



Consejería de Educación  
Delegación Provincial de Sevilla  
Centros del Profesorado de Sevilla, Castilleja de  
la Cuesta, Osuna-Écija y Alcalá de Guadaíra

## Jornadas educativas sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad



10 y 11 de marzo de 2006  
Salón de Actos del Centro del Profesorado de Sevilla



## Día 10 de Marzo

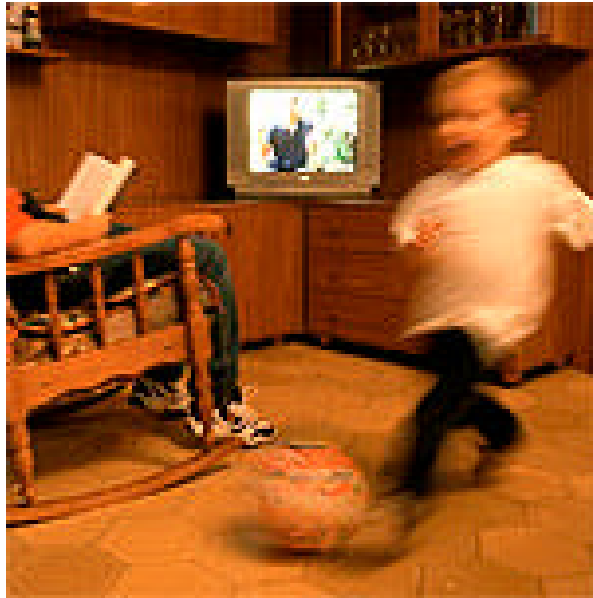
---

- 16:30: **Recepción de participantes, recogida de documentación y presentación de las jornadas.**
- 17:00: Ponencia:  
**TDAH: La verdad y el mito.**  
A cargo de D. Julián Vaquerizo. Unidad de neuropediatría del HMI de Badajoz.
- 18:30: **Descanso.**
- 19:00: Ponencia:  
**Trastornos psicopatológicos asociados al TDAH. Evaluación diagnóstica y neuropsicológica del TDAH.**  
A cargo de D. Manuel Soriano. Universidad de Valencia.

## Día 11 de Marzo

---

- 9:00: Ponencia:  
**Intervención en dificultades de aprendizaje en el alumnado con TDAH.**  
A cargo de D. Roberto Ratón. Grupo Albor-Cohs.
- 10:30: Ponencia:  
**Intervención en problemas de conducta en el alumnado con TDAH.**  
A cargo de D<sup>a</sup> Inmaculada Moreno. Universidad de Sevilla.
- 12:15: **Descanso.**
- 12:45: Mesa Redonda:  
**La colaboración en el tratamiento del TDAH: familia, escuela y otros profesionales.**  
Inmaculada Moreno. Universidad de Sevilla.  
María José Pérez. Gabinete Valores SCA.  
Felicidad Martínez Loscertales. Madre de alumno afectado y Orientadora IES.  
José Manuel Villar López. Profesor de ESO.



**Materiales correspondientes a la ponencia de  
D. Julián Vaquerizo.**

**TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON  
HIPERACTIVIDAD: LA VERDAD Y EL MITO.**



Consejería de Educación  
Delegación Provincial de Sevilla  
Centros del Profesorado de Sevilla, Castilleja de  
la Cuesta, Osuna-Écija y Alcalá de Guadaíra



# Trastorno de Déficit de la Atención con Hiperactividad (TDAH): la verdad y el mito

Dr. Julián Vaquerizo Madrid

Resumen de la Conferencia 'TDAH: la verdad y el mito', Sevilla 10 de marzo 2006

---

Director de los Centros CADAN de Atención al Neurodesarrollo y Centro CAPACITAS de Badajoz (C/Dolores Sopena, 6; 06010 BADAJOZ)  
[jvaquerizo@neuroinfancia.com](mailto:jvaquerizo@neuroinfancia.com) Tf:924232362 Fax:924205282 [www.neuroinfancia.com](http://www.neuroinfancia.com)  
Unidad de Neuropediatría del Complejo Hospitalario Universitario 'Infanta Cristina' de Badajoz

## Introducción

### ¿Realicemos un ejercicio sincero de auto-análisis?

Cuántos de nosotros no manifestamos alguno de estos síntomas

1. **A veces tengo** dificultad para acabar los proyectos
2. **A veces tengo** dificultad para ordenar la oficina-despacho
3. **A veces tengo** problemas para recordar citas (agendas)
4. **A menudo** evito tareas que requieran pensar mucho
5. **A menudo** muevo continuamente manos y pies
6. **A menudo** me siento impulsado a hacer cosas: soy demasiado activo

---

**(ASRS-V1.1) mayores de 18 años** Cuestionario auto-informado de cribado del TDAH (trastorno por déficit de atención/hiperactividad) del adulto-V1.1 de la Entrevista diagnóstica internacional compuesta de la OMS © Organización Mundial de la Salud

El cuestionario autoinformado de cribado del TDAH del adulto (ASRS v1.1) y el sistema de calificación se desarrollaron conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Grupo de Trabajo sobre el TDAH del adulto. Las investigaciones sugieren que los síntomas del TDAH pueden persistir hasta la edad adulta y tener un impacto significativo sobre las relaciones personales, la trayectoria profesional y hasta la seguridad personal de los pacientes que sufren este trastorno.<sup>1-4</sup> Debido a que muchas veces este trastorno no se comprende bien, muchas personas que lo padecen no reciben el tratamiento adecuado y, como resultado, nunca alcanzan su máximo potencial. Parte del problema es que puede ser difícil de diagnosticar, particularmente en los adultos.

### Referencias:

1. Schweitzer, J.B., Cummins, T.K., Kant, C.A. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Med Clin North Am.* 2001;85(3):10-11, 757-777.
  2. Barkley, R.A. *Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed.). 1998.
  3. Biederman, J., Faraone, S.V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K. A, et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with ADHD. *Am J Psychiatry.* 1993;150:1792-1798.
  4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (4th ed., text revision)*. Washington, DC. 2000:85-93.
-

**Una reflexión** ... Si un **adulto** con **TDAH** no es un enfermo, y **no se siente enfermo** ; ... si en realidad vive de una forma particular, y ese **'modus vivendi'** (genéticamente determinado) puede no repercutir sobre su adaptación al entorno ...

... el **TDAH infantil** describe una **condición de vida**, no una enfermedad, definida por:

- **3 dimensiones clínicas** (atención, hiperactividad e impulsividad)
- **2 consecuencias vitales** (social y académica)

que repercuten sobre el **aprendizaje** del individuo.

## **Recuerdo histórico, conceptualización y epidemiología**

En 1902 George Still describe los síntomas, en 1960 se comienza a emplear el concepto de Minimal Brain Dysfunction (Disfunción cerebral mínima). A partir de 1987 aparece el término Attention Deficit Hyperactivity Disorder en la edición DSM-III-R y es en 1994, en el DSM-IV, donde se establecen los actuales criterios diagnósticos del TDAH. Es muy probable que a partir de 2006 dispongamos del DSM-V, en el que están trabajando ya X. Castellanos y colaboradores en la descripción de los futuros endofenotipos del TDAH.

Uno de los últimos informes (1-9-2005) de los CDC de EEUU (Centros de Control de las Enfermedades) describe el Trastorno de Déficit de la Atención con Hiperactividad (TDAH) como uno de los **problemas más comunes del aprendizaje** en la infancia, que afecta a unos dos millones de niños y adolescentes tan sólo en Estados Unidos, con una prevalencia estimada según el DSM-IV, entre el 3 y el 5 % de los niños en edad escolar, lo que supone 1-2 niños por aula. Las causas de este trastorno aún se desconocen. Los conceptos actuales de la pediatría del desarrollo definen a las **Dificultades tempranas del aprendizaje (DTA)** como aquellas que se producen en el periodo comprendido desde el nacimiento hasta los 6 años [Millá M.G. Rev Neurol, 2006; 42 (Supl 2): S153-S156]. Limitan las posibilidades de alcanzar los conocimientos, las habilidades y las destrezas. Se correlacionan con dificultades de los procesos ligados a la cognición, al manejo de conceptos, al procesamiento visual-espacial y los recursos lingüísticos, y afectan a la Atención, Percepción, Memoria y Habilidades lingüísticas. La prevalencia se estima en el 1-3% población escolar (Oficina de Educación de EEUU). El TDAH, siguiendo las recomendaciones de los CDC de EEUU, como se verá, estaría entre estas DTA: Un desorden del neurodesarrollo, de base biológica y con repercusión sobre la coordinación motora, la **atención, el aprendizaje** formal, el **ajuste psicosocial, la conducta y el lenguaje** [Dewey, Kaplan, Crawford & Wilson (2002)]

El Estudio epidemiológico sobre *TDAH* y el *dibujo de la figura familiar* en niños de 8-9 años que realizamos en 17 escuelas públicas de la ciudad de Badajoz (N=601 escolares) puso de manifiesto una prevalencia del 7.5% y una incidencia por sexos de 4.25 niños por cada niña afectada [Vaquerizo Madrid J et al: Habilidades Gráficas en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Rev Neurol, 2004; 38 (Supl 1): S91-S96].

