacology*<sup>30</sup>.

El PsC según estos criterios puede colaborar reforzando las orientaciones psicoeducativas aportadas a los padres y trabajando con los padres en el manejo de la conducta de sus hijos con TDAH. Las orientaciones psicoeducativas, que incluirían consideraciones sobre el concepto de TDAH, comorbilidad, etiología, pronóstico, así como la necesidad de tratamiento multidimensional y multiprofesional integrado, ya han sido referenciadas en el capítulo de tratamientos no farmacológicos. Únicamente su-

brayar que esta información es muy relevante para comprender el problema y a quien lo padece, evitar las consecuencias multidimensionales de esta comprensión, disminuir el sentimiento de culpa y responsabilizar a la familia en la intervención terapéutica, favoreciendo la adherencia al tratamiento.

## 2. Terapia de conducta

La terapia conductual, área en la que el PsC suele ser un especialista, ha sido referenciada en el capítulo de tratamientos no farmacológicos. Esta modalidad terapéutica eficaz en el TDAH<sup>9,21,22</sup> es especialmente relevante con sus trastornos comórbidos (trastorno de conducta, ansiedad, depresión o del aprendizaje). Las técnicas de modificación de conducta intentan manipular las contingencias ambientales y/o optimizar los procedimientos de disciplina en la familia y en la escuela. Es posible delimitar grandes bloques de intervenciones: Técnicas operantes dirigidas a incrementar la aparición de conductas deseables (refuerzo social y/o material, moldeamiento, modelado...); técnicas operantes de extinción que pretenden eliminar o reducir los comportamientos negativos (castigo, la extinción, el coste de respuesta, aislamiento...) y técnicas operantes de mantenimiento de la con-

ducta. Estos procedimientos pueden agruparse en programas de economía de fichas o contrato de contingencias.

Estos procedimientos han sido descritos en el capítulo de tratamientos no farmacológicos. Sólo deseamos dejar constancia de que su aplicación requiere la previa implementación de un análisis funcional de la conducta individualizado y el conocimiento de los principios del condicionamiento operante. A modo de ejemplo, las rabietas de un niño con TDAH deberían haber sido analizadas funcionalmente para comprobar que es posible que sean mantenidas por un refuerzo contingente en forma de atención, para a continuación poder establecer un programa de extinción de la conducta mediante la retirada del refuerzo. A su vez, la familia debería conocer que en las primeras fases de aplicación de la intervención es posible que la conducta en forma de rabietas se incremente para ir decreciendo gradualmente y que alternativamente deberíamos establecer el refuerzo de una conducta incompatible con las rabietas, como pudiera ser pedir las cosas que se desean de una forma correcta. A su vez, esta conducta incompatible debería ser reforzada con un programa de refuerzo continuo inicialmente (material y so-

cial), para posteriormente pasar a un programa de refuerzo intermitente y, finalmente, cuando la conducta ha sido instaurada, mantenerla con refuerzo social intermitente. Este ejemplo sencillo, que no pretende ser ni tan siquiera modélico, sugiere que cuando aplicamos las técnicas conductuales es necesario un análisis funcional previo y el conocimiento de los principios de la modificación de conducta y condicionamiento operante, si no deseamos obtener resultados poco satisfactorios o paradójicamente incompatibles con lo que deseamos. Siguiendo el ejemplo previo, si retiramos la atención ante las rabietas del niño durante un período insuficiente y luego volvemos a nuestro procedimiento habitual, seguramente conseguiremos reforzar con una intensidad mayor las rabietas y el niño aprenderá que la forma de conseguir lo que desea se realiza mediante este procedimiento con el que sólo es cuestión de insistir. A su vez, si no hemos estimulado una conducta incompatible, el niño puede no aprender una conducta prosocial relevante para intentar satisfacer algunas de sus demandas.

Finalizamos este apartado dedicado a la terapia conductual indicando que la terapia combinada (farmacológica/conductual) reduce la tasa de abandonos

de medicación, incrementa la satisfacción de los padres, produce mayor estabilidad y favorece la generalización de resultados<sup>31,32</sup>. Esta circunstancia, unida a que la intervención farmacológica no es eficaz en un 25-30% de los casos de TDAH<sup>33</sup>, redundando en la idea del interés de la intervención conductual y de la colaboración con pediatría de profesionales expertos en el área, como el PsC.

### 3. Terapia cognitiva

La terapia cognitivo-conductual, área en la que el PsC suele ser un especialista, también ha sido referenciada, aunque con menos intensidad que la terapia de conducta, en el capítulo de tratamientos no farmacológicos. Los procedimientos terapéuticos cognitivos se encuentran entre los más utilizados en la actualidad, referenciados por los principales autores en la materia y con evidencia teórica de utilidad en casos de TDAH. Algunos de estos procedimientos muestran eficacia en el trastorno<sup>34,35</sup>; existiendo investigaciones que no aprecian la validez de estas intervenciones<sup>9,17,36</sup>.