<b>Resultados Escala Escolar de Conners (N =562)</b>
Vaquerizo Madrid J et al. Rev Neurol, 2004; 38 (Supl 1): S91-S96
5 % (N=28) HÁ
2,5 % (N=14) DA
10 % (N=56) TC
7,5 % (N=42) TDAH
<b>Relación H/M</b>



DA 3:1
HA 5,5:1
TDAH 4.25:1

## ¿Cuál es la imagen social del TDAH?

Existen errores de percepción social acerca de los niños que sufren TDAH. Sin olvidar que existe un estereotipo bastante extendido sobre estos niños, podríamos plantear 6 errores de concepto:

1. **Madre:** ‘Los niños hiperactivos que yo conozco son **mucho peores** que mi hijo. No debo plantearme, entonces, que sea TDAH. Mi hijo únicamente me agota’
2. **Amiga:** ‘Mi hijo también hace esto o peor. Se porta mejor el tuyo que el mío’
3. **Parvulario:** En la guardería estaba siempre castigada, estaban muy desesperados, ‘no sabían **qué castigo** aplicar’ para que fuera efectivo.
4. **Pediatra:** ‘A los 3 años y medio es **muy pronto** para diagnosticarla. Es necesario comprobar cómo sigue el ritmo de la clase y si tiene problemas en ella’
5. **Maestro :** El comportamiento del niño no se debe a ‘ningún problema’, es secundario a su inmadurez
6. **Psiquiatra:** Está condenado a ser un marginal, fuera de la sociedad. El gran porcentaje de las cárceles españolas está ocupado por este tipo de personas

Y se observa una tendencia a relacionar el TDAH con un problema exclusivamente conductual, con mala educación. Debemos por ello, dedicar unas líneas a analizar el modelo conductual de los chicos TDAH. La dinámica conductual se resume en cuatro puntos:

- (1) Consecuencias del **Temperamento:** Comportamientos sociales no competentes hacia los padres, compañeros y maestros
- (2) **Enfrentamiento hacia las figuras de autoridad**
- (3) **Rechazo**
- (4) **Fracaso** familiar, académico y social

El **temperamento** [Turecki, The Difficult Child] es el estilo innato o natural (y no producido por el ambiente) de comportamiento. Al igual que un niño aprende a leer, a comer o a patinar puede aprender a manejar las frustraciones y a controlar las emociones. Muchos niños TDAH manifiestan un temperamento difícil con conductas hacia padres, maestros y compañeros que hacen que puedan definirse como propias del **Trastorno Inflexible-Explosivo de la Infancia** descrito por Ross W. Greene: excitables, irritables, discutidores, rabietas, intolerantes, cambios de humor y malhumorado. Otros muchos niños muestran actitudes de enfrentamiento hacia las figuras de autoridad (Padres y maestros), propias del **Trastorno Oposicional Desafiante (TOD)**: Tienen mal genio, discuten con adultos, desafían o niegan cumplir con las normas o peticiones de los adultos y a menudo deliberadamente enfada a la gente, culpan a los otros por sus errores o mala conducta, son sensibles y fácilmente enfadados por los otros, están enfadados o resentidos y son vengativos o rencorosos. Aunque aparentemente ambos desordenes de la conducta parecen idénticos se diferencian por la actitud o no de enfrentamiento a la autoridad y por la actitud consciente y deliberada de las conductas que caracteriza el TOD.

Sea como fuere, algunos de estos niños con TDAH y dinámica conductual patológica sufren como consecuencia el **rechazo** de sus compañeros debido a las conductas molestas y a la percepción negativa de los demás hacia las inadecuadas habilidades sociales y el mal rendimiento académico que a veces presentan. Esta

dinámica de rechazo ha sido estimada en nuestra experiencia en el 20-35% [Vaquerizo-Madrid et al, 2005]. Otros autores aportan cifras más elevadas [García-Castellar et al, 2006: 73.91%]. La situación final de este bucle socio-dinámico se advierte en el **fracaso** familiar (sentimiento de un modelo educativo familiar inadecuado), académico (¿modelo educativo escolar inapropiado?) y personal (baja la autoestima y se cae en sentimientos de desesperanza y depresión).

### **Frente a los aspectos negativos conocidos a cerca del TDAH**

Actúan antes de pensar

Cambian constantemente de actividad

No evalúan los acontecimientos

No tienen sentido del futuro

El habla hacia sí mismo está mal organizada

No desglosan bien la información

Escolaridad desastrosa

Pésima organización

No escuchan, son impulsivos

No aprenden del pasado

Tienen ataques de ira

Emocionalmente inestables

Se mueven en exceso

### **Debemos contemplar las cualidades positivas de los mismos niños:**

La hiperactividad está unida a la creatividad y muchos niños TDAH no van a desarrollarla porque abandonan el colegio, son expulsados o se meten en problemas

Son ingeniosos

Hiperconcentración: Es la *'excelencia del flujo de la conciencia típico de las personas más creativas'* [D. Goleman, Inteligencia emocional]

Son muy sensibles

Son inocentes, ingenuos

Son intuitivos

Especial habilidad para el arte

Grandes emprendedores, vendedores, empresarios

Los Niños con TDAH son niños 'no verbales' (o con dominancia del Hemisferio cerebral derecho), son intuitivos, espontáneos, visuales, llenos de juego, artísticos, creativos y emocionales. Están especialmente preparados para la música, el arte, las matemáticas (en ocasiones) y el deporte. Son niños con un estilo de aprendizaje predominantemente 'visual'. Suelen ser niños que aprenden más de lo vivido de forma emocionalmente intensa y a través de imágenes de impacto visual. Recuerdan la información en colores y aprenden más cuando la información (libros, pizarra) tiene imágenes explicativas. [Copeland ED, Love VL: Attention, please!. A compr. guide (...). Plantation, Florida: Specialty Press, Inc. 1995]

## **Edad de presentación del TDAH**

En nuestra experiencia podemos advertir cuatro grupos de edad de manifestación de los síntomas del TDAH [Vaquerizo Madrid J et al: Rev Neurol, 2006; 41 (Supl 2): ]

### **Grupo 1 :**

Desde el nacimiento (33%?): Lactante irritable y evolución Parvulario a ‘Temperamento difícil

### **Grupo 2:**

A los 2 años (56.5%?) “Cambio” del patrón de conducta ‘normal’: a TEMPERAMENTO DIFÍCIL. El **56.5%** de los niños con TDAH tiene (o ha tenido) como rasgo clínico un **perfil evolutivo durante la etapa preescolar** de temperamento difícil: *trastorno inflexible-explosivo de la infancia*

- **Intolerancia a las frustraciones**
- **Escasa flexibilidad cognitiva**
- **Dificultad para controlar las emociones**

### **Grupo 3:**

Periodo ‘silente’: TDAH-da ‘Sluggish cognitive tempo’ (‘niños con inteligencia perezosa’)

### **Grupo 4:**

En la etapa adulta

- Evolución TDAH infantil
- TDAH-Inicio en la etapa adulta
- Padres de hijos hiperactivos
- Autodiagnóstico
  - Fracaso en habilidades sociales y competencias laborales

## **9 signos de alerta evolutivos del TDAH en preescolares (3-5 años)**

[Vaquerizo-Madrid J. Hiperactividad en el niño preescolar: descripción clínica. Rev Neurol, 2005; 40 (Supl 1): S25-S32]

1. Pobre desarrollo del juego social (asociativo-cooperativo)
2. Preferencia por los juegos deportivos sobre los educativos
3. Actitud “desmontadora” ante los juguetes. **Pobre “interés sostenido” por el juego con juguetes**
4. **Retraso en el lenguaje**
5. **Retraso en el desarrollo de la motricidad fina adaptativa: TORPEZA**
6. Dificultades para el aprendizaje para los colores, los números y las letras
7. Dificultades en el desarrollo gráfico y comprensión de la figura humana en el dibujo
8. Inmadurez emocional
9. Rabiets y accidentes en el hogar o en el parvulario

Durante la etapa preescolar el retraso del lenguaje oral es mucho más frecuente en niños con TDAH (6-30%) respecto al grupo control (1-6%) de tal manera que el 80% de preescolares que manifiestan **torpeza, Retraso del Lenguaje e inatención-hiperactividad** cumplen criterios para TDAH + trastornos del aprendizaje (lectura) en la edad escolar. El 58% de los casos de problemas del lenguaje no son detectados en niños referidos a los Mental Health Services de Ontario porque quedan enmascarados por la conducta (Cohen et al., 1993, 1998a, 1998b)

## ¿Qué entendemos cuando hablamos de TDAH?

El TDAH tiene 3 dimensiones clínicas (atención, hiperactividad e impulsividad) y 2 consecuencias vitales (social-conductual y académica) [Normas de Diagnóstico de la American Academy of Pediatrics Pediatrics 2000; 105: 1158-1170 y Pediatrics 2001; 108: 1033-1044], si bien el término TDAH no es definitivamente correcto.

Conceptos:

### **a) Atención**

Consiste en ser *plenamente consciente* de la ejecución de una tarea, de una situación, o del contenido y consecuencias de una conducta. Proporciona la capacidad para seleccionar –de todas las fuentes de estimulación que tenemos a nuestro alrededor- sólo la información que nos resulta útil. [Ruiz-Contreras A, Cansino S: Neurofisiología de la interacción entre la atención y la memoria episódica: revisión de estudios de modalidad visual. Rev Neurol, 2005; 41: 733-43].

### **b) Distrabilidad**

La *distrabilidad* es, en cierta medida, un **figoneo desmedido**. La incapacidad para suprimir la *curiosidad* natural de todo niño. Cualquier objeto atractivo -llamativo- es *investigado impetuosa y entusiastamente* porque el niño no puede reprimir la curiosidad que le invita a explorarlo. Esta capacidad se desarrolla pronto en los escolares sanos, que rápidamente aprenden las consecuencias de cada intervención (p.ej. meter los dedos en un enchufe para averiguar qué hay dentro).

### **c) Impulsividad**

La *distrabilidad* se relaciona mucho, por tanto, con el otro concepto importante en TDAH, la *impulsividad*, que no es más que *la incapacidad para reprimir la curiosidad y también para recordar lo que ocurrió las otras veces, aprender y pensar racionalmente durante el próximo propósito*

### **d) Hiperactividad**

El **concepto de hiperactividad** debe diferenciar al niño hiperactivo del niño hipercinético:

- 1. Comportamiento cognitivo acelerado**
  - Necesidad de iniciar nuevos proyectos
  - Invasión súbita y asaltante de pensamientos asombrosos que le distraen de otras actividades
  - Capacidad de dividir la atención en dos o en tres universos absorbentes al mismo tiempo
- 2. Comportamiento motor activado**
  - Hiperkinesia

El TDAH no es un síndrome no es de déficit de atención sino de **atención imperfecta**. La mayoría de las personas que padecen TDAH pueden hiperconcentrarse y desarrollan creatividad. **La hiperactividad puede estar presente o no**. Algunos niños son soñadores y su actitud es de verdadera tranquilidad [Hallowell EM y Ratey JJ: TDA: Controlando la hiperactividad. Barcelona, Paidós 2001].

En resumen, los niños con TDAH tienen una atención imperfecta. Se concentran mal y además se distraen. Esto ocasiona que su comportamiento (motor y cognitivo) sea distinto al de los otros chicos. La distracción puede proceder del universo interior del niño o del ambiente que lo rodea. En el primero de los casos los chicos serán descritos como ‘despistados’, los segundos se denominarán coloquialmente ‘inatentos’. La hiperactividad define tanto al excesivo comportamiento motor (hipercinesia) como al comportamiento cognitivo acelerado. No siempre los niños hiperactivos son hipercinéticos (tienen excesiva actividad motora) aunque siempre tienen un procesamiento intelectual precipitado.

### **Imaginemos a Oscar...**

...mientras juega con un rompecabezas en una habitación llena de juguetes y objetos llamativos.

Su comportamiento motor dependerá de

- El interés y de la motivación por lo que está descubriendo (atención)
- La capacidad para suprimir la curiosidad por otras cosas que puedan distraerle en la habitación donde juega (distrabilidad)
- La capacidad para ordenar y plantear la ejecución del puzzle (planificación)
- El ritmo que emplea para componerlo (tempo)
- Internalización del lenguaje:

La capacidad para pensar racionalmente y tolerar los fallos que cometa en cada uno de los intentos (flexibilidad cognitiva) + el recuerdo espacio-temporal de lo sucedido (memoria episódica)

### **Clasificación Práctica Personal del Comportamiento motor** (Modificado de Copeland-Love, 1995)

1. **Nivel 1:** Hipoactivo
2. **Nivel 2:** Activo (Inquieto)
3. **Nivel 3:** Hiperactivo
4. **Nivel 4:** Sobreactivo

Los niños sobreactivos no tienen descanso, tienen menores necesidades de sueño, se mueve durante el sueño, hablan continuamente, corren, saltan,... y no escuchan. La diferencia entre el nivel 3 y el 4 está en la **capacidad de respuesta** del niño. La habilidad para ‘parar’ y responder a las exigencias ambientales. Los **niños sobreactivos** no disponen de tiempos de atención suficientes ni de capacidad para la reflexión (**pensamiento racional**). ¡ Cuando un adulto les presta atención o disfrutan con una tarea el nivel de actividad de los niños hiperactivos disminuye¡; Sus conductas son confusas para padres y profesores: ¿Son desafiantes o medidas porque cuando llega a la consulta del pediatra se porta bien?.

#### **Nivel 1: Hipoactivo (TDAH- DA; TDA; Déficit de atención ‘puro’)**

Será incapaz de ejecutar una tarea en el tiempo propuesto. Permanecerá tranquilo sin llamar demasiado la atención, no se alejará de su tarea para jugar con otros objetos de la habitación pero se recreará ensimismado imaginando un mundo de dinosaurios o un planeta alejado y una nave interestelar de la que él es el más rápido de los pilotos espaciales.

**Niveles 3 y 4. TDAH- Combinado**

**Nivel 3: Hiperactivo.** Tiene conservada cierta capacidad para parar y responder

**Nivel 4: Sobreactivo.** No tienen (o muy escasa) capacidad para escuchar, parar y responder

# **PASOS PARA EL DIAGNOSTICO DEL TDAH**





## Síntomas nucleares motivo de alerta

(Señale con un X cuál de los síntomas es el motivo principal de derivación)

AAP-Norma 1

- Falta de atención
- Hiperactividad
- Impulsividad
- Mal rendimiento escolar
- Problemas de conducta

## Criterios de diagnóstico DSM-IV

APA: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994

**Déficit de Atención** (al menos 6 de los siguientes):

No presta atención a los detalles o tiene muchos “descuidos” en el trabajo escolar.
Dificultad para mantener atención en tareas o juegos.
Parece que no le escucha cuando le hablan.
No termina sus tareas u obligaciones.
Dificultad para organizar tareas, obligaciones.
Rechaza tareas que requieren un esfuerzo mental continuado.
Pierde frecuentemente juguetes, bolígrafos, libros...
Se distrae fácilmente con estímulos externos.
Olvidadizo con las actividades diarias.