Las intervenciones cognitivas potencian habilidades de solución de problemas y autocontrol; apreciándose una incidencia potencial en disfunciones ejecutivas y déficit en el control inhibitorio conductual que muchos autores conside-

ran dimensiones incluidas en la base del TDAH<sup>37</sup>. La perspectiva teórica hace pensar que procedimientos cognitivos como autoinstrucciones, autoobservación, autoevaluación reforzada y entrenamiento en solución de problemas parecen “ideales” y prometedores para abordar los síntomas claves de los niños con TDAH en el control de los impulsos, la solución de problemas y la autorregulación.

La técnica autoinstruccional en TDAH puede considerarse un método para enseñar a pensar, utilizando el lenguaje interno y externo para regular la conducta y organizar el pensamiento. Los niños con hiperactividad suelen pensar de forma impulsiva omitiendo fases del proceso que son necesarias para resolver una situación con eficacia y que pueden ser enseñadas/modeladas en un proceso secuencial (observar, recoger toda la información, analizar la información, desecher información innecesaria, trazar un plan de acción, tantear todas las posibilidades de respuesta, predecir las posibles consecuencias de cada respuesta, tomar una decisión, comprobar el resultado y felicitarlo si ha sido positivo, preguntarse en qué momento se ha fallado, reanalizar la situación, reanalizar las posibilidades de respuesta, etc.).

El entrenamiento en autoinstrucciones consta de cinco fases:

1. Modelado cognitivo: el profesional (frente a coterapeuta), como modelo, realiza la tarea dándose instrucciones a sí mismo en voz alta.
2. Instrucción externa: el niño desarrolla la misma tarea siguiendo las instrucciones del profesional.
3. Autoinstrucción observable: el niño efectúa la tarea dándose instrucciones en voz alta.
4. Autoinstrucción observable atenuada: el niño ejecuta el trabajo musitando autoinstrucciones.
5. Autoinstrucción encubierta: el niño utiliza el lenguaje interno para guiar su conducta. El entrenamiento debe ser aplicado a situaciones diversas (personales, sociales, académicas...), abordando no sólo el “qué hacer” y “cómo hacerlo”, sino también el “cuándo” y el “dónde”.

Otra de las tareas que hay que desarrollar en las intervenciones cognitivas en casos de TDAH consiste en enseñar al niño a autoobservarse y posteriormente autoevaluar su propia conducta y estilo de aprendizaje, asegurándose de que esta toma de conciencia se acompañe de recursos para enfrentarse a sus dificultades y sea productiva. Es conveniente comenzar con autoevaluación de conductas o actividades sencillas combinadas con refuerzo social fre-

cuenta, para ir pasando gradualmente a otras más complejas, siempre evitando dañar su autoestima.

Muchos niños hiperactivos suelen atribuir sus fracasos y su mal comportamiento a factores externos y los éxitos a factores internos. Así, cuando preguntamos por el motivo de sus malas notas, no es frecuente que conteste atribuyéndolo a estudiar poco, a no tener buena base o a fallos de atención (factores internos), sino que fácilmente lo atribuye a que el profesor le tiene manía, que el examen era demasiado difícil, que no se lo habían explicado en clase o que un niño le molestaba (factores externos). Debemos recordar que el reconocimiento de un cierto grado de responsabilidad en una conducta es un requisito previo para su modificación, por lo que en la autoevaluación será necesario ir desarrollando un cierto grado de estilo atribucional interno.

Finalmente, en este apartado cognitivo, citaremos el entrenamiento en solución de problemas que está dirigido a enseñar al niño hiperactivo una serie de habilidades generales secuenciales que le ayuden a definir y concretar el problema, seleccionar las estrategias que faciliten su resolución, explorar las posibles respuestas alternativas y sus consecuencias y planificar los pasos para lo-

gar la meta deseada. El procedimiento debe ser aplicado a situaciones diversas, abordando no sólo el "qué hacer" y "cómo hacerlo", sino también el "cuándo" y el "dónde" (entrenamiento metacognitivo). El paralelismo entre este procedimiento y las funciones ejecutivas es evidente, al considerarse que dichas funciones son los procesos mentales mediante los cuales resolvemos deliberadamente problemas interpersonales y externos, procurando una alternativa eficaz y aceptable para la persona y la sociedad<sup>38</sup>.