**Hiperactividad-impulsividad** (al menos 6 de los siguientes):

No puede estar quieto con las manos, pies, sentado...
Se levanta en clase, cuando esta comiendo...
Corre, salta en situaciones inadecuadas...
Dificultad para jugar tranquilamente.
A menudo “va como una moto”.
Habla excesivamente.
Responde antes de acabar las preguntas.
No guarda su turno en juegos o actividades en grupo.
Interfiere conversaciones, juegos de los demás.

## Subtipos TDAH

**TDAH-C**

TDAH subtipo combinado

Cumple criterios completos para DA (6 ó más de 6 puntos) y para HI (6 ó más de 6 puntos)

**TDAH-DA**

TDAH subtipo con predominio del déficit de atención

Sólo cumple criterios completos para DA (6 ó más de 6 puntos). Cumple 5 ó menos de 5 puntos para HI

**TDAH-HI**

TDA/H subtipo hiperactivo impulsivo

Sólo cumple criterios completos para HI (6 ó más de 6 puntos). Cumple 5 ó menos de 5 puntos para DA

**Trastorno hiperactivo sin especificar**

Cumple 5 o menos de 5 puntos para DA y para HI

# ***26 Consejos y recomendaciones para lograr un escenario adecuado en TDAH***

Dr. Julián Vaquerizo Madrid  
Unidad de Hiperactividad y Patología del Aprendizaje  
Centro CADAN de Atención al Neurodesarrollo 2006



## ***26 Consejos y recomendaciones para lograr un escenario adecuado en TDAH***

El tratamiento del TDAH puede compararse a una larga y dura travesía en la que se embarca la familia para rescatar al niño de las aguas de la inatención, de la hiperactividad, de la impulsividad, de la mala conducta o el fracaso académico. Si el escenario en el que se mueve este velero no es el apropiado, o simplemente no se han desplegado sus velas, es muy probable que el barco zozobre o que navegue a la deriva sin rumbo ni timón. El tratamiento del TDAH no es el tratamiento individual del niño, se trata del entrenamiento de la familia, de la creación de un equipo de trabajo y de la intervención posterior sobre el niño, directamente y a través los padres.

**¡Vamos a *tratar* a la familia;**

**¡Vamos a *rescatar* al niño;**

### ***6 Ejes para el rescate del niño TDAH***

Hay que decidir sobre la forma de aplicación de los seis elementos principales que forman el ***escenario terapéutico*** apropiado que será necesario para la dura travesía que representa la intervención.

- 1) El **tratamiento médico** comienza con la adecuada explicación **neurobiológica** sobre la naturaleza del TDAH. Consiga que su médico le exponga las bases biológicas del problema y que decida sobre la intervención **farmacológica más adecuada**. No todos los niños con TDAH necesitan tomar medicamentos, sin embargo esta decisión no es sencilla y no puede esperar. No se debe demorar una decisión tan importante. Un niño adecuadamente tratado tiene un rendimiento superior en cualquiera de los puntos siguientes.
- 2) El **entrenamiento** de los padres es esencial para la nada sencilla tarea de **monitorizar** el trabajo del niño en casa y de acometer el **plan de modificación de conducta** que se haya seleccionado.
- 3) **Elegir** las técnicas de **rehabilitación cognitiva** necesarias para cada caso que recuperen las funciones ejecutivas deterioradas.
- 4) **Planificar** el **acompañamiento psicológico**
- 5) **Planificar** el **refuerzo académico** necesario
- 6) **Organizar** el papel del **aula**, del profesor y los compañeros, para la adecuada reeducación del niño.

### ***26 recomendaciones y consejos para diseñar un escenario apropiado para el tratamiento del TDAH***

Los tres primeros consejos hacen referencia al ***escenario general***

1. Los padres deben entrenarse para ser los **monitores** del trabajo de los chicos pero no pueden **sustituir** al maestro ni pueden **representar** al psicólogo
2. Se debe iniciar la intervención según un índice de **prioridades**

3. Diseño de un *programa de trabajo individual* basado en la *Lista General de Problemas*

**Sobre el *escenario emocional* y el *estilo* para el *aprendizaje*** (Copeland ED, Love VL. Attention, please!. A comprehensive guide (...). Plantation, Florida: Specialty Press, Inc. 1995)

4. Después del diagnóstico el *profesorado* debe realizar una *lectura del desarrollo* del niño (los denominados en EEUU '*niños del verano*' – nacidos después de junio-suelen ser más inmaduros que sus compañeros) y analizar el *estilo de aprendizaje* según la *dominancia hemisférica cerebral*.
5. El profesor debe saber que el *aprendizaje* de cualquier información técnica pasa primero por un *análisis emocional* de la misma y del *impacto* y el escenario en el que se produce. Veamos este punto con más detalle.

### **Escenario emocional**

Clark & Clark (1989) realizan una simpática descripción del cerebro en 3 'funciones' no exenta de fundamento científico. Es una forma sencilla de explicar el escenario emocional en que se desenvuelven el aprendizaje y la conducta:

1. *Función cerebral 'básica'*: respirar, latir,...
2. Inteligencia emocional (*Cerebro sensible*)
3. *Cerebro pensante* (HCD y HCI)

Esta interpretación de la fisiología cerebral nos explica cómo la información se filtra primero por un procesamiento emocional antes de ser 'aprendida' por el cerebro pensante. Esto explica porqué un niño aprende más en un *ambiente comfortable*. Las emociones fuertes quedan mejor impresas en la memoria del individuo. Las *experiencias emocionales positivas en la clase promueven el aprendizaje*. El cerebro del lactante funciona como un todo. Durante la etapa preescolar los hemisferios cerebrales se especializan. A la edad de 4-5 años la mayoría de chicos establecen sus preferencias y operan mejor con uno de los dos hemisferios. Este proceso establece el *estilo de aprendizaje*. En la siguiente tabla se expone la diferente forma en la que los niños abordan el aprendizaje según la especialización hemisférica cerebral.

	<b>Niños ‘no verbales’ Hemisferio cerebral Derecho</b>	<b>Niños ‘verbales’ Hemisferio cerebral Izquierdo</b>
<b>¿Cómo son?</b>	Intuitivos Espontáneos Visuales No-verbales Llenos de juego Artísticos Creativos Emocionales	Analíticos Explícitos Concretos Secuenciales Verbales
<b>Habilidades</b>	Música Arte Matemáticas Comprensión espacial Deporte Inteligencia emocional	Disfrutan hablando Habilidades lingüísticas Analítica Lógica Racionalidad
<b>Descripción</b>	Suelen ser niños imaginativos, fantasiosos y <b>con más dificultades para el pensamiento racional (para tomar decisiones)</b> . Las soluciones a los problemas aparecen, como <b>‘por arte de magia’</b> , mientras están ‘en la ducha’ o ‘leyendo en el coche’	Los niños con predominio del HCI <b>no hablan demasiado</b> necesariamente. Aquellas personas catalogadas como ‘intelectuales’ o ‘pensadoras’ tienen un <b>lenguaje interno</b> muy marcado

Copeland y Love (Copeland ED, Love VL. Attention, please!. A comprehensive guide (...). Plantation, Florida: Specialty Press, Inc. 1995.) distinguen tres estilos de aprendizaje:

### **1. Niños con estilo de aprendizaje predominantemente ‘kinestésico’:**

Son niños que aprenden ‘haciéndolo’. Necesitan tocar y sentir la información y tienen dificultades en el aprendizaje que implica ‘sólo’ ver y – especialmente – oír. Suelen decir: - **“Muéstrame cómo lo haces”**. Suelen ser descritos como **‘manitas’**.

### **2. Niños con estilo de aprendizaje predominantemente ‘visual’:**

Suelen ser niños que aprenden más de lo vivido de forma emocionalmente Intensa y a través de imágenes de impacto visual. Recuerdan la información en Colores y aprenden más cuando la información (libros, pizarra) tiene imágenes Explicativas.

### **3. Niños con estilo de aprendizaje predominantemente ‘auditivo’:**

Aprenden más cuando leen y de lo que oyen.

**Sigamos con las 26 recomendaciones:**

6. **Sobre el escenario emocional y el estilo para el aprendizaje.** El profesor debe también realizar un ejercicio de auto-análisis para descubrir cuál es su *estilo de enseñar*:

- **Especialización hemisférica derecha:** Vivaz, espontáneo y extrovertido. Será mejor tolerado y comprendido por el niño TDAH.
- **Especialización hemisférica izquierda:** Su capacidad para estructurar la enseñanza y para organizar la información es necesaria para mantener centrado al niño TDAH.

- El '*profesor ideal*' es aquél organizado, que da clases predecibles, pero también es emocional y carismático.
7. **Una reflexión sobre el lenguaje:** No pierda la oportunidad de analizar *siempre* el *lenguaje* del niño en toda su extensión, aunque hable bien. No descarte la posibilidad de un trastorno de la lectura específico (*dislexia*) en el contexto del aprendizaje global. El déficit de atención está relacionado con un desarrollo preescolar más pobre del lenguaje y éste con problemas futuros en la *lectura*. Tenga en cuenta, después de este dato, que la lectura es la base instrumental para todo el aprendizaje: '*nunca olvide que el aprendizaje de un niño TDAH se edifica sobre un solar pobremente cimentado*'.
  8. **Las 8 áreas del neurodesarrollo:** Antes de decidir una estrategia educativa evaluemos (entre el profesorado y el equipo de orientación educativa) de qué habilidades dispone el niño afecto de TDAH y que *debilidades* manifiesta de las siguientes **8 áreas**:
    - Percepción, procesamiento y memoria auditiva
    - Percepción, procesamiento y memoria visual
    - Destreza motora
    - Integración visual-motora
    - Control del espacio y el tiempo
    - Habilidades para la lectura y la escritura
    - Habilidades matemáticas
    - Ritmo de trabajo

## En el aula

Recuerde que el '*estilo TDAH*' se va a caracterizar por:

- **Falta de seguimiento de instrucciones**
  - Problemas para la *comprensión* de mensajes verbales
  - Necesidad de *imágenes visuales* +/- necesidad de 'palpar la explicación a través de ejemplos'
- **Dificultades en mantener la atención en una tarea**
  - Pobre *motivación*
  - Escasa capacidad de atención
  - Distrabilidad ambiental
  - *Distrabilidad interna*
- **Aburrimiento**
  - *Agotamiento de la atención*
  - Agotamiento de la motivación
- Dificultades en *completar* la tarea
- Dificultades en **trabajar de manera independiente**

*Por tanto, vamos a plantearnos el trabajo a realizar*

*en el aula ... adc: Acercarse + Dosificar + Conceder:*

*Ilustre la información para Acercarse al niño*

9. La información debe transmitirse según su propio '*estilo de aprendizaje*': 'no verbal', 'verbal'.



10. Se deben proporcionar al niño *instrucciones individuales* (una cada vez) y no todas a un tiempo, instrucciones breves, específicas y *paso-a-paso*

### **Dosifique la cantidad de información**

11. *Distribuya la tarea* en partes
12. *Reduzca la cantidad de trabajo* que se le asigna al niño

### **Negocie el tiempo de trabajo con el niño: Conceda**

13. Otorgue un *tiempo extra* para completar el trabajo pero plantee también límites para terminar la tarea: ¡plantéelo como un *desafío* para el niño!. Deben establecerse unos límites para esta negociación sobre el tiempo y los objetivos para cada tarea. Hacérselo comprender implica *disciplina*.

### **En el aula ... ordenar, programar y conservar**

¡Cuando trabaje con un escolar TDAH no olvide que estos chicos suelen ser **grandes emprendedores** pero **malos administradores** y **pésimos empresarios**! Derrochan recursos, gestionan mal la información y concluyen sin éxito la mayoría de los proyectos.

14. Anime al niño a emplear *listas de trabajo* y a usar *organizadores* diarios (agendas y calendarios). Diseñe una agenda individual para cada niño.
15. Enseñe al niño a organizar su trabajo con un orden cronológico mediante la técnica de “*trabajo completado-nuevo trabajo*”
16. *No olvide monitorizar periódicamente junto con la familia* el uso de las listas de trabajo y los organizadores descritos en los puntos 14 y 15 (la organización y el orden, - y no sólo el cumplimiento ‘formal’ de las tareas-, también son *objetivos* de la educación del niño TDAH)

**No olvide que para que el niño con TDAH conserve la atención sobre una tarea debe evitar que se distraiga con estímulos externos, pero también de los propios estímulos internos.**

### **El escenario ambiental necesita una estructura**

17. *Aleje al niño de distractores*: puertas, ventanas y áreas de ruido, así como de otros escolares ruidosos. Lo ideal es que lo sienta *a su lado* para monitorizar de cerca el trabajo, de modo que el alumno siga las *instrucciones verbales* con curiosidad y calma
18. Diseñe una “*zona tranquila*” (p.ej. un pupitre localizado en una esquina) en el cual el niño pueda sentarse y realizar exámenes o trabajar cuando le veamos distraído o tenga problemas de concentración
19. La información importante que requiera más *aplicación* por parte del alumno debe destacarse en la pizarra o verbalmente mediante aserciones como “- ESTO ES IMPORTANTE¡”), *rescatando* su atención

20. Dedicaremos algunos ‘*momentos de rescate*’ a *promover actividades no disruptivas* (leer, escribir un diario, tomar notas, dibujar). Por ejemplo, mientras tiene que atender a otro alumno

### **El escenario interno (actitud para mantener la atención) necesita motivación**

21. El escolar con TDAH se interesa por un tema cuando lo *comprende*. No olvide nunca, por tanto, que la información debe llegarle a través de un circuito adecuado (estilo de aprendizaje)
22. Anime a su alumno a que termine una tarea *por sí mismo*, empezando por pequeños trabajos y aumentando la dificultad progresivamente
23. El chico *debe ser consciente de sus éxitos* en la medida en que es consecuente de sus debilidades en un acto reflexivo: *la autoestima también es un objetivo educacional*

### ***En el aula ... técnicas de trabajo para el profesorado***

24. El aula a la que asiste un alumno con TDAH es buen *foro* para implantar un ambiente propicio para el *desarrollo social* de todos los niños.
- Una meta del profesorado es (a) moldear la *conducta*, (b) suscitar el *pensamiento reflexivo* y (c) cimentar la *tolerancia a las frustraciones* como cualquier otro logro, adquisición y habilidad del *desarrollo*.
  - El profesorado debe otorgar tanta importancia al *currículo social* como al académico en la formación de la persona.
  - El profesor puede interrumpir una lección para centrarse en algún evento que haya podido suceder en el aula
  - Las discusiones, o *CONFERENCIAS SOCIALES*, versan sobre las interacciones sociales
  - La resolución del conflicto se convierte en el foco de discusión
  - Todos los niños se beneficiarán de ello, especialmente el alumno con temperamento difícil, inflexible y explosivo
25. El aula a la que asiste un alumno con TDAH es buen foro para implantar un ambiente propicio para el desarrollo social-académico de los niños.
- Implique al resto de los alumnos en esta estrategia
  - Trabaje con su alumno TDAH en parejas de tutoría

### ***En el aula y en casa***

26. Plantéese un adecuado seguimiento del niño basado en la Lista General de Problemas. Identifique el auténtico perfil de su hijo/alumno y ponga remedio a cada situación crítica si está entre sus competencias o bien informe al profesional adecuado.

**27. Una recomendación adicional:**

---

---

---

---

Este espacio está en blanco. Le está esperando.