Este conjunto de intervenciones cognitivas suelen acompañarse de guías externas (dibujos atractivos que ejemplifican el proceso autoinstruccional y/o de resolución de problemas) y se integran en paquetes de tratamiento que agrupan procedimientos cognitivos y conductuales, como el programa "párate y piensa"<sup>34,35</sup>.

#### **4. Habilidades sociales en TDAH**

El PsC también puede incidir colaborando en el tratamiento del TDAH mediante el entrenamiento en habilidades sociales. Siendo cierto que el TDAH suele implicar no hacer aquello que se sabe por dificultades de autorregulación/autorcontrol, más que por un simple desconocimiento de lo que se tiene que ha-

cer; también lo es que los niños con TDAH no nacen con el conocimiento de las habilidades de relación social y suelen experimentar dificultades en esta área. El objetivo del entrenamiento en habilidades sociales consiste en incrementar el reconocimiento de las conductas sociales adecuadas e inadecuadas y dotarles de las habilidades suficientes para ejecutarlas correctamente. Este entrenamiento se suele llevar a cabo en cuatro pasos:

1. El profesional describe oralmente cómo realizar correctamente una habilidad.
2. Demostración modelada de la habilidad social.
3. Ensayo verbal y/o conductual, y práctica de los pasos en secuencia de una determinada habilidad.
4. Retroalimentación o información al niño de los pasos que realizó bien y qué conducta necesita mejorarse.

Se entrenarían las habilidades sociales más deficitarias en situaciones diversas, abordando no sólo el "qué hacer" y "cómo hacerlo", sino también el "cuándo" y el "dónde". Se suelen incluir habilidades de conversación (saludar, escuchar, interrumpir correctamente...), habilidades de amistad (hacer amigos, decir gracias, unirse a un grupo, ofrecer ayuda...), habilidades para afrontar si-

tuaciones complejas (aceptar críticas y negativas, responder a bromas, pedir disculpas) y de resolución de problemas. Este tipo de intervenciones suele realizarse dentro de un paquete de técnicas que incluyen otros procedimientos asociados, destinados al desarrollo de requisitos previos a la interacción social (autocontrol, resistencia a la frustración...).

## Conclusión

Los conocimientos actualmente disponibles indican que el tratamiento del TDAH es multidimensional, multiprofesional, multisituacional e individualizado. Se incluyen intervenciones en el margen individual (psicofarmacológicas, conductuales, cognitivas, psicopedagógicas...), familiar (psicoeducativas, entrenamiento de padres, control ambiental, terapia familiar...) y escolar (psicoeducativas, entrenamiento a profesores, control ambiental, programas conductuales/cognitivos, psicopedagógicas...); coordinado la intervención entre sistemas y profesionales. El desarrollo de los procedimientos terapéuticos tiene sentido tras una completa evaluación, ajustándose a las necesidades de cada niño y apoyándose en una actuación integrada entre los profesionales sanitarios, educativos y sociales que sean pertinentes.

En síntesis, el PsC es un profesional implicado en las intervenciones propuestas y, en su vinculación con pediatría, un necesario complemento a su intervención en el área de la interconsulta y/o un referente cuando desee una evaluación

más amplia del caso, presente dudas de diagnóstico diferencial psicopatológico, precise la implementación de terapias especializadas o necesite derivar un caso complicado por comorbilidad y/o falta de respuesta al tratamiento.

---

## Bibliografía

---

1. Colegio Oficial de Psicólogos. El perfil del psicólogo clínico y de la salud. Papeles del Psicólogo. 1998;69:4-23.
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2002.
3. Swanson JM. School-based assessments and treatments for ADD students. Irvine: KC Publishing; 1992.
4. Wolraich ML, Lambert EW, Doffing MA, Bickman L, Simmons T, Worley K. Psychometric properties of the Vanderbilt ADHD diagnostic parent rating scale in a referred population. *Journal of Pediatric Psychology*. 2003;28:559-68.
5. Farré A, Narbona J. EDAH. Escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Madrid: TEA; 1998.
6. Shaffer D, Fisher P, Lucas CP, Dulcan MK, Schwab ME. NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV). description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39:28-38.
7. Gadow KD, Sprafkin J. Child Symptom Inventory 4, Norms manual. Stony Brook: Checkmate Plus; 1997.
8. López Villalobos JA. Perfil evolutivo, cognitivo, clínico y sociodemográfico de las personas con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, atendidas en una unidad de salud mental [tesis doctoral]. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2002.
9. National Guideline Clearinghouse. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Evidence based clinical practice guideline for outpatient evaluation and management of attention deficit/hyperactive disorder. Cincinnati: Cincinnati Children's Hospital Medical Center; 2004.
10. American Academy of Pediatrics. Committee on Quality Improvement and Subcommittee on Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical Practice Guideline: treatment of the school-age child with attention deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2001;108:1033-44.
11. Wechsler D. Escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada. 5 ed. WISC-R. Madrid: TEA; 1999.
12. López-Villalobos JA, Serrano I, Delgado J, Montes JM, Sánchez MI, Ruiz F. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: desarrollo

de estilos cognitivos reflexivo-impulsivo, flexible-rígido y dependiente-independiente de campo. *Rev Psiquiatr Infanto Juv.* 2003;20:166-75.