# Hiperactividad en el niño preescolar: descripción clínica

J. Vaquerizo-Madrid <sup>a,b</sup>

## HYPERACTIVITY IN PRESCHOOLERS: A CLINICAL DESCRIPTION

**Summary.** Introduction. *Hyperactivity is a behavioural development disorder characterised by disruptive motor activity that prevents the individual from establishing adequate social ties and normal communication, which are an essential part of a child's overall development. It is an unspecific symptom of several neurocognitive disorders, the most frequent of which is attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).* Patients and methods. *We present the results of two investigations. In the first, a case-control study, we conducted a comparative analysis of how the parents of 50 children diagnosed with ADHD remember the behaviour of their children during the first 12 months of their lives. The symptoms were separated into 3 clinical profiles (daytime irritability, eating disorders and sleep dysfunctions). Up to 33% of the families reported a history of at least one of these aspects. 41% of the children were described as being excessively restless, crying a lot or irritability, and being easily startled and very sensitive to noises, and 42.7% had difficulty in getting to sleep or displayed intermittent periods of sleep and woke up crying. For the second research project, which was to complement the previous one, we designed a survey which was answered by the parents of 78 patients diagnosed with ADHD. The questionnaire collected information about the first 5 years of life in 4 sections (28 items): behaviour up to the age of one year, psychomotor development, development of play, and the parents' general perception of their child (distracted-inattentive, impulsive, destructive, immature, negativist, oppositional, other). The Rasch mathematical model was used to obtain the clinical profile of the case mix. Conclusions. The clinical symptoms appear on a continuum throughout the early years of the child's life. The results of our experience allow us to develop a method of clinical examination focused on the evaluation of the individual's development, play, and communication and socialisation skills which can be used to approach the differential diagnosis of the hyperactive preschooler. [REV NEUROL 2005; 40 (Supl 1): S25-32]*

**Key words.** Attention deficit hyperactivity disorder. Hyperactivity. Preschool age. Rasch model.

## INTRODUCCIÓN

Al analizar clínicamente la conducta del lactante y el preescolar nos asalta una pregunta fundamental: ¿cómo entender la conducta del niño pequeño para poder definir posteriormente el concepto de hiperactividad? Y, ¿cómo comprender y acotar los límites entre la normalidad y los comportamientos patológicos?. Darwin [1] planteó que 'ciertas emociones innatas del lactante se manifiestan a través de sus propias expresiones faciales y actividades musculares posturales'. Ese planteamiento resulta esencial para comprender cómo los pequeños expresan sus emociones y sentimientos antes de comenzar a hablar: a través de señales corporales, sonidos y expresiones faciales.

El TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad) se manifiesta de forma distinta en cada etapa de la vida, en parte por el particular desarrollo del lóbulo frontal. Antes de los 7 años los niños con TDAH suelen ser especialmente hiperactivos e impulsivos. Después de esa edad la conducta se modula y comienzan a reflejarse las consecuencias del déficit de atención, el trastorno del aprendizaje y otros síntomas. Ese impacto académico se ha calculado que afecta al 70% de los escolares TDAH de 9 a 10 años de Suecia y a menos del 7% de los niños sanos. Incluso el 15% del primer grupo necesitará educación especial individualizada [2]. Sabemos que la mitad de los escolares hiperactivos experimentará además dificultades interpersonales en el ámbito socioescolar.

En este trabajo se plantean las dificultades diagnósticas y los aspectos clínicos del diagnóstico diferencial de la hiperactividad

antes de los 6 años, durante la etapa preescolar. El desarrollo de la exposición se centrará especialmente en torno al TDAH, por su mayor prevalencia y por ser del que contamos con mayor experiencia. Se presentan los resultados parciales de un proyecto de investigación sobre marcadores y predictores de hiperactividad en el niño pequeño.

### Hiperactividad: definición y problemática

La hiperactividad es un desorden del desarrollo de la conducta caracterizado por una actividad motora disruptiva que impide que el individuo establezca adecuadamente sus lazos sociales y se comunique con normalidad, entendiéndose la comunicación como una habilidad imprescindible para la socialización y el aprendizaje, ejes del desarrollo global del niño.

El impacto de este patrón de conducta sobre la familia, y en especial en el caso del TDAH, se liga más a los problemas del comportamiento que a la actividad motora *per se*, a la influencia negativa que ejerce sobre los hermanos del niño hiperactivo, y a los sentimientos negativos que todo ello genera en el seno familiar. La actitud de los padres, por tanto, al llegar a la consulta viene especialmente marcada por una incapacidad de manejar el comportamiento del sujeto, por un nivel muy alto de estrés, y por graves problemas de convivencia. Es indudable que cuanto más precoz sea la aparición de la sintomatología, más evidentes van a ser los problemas en el hogar.

La hiperactividad es, consecuentemente, uno de los principales motivos de demanda asistencial neuropediátrica. Entre la psicopatología infantil el TDAH ocupa el primer lugar (86% consultas atendidas), seguido de los trastornos del comportamiento disruptivo (61%) [3]. Y cada vez la edad a la que acuden nuestros pacientes es menor. La conciencia sobre el problema es creciente y tanto las familias como los profesionales que trabajan con ellos solicitan que el diagnóstico sea lo más precoz posible. Esto plantea una serie de problemas para el clí-

Aceptado: 30.01.05.

<sup>a</sup> Centro CADAN de Atención al Neurodesarrollo. <sup>b</sup> Unidad de Neuropediatría. Complejo Hospitalario Universitario Infanta Cristina. Badajoz, España.

Correspondencia: Dr. Julián Vaquerizo Madrid. Dolores R. Sopena, 6. E-06010 Badajoz. Fax: +34 924 205 282. E-mail: jvaquerizo@neuroinfancia.com

© 2005, REVISTA DE NEUROLOGÍA

nico, dado que la mayoría de las escalas de medición de la conducta y las baterías de estudio neurocognitivo están diseñadas para mayores de 6 años. Por otra parte, considerando que el niño pequeño se encuentra en pleno proceso de desarrollo, no resulta complicado advertir que será difícil discriminar dónde está la fina línea que separa la normalidad de lo patológico.

La coincidencia en el tiempo de síntomas propios del TDAH con algunas conductas 'propias' de la edad hace que el curso de la Educación Infantil influya muy directamente en la consolidación del trastorno. Algunas de las 'conductas sujetas a la maduración' como las rabietas frecuentes, la falta de seguimiento de las reglas e incluso cierta 'agresividad fisiológica' pueden extinguirse al llegar a la edad escolar si además han sabido moldearse de forma adecuada durante el primer ciclo. Aquellos niños con conductas verdaderamente patológicas llegarán a la edad escolar con los síntomas característicos.

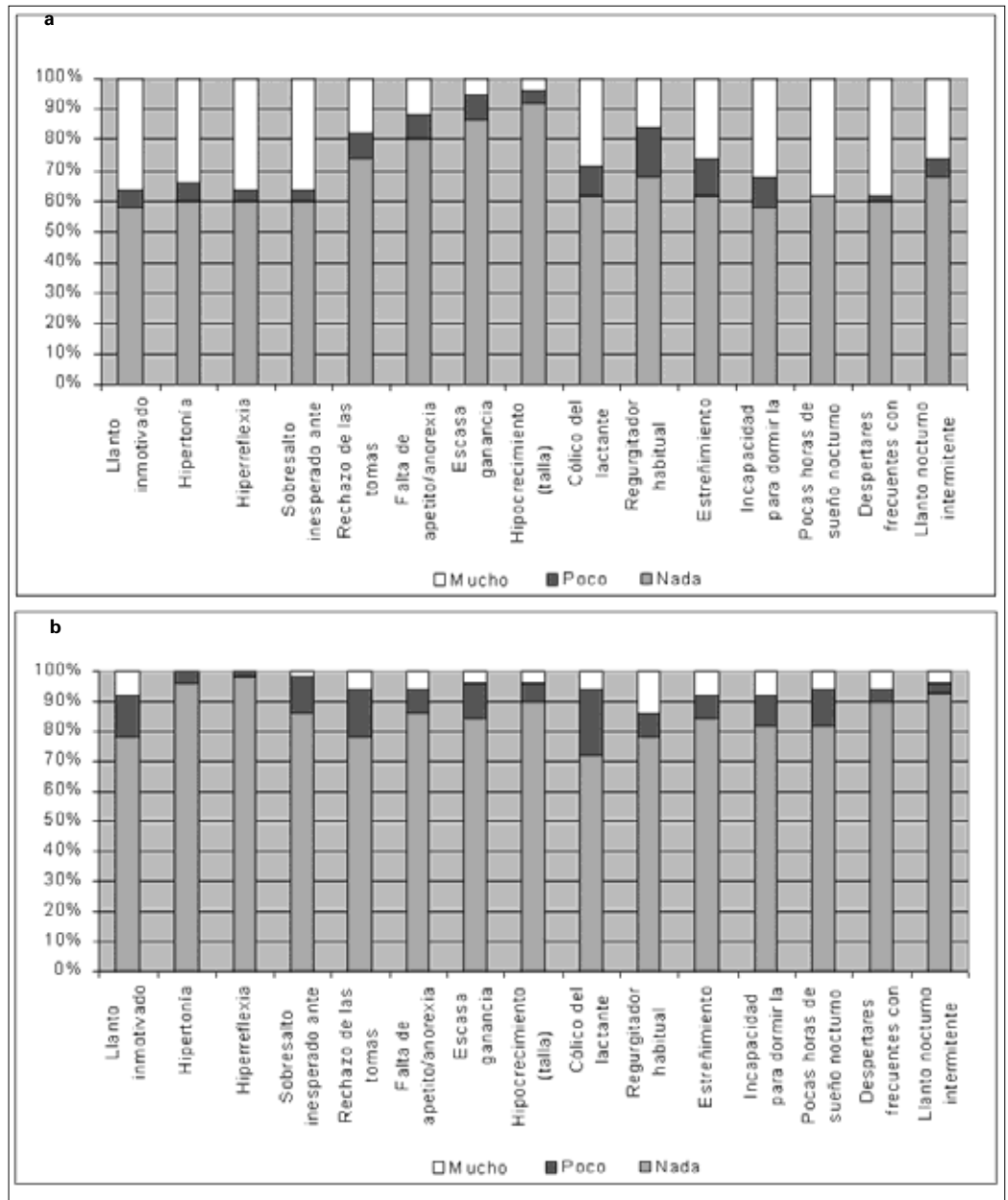
A las dificultades del diagnóstico diferencial de la hiperactividad en el preescolar se añade la complejidad semiológica de ciertos procesos en sí mismos. Esto es especialmente cierto en el caso de los trastornos del espectro autista (TEA), un continuo sintomático heterogéneo cuyos límites imprecisos en ausencia todavía de un marcador neurobiológico dificultan la puesta en marcha de estrategias diagnósticas precoces y definidas. Otros desórdenes de la conducta como el trastorno oposicional desafiante (TOD) se manifiestan de manera conjunta con el TDAH en la etapa preescolar, lo que complica el proceso diagnóstico de esos niños [4].

El debut del 75% de los casos de TDAH se estima que se produce antes de los 5 años, y la mayoría de las veces entre los 3 y los 4, aunque contamos con escasa experiencia al respecto. Este dato tiene también implicaciones pronóstico puesto que cuanto más temprano debute el TDAH más posibilidades existen de que aumente su severidad, comorbilidad, disfunción social,

familiar y cognitiva. Estos mismos 'marcadores' determinarán la persistencia o transitoriedad de la sintomatología en el futuro [5]

**PACIENTES Y MÉTODOS**

Para ilustrar esta discusión sobre hiperactividad se diseñó un primer estudio caso-control seleccionando un grupo de 50 niños con TDAH 'puros' atendidos en el Centro CADAN y en la Unidad de Neuropediatría del Hospital Materno Infantil de Badajoz, y una serie de 50 casos control escogidos entre niños sanos del área de Urgencias Pediátricas y Servicio de Preescolares del Hospital (Figura) [6]. La edad media de la casuística fue de 7,8 años. Todos los casos fueron diagnosticados mediante los criterios del DSM-IV [7], correspondientes al fenotipo disatencional (15,5%), hiperactivo-impulsivo (13%) o combinado (66%). Se investigaron los antecedentes familiares, detectando algún ascendente cercano con el mismo problema en el 70,4%



**Figura.** Marcadores de hiperactividad en el lactante menor de 12 meses en niños diagnosticados de TDAH [6]. Comparativa de los ítems analizados en los casos clínicos (a) y casos control (b). Cada ítem es contestado según la intensidad de los síntomas como nada (0), poco (1) o mucho (2).

**Tabla I.** Cuestionario sobre hiperactividad y déficit de atención en niños menores de 5 años.

	Sí	No		Sí	No
1. Marcadores de hiperactividad durante el primer año: ¿Diría que durante el primer año de vida, desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad, su hijo/a tuvo algún problema como los descritos aquí?			¿Han sido o son más frecuentes las 'rabietas' que en otros niños de su edad, especialmente en lugares públicos?		
Trastornos de la alimentación: ¿rechazo de las tomas, cólico del lactante intenso, regurgitaciones o vómitos, excesivamente "caprichoso" con las comidas?			4. Desarrollo y maduración general. ¿En qué aspectos del desarrollo cree que su hijo/a ha tenido problemas destacables?		
Excesivamente inquieto o tenso cuando estaba despierto; llorón o continuamente irritable; muy sensible a los ruidos y sobresaltos, etc.			Correr, saltar, subir y bajar escaleras		
Trastornos del sueño severos: dificultad para dormirse, sueño intermitente, despertares con llanto, etc.			Problemas en el uso de las manos: motricidad fina hacer torres, ensartar anillas, etc.)		
2. Juego: ¿Cómo describiría el juego del niño?			Dibujo: realizar figuras y entender la figura humana a través del dibujo		
Le gustan los juegos educativos: rompecabezas, encajables, etc. y se entretiene con ellos			Reconocimiento del esquema corporal. Partes del cuerpo, etc.		
Prefiere los juegos 'deportivos' o 'de ejercicio': pelotas, balones, etc. y le gusta 'gastar energías con ellos'			Comprensión del lenguaje general cuando se le habla		
Le gustan los juguetes de piezas, pero sólo para desmontarlos, con una actitud destructiva, rechazándolos y abandonándolos luego sin interés por los mismos			Control de esfínteres		
Juega de forma simbólica con coches, muñecos, a 'hacer como si...', a los médicos y enfermeras, a los maestros, etc.			Otros (anótelos)		
Le da la función adecuada a cada uno de los juguetes que posee			¿Durante la etapa escolar han sido frecuentes los cólicos, dolores de cabeza o de estómago?		
Anote sus juguetes preferidos			5. ¿Cómo definiría a su hijo en una palabra? Puede elegir más de una opción.		
3. Aprendizaje, conducta y socialización			Ponga una cruz		
¿Tiene problemas de aprendizaje escolar: letras, números, colores, formas?			Despistado-inatento		
¿Tiene problemas de carácter emocional y/o afectivo?			Inquieto		
¿Es capaz de jugar con otros niños, compartir juegos, proponer juegos?			Impulsivo		
¿Tiene algún problema en sus conductas alimentarias?			Destructor		
¿Tiene problemas de sueño?			Inmaduro		
¿Ha tenido su hijo/a más accidentes de los habitual en el hogar o en la escuela o parvulario?			Negativista		
			Oposicional (siempre mantiene una actitud de enfrentamiento, oposición con el adulto; siempre mide el nivel de tolerancia del adulto y 'lo pone al límite')		
			Otro:		

de los casos y, de manera sorprendente, sólo en el 4% en hermanos. Se analizaron los antecedentes prenatales y perinatales, incluyendo edad de la madre en el momento del embarazo (media: 27,9 años), curso del embarazo, tóxicos, parto y peso al nacer (media: 3.267 g).

La encuesta anamnésica incluyó la recogida de datos sobre tres aspectos de la conducta del niño durante los primeros 12 meses de la vida: 1) Irritabilidad diurna (excesivamente inquietos o tensos, llorones o continuamente irritables y muy sensibles a los ruidos y sobresaltos); 2) Trastornos en las conductas alimentarias (rechazo de las tomas, cólico del lactante, regurgitaciones o vómitos, excesivamente 'caprichoso' con las comidas), y 3) Disfunciones del sueño (dificultad para dormirse, sueño intermitente, despertares con llanto). El 33% de los casos de niños TDAH tenía antecedentes de alguno de ellos, siendo los más prevalentes el perfil de lactante irritable, con un 41%, y el perfil de trastornos del sueño (42,7%).

Para profundizar más en los aspectos evolutivos del TDAH se planteó una estrategia similar indagando sobre los determinantes clínicos sospechados durante los primeros 5 años de la vida [8]. Con ese objetivo se diseñó una encuesta que respondieron también con carácter de anamnesis los padres de 78 pacientes diagnosticados de TDAH mediante el DSM-IV. Este cuestionario constaba de 4 apartados: 1) Los marcadores de hiperactividad que habíamos descrito previamente para el primer año de la vida: 2) Las

particularidades del desarrollo del juego y sus preferencias en el uso de los juguetes; 3) Los marcadores generales sobre desarrollo psicomotor, y 4) La percepción general de los padres sobre su hijo (despistado-inatento, impulsivo, destructor, inmaduro, negativista, oposicional, otro). En total se consultaba sobre 28 ítems que las familias contestaban en la sala de espera de los dos centros (Tabla I).

Mediante el análisis matemático del modelo de Rasch [9] (Tabla II) intentamos acercarnos al patrón más típico del niño TDAH en menores de 5 años (*raw score* altos). Durante los primeros 12 meses estos pacientes son descritos como lactantes excesivamente inquietos y que sufren trastornos en las conductas alimentarias. Suelen tener problemas en el desarrollo gráfico y en el reconocimiento de la figura humana a través del dibujo y, desde muy temprano, comienzan a reflejar problemas en el aprendizaje. Conductualmente son definidos como inquietos, impulsivos y despistados, con una preferencia por los juegos deportivos. Los niños otorgan a los juguetes su función adecuada aunque de manera desordenada, los desmontan y manipulan hasta su destrucción. Su juego es menos simbólico que el de otros niños y tienen menos predilección por los juguetes educativos. Esta encuesta recogió además la información sobre el tipo de juguete preferido. No hubo diferencias significativas en ninguna categoría. Los niños más hiperactivos juegan con muñecas, bicis, coches y aviones, de la misma forma que los que

habían tenido menos puntuación (*raw score* más bajos) se divierten con ordenadores, cuentos, muñecos o parchís. A diferencia de lo esperado no fue significativo el trastorno del sueño después de los 12 meses, pocos eran definidos por sus rabiets y en pocos casos se recogieron accidentes en el hogar y el parvulario destacables.

## DISCUSIÓN

En la actualidad existe un debate que se ha extendido a la sociedad, incluso a los foros de discusión económica. *Behave, or else*, artículo periodístico publicado en *The Economist* alerta sobre los costes de la conducta problemática del niño y las repercusiones sobre el profesorado. Las prescripciones de psicoestimulantes, según ese diario, se han incrementado en un 25%, de tal manera que, si bien sólo el 0,3% de los escolares británicos reciben tratamiento con metilfenidato, en Estados Unidos esta cifra se dispara al 6-7% [10]. ¿Cuál es el camino más objetivo, entonces, para diagnosticar precozmente a los niños hiperactivos?, y ¿cómo conducir su tratamiento sin excedernos en una política terapéutica moral y potencialmente agresiva?

Nos planteamos aquí si hay que investigar sistemáticamente la inquietud por el comportamiento de los niños y, de ser así, cómo hacerlo. Esto es especialmente importante cuando hablamos de hiperactividad en la etapa preescolar donde debemos diferenciar claramente entre el niño difícil o sobreactivo de aquél con conductas patológicas. Rushton et al [11] alertan, por su parte, sobre la presión que ejercen una mayoría de profesores sobre las familias para que se llegue al diagnóstico y se aplique alguna terapia farmacológica.

Existen pocos estudios realizados en preescolares con TDAH. Byrne et al [12], analizaron los subtipos y observaron cómo el 68% de los sujetos cumplía criterios para TDAH hiperactivo-impulsivo, el 28% para el fenotipo combinado y el 4% para el disatento. Si tenemos en cuenta nuestra experiencia personal [13] las curvas de tendencia se invierten y pasan al 10,5, 68,4 y 21,05% respectivamente.

No cabe duda que, aunque los datos de los estudios presentados aquí no suponen la descripción nueva de un conjunto de criterios diagnósticos, sí son de utilidad para completar nuestros conocimientos sobre el perfil de desarrollo del niño TDAH. De hecho, algunas entrevistas estructuradas, como las de Barkley y Goldstein-Goldstein, hacen hincapié desde hace años en la necesidad de recoger la información, especialmente sobre los predictores durante el primer año [14,15].

La elevada incidencia de antecedentes familiares en nuestras series sugiere la consideración de este dato de la anamnesis como un marcador de interés, y define el rasgo hiperactividad como de alta penetrancia familiar. Es, en ese sentido, sorprendente, la escasa prevalencia del síntoma en hermanos. Parece, sin embargo, existir un patrón evolutivo durante el primer año de la vida que se repite en las dos series estudiadas con distinta expresividad en lo que respecta a los trastornos de las conductas alimentarias.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) ha consensuado y editado durante los años 2000 y 2001 las guías básicas de diagnóstico y tratamiento del niño con TDAH [16,17]. Los síntomas nucleares que deben motivar la alerta clínica para los profesionales de atención primaria y que suponen el inicio de cualquier estudio son la falta de atención, la hiperactividad, la impulsividad, el mal rendimiento escolar y los problemas de conducta. Cualquiera de estos síntomas por separado debe evocar el

planteamiento diagnóstico. Este protocolo debe adecuarse cuando de niños de menos de 5 o 6 años estamos hablando.

### *Signos de alerta en menores de 12 meses*

A esta edad el diagnóstico diferencial es complejo. Muchos lactantes tienen comportamientos similares a pesar de sufrir trastornos psicopatológicos distintos. Parece existir a esa edad, por ejemplo, un punto de relación entre el TDAH y los TEA. En la descripción clásica del autista se le define como un bebé con escaso tono muscular, poco reactivo a la voz y con problemas tempranos del sueño y de las conductas alimentarias. Similar al contexto clínico descrito aquí para el TDAH. Sin embargo, a partir de esa edad, la semiología clínica del autista se desvía. Entre los 6 y los 12 meses, el pequeño desarrolla una pobre expresividad facial y un claro desinterés por el medio y las personas que le rodean, al tiempo que aparecen actividades motoras estereotipadas.

En el estudio que realizamos en el centro de la Asociación de Padres de Niños Autistas de Badajoz (no publicado) observamos que la mayoría de signos clínicos son ya evidentes a los 12 meses y el cuadro clínico está ya establecido a los 18, aunque es claro que se precisa de una gran experiencia para poner de manifiesto estos signos de alerta a tan tempranas edades. En el análisis retrospectivo se demostró que la mayoría de autistas había tenido un desarrollo psicomotor 'aparentemente normal', (incluso el 70% de los padres recordaba el desarrollo de la sonrisa social como adecuado), sin embargo, cuando la familia acusaba porque la conducta disruptiva es ya marcada, la tríada que define mejor los signos de alerta del preescolar autista es la constituida por:

- Retraso o trastorno marcado en el lenguaje.
- Alteración en el uso de las manos (ausencia del señalar para compartir).
- Desinterés por el juego.

Esta tríada sirve para distinguirlos de otros preescolares hiperactivos. Pero, ¿y cuando ambos trastornos se dan a la par? La relación evolutiva entre el TDAH y el autismo ha sido discutida entre otros por Clark et al [18], quienes definieron los síntomas más frecuentes de autismo observados en niños TDAH. Estos se ponían especialmente de manifiesto en el área de la interacción social (disempatía y problemas en las relaciones con sus pares) y en la comunicación (escasa imaginación, pobreza en la comunicación no verbal y dificultades en la conversación). Según ese estudio, hasta el 65-80% de los niños TDAH analizados cumplía los criterios del *Autism Criteria Checklist*. Sturm et al [19], por su parte, analizaron los síntomas de TDAH presentes en una muestra de 101 casos de TEA, principalmente al síndrome de Asperger, y observaron que hasta el 95% de los casos manifestaban déficit de atención, y el 75% torpeza motora.

Parece claro que algunos procesos como el TDAH y los TEA se cruzan en un continuo que comienza durante los primeros meses de la vida, con síntomas comunes y escasamente definidos y se separan a lo largo de la primera infancia, manteniendo durante toda la evolución una cohorte de signos clínicos que los acercan en sus propias definiciones.

### *Marcadores del desarrollo psicomotor y el juego*

El desarrollo psicomotor suele ser normal en niños con TDAH, tal y como ha quedado reflejado aquí. Los ítems referentes al reconocimiento del esquema corporal, motricidad fina y motri-



**Tabla II.** Resultados de la encuesta sobre hiperactividad en menores de 5 años.

Marcadores	Ítem	Raw score	Count	Medida	