13. Servera M, Llabrés J. CSAT. Madrid: TEA; 2004.

14. Conners CK. Conners' continuous performance test. Users Manual. Toronto: Multi-health Systems; 1994.

15. García EM, Magaz A. Escalas Magallanes de atención visual EMAV-1/2. Bilbao: Grupo Albor-COHS; 2000.

16. Thurstone LL, Yela M. Test de percepción de diferencias. Madrid: TEA; 1998.

17. Abikoff H, Hechtman L, Klein RG. Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004;43:802-11.

18. Miranda-Casas A, García-Castellar R, Melià-de Alba A, Marco-Taverner R. Aportaciones al conocimiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Desde la investigación a la práctica. *Rev Neurol* 2004;38:156-63.

19. MTA Cooperative Group. National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24 month outcomes of treatment strategies for attention deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics.* 2004;113:754-61.

20. Servera M, Bornás X, Moreno I. Hiperactividad infantil: conceptualización, evaluación y tratamiento. En Caballo V, Simón MA, editores. *Manual de psicología clínica y del adolescente.* Madrid: Pirámide; 2001. p. 401-3.

21. Conners CK, Epstein J, March JS. Multimodal treatment of ADHD (MTA): an overall measure of treatment outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40:159-67.

22. Swanson JM, Kraemer HC, Hinshaw SP, et al. Clinical relevance of the primary findings of the MTA: success rates based on severity of

symptoms at the end of treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40:168-79.

23. Culbert TP, Banez GA, Reiff MI. Trastornos de la atención: tratamiento. *Pediatrics in Review.* 1994; 15: 43-53.

24. Herreros O, Sánchez F, Gracia R. Actualización en los tratamientos integrados en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Psiquiatría Noticias.* 2004;6.

25. Klassen AF, Miller A, Fine S. Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics.* 2004;114:541-7.

26. Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment. 3 edition. New York: Guilford Press; 2006.

27. Busch B, Biederman J, Cohen LG, Sayer JM, Monuteaux MC, Mick E, et al. Correlates of ADHD among children in pediatric and psychiatric clinics. *Psychiatr Serv.* 2002;53:1103-11.

28. Corral P. Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la hiperactividad. En Pérez M, Fernández JR, Fernández C, Amigo I, editores. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III.* Madrid: Pirámide; 2003. p. 137-49.

29. Labrador FJ, Vallejo MA, Matellanes M, Echeburúa E, Bados A, Fernández-Montalvo J. La eficacia de los tratamientos psicológicos. Siglo XXI. *INFOCOP.* 2003;17:25-30.

30. Kutcher S, Aman M, Brooks SJ, Buitelaar J, Van Daalen E, Fegert J, et al. Declaración de consenso internacional sobre el trastorno de déficit de atención/hiperactividad y los trastornos de conducta disruptiva: implicaciones clínicas y sugerencias de tratamiento. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2004;14:11-28.

31. Dodggett MA. ADHD and drug therapy: is it still a valid treatment. *Journal of Child Health Care.* 2004;8:69-81.

32. Kollins SH, Barkley RA, DuPaul GJ. Use and management of medications for children diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Focus on Exceptional Children*. 2001;33:1-24.
33. Herreros O, Sánchez F, Gracia R. Nuevas perspectivas farmacológicas en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Psiquiatr Infanto Juv*. 2002;19:132-42.
34. Miranda-Casas A, Presentación-Herrero MJ, Soriano-Ferrer J. Multicomponent program for the treatment of children with ADHD. *J Learn Disabil*. 2002;35:546-62.
35. Miranda-Casas A, Presentación-Herrero MJ. Efficacy of cognitive behavioral therapy in the treatment of children with ADHD, with and without aggressiveness. *Psychol Sch*. 2000;37:169-82.
36. Brown TE. Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños adolescentes y adultos. Barcelona: Masson; 2003.
37. Romero-Ayuso DM, Maestu F, González-Marqués J, Romo-Barrientos C, Andrade JM. Disfunción ejecutiva en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia. *Rev Neurol*. 2006;42:265-71.
38. Papazian O, Alfonso I, Luzondo RJ. Trastornos de las funciones ejecutivas. *Rev Neurol*. 2006;42 (Supl 3):S45-50.

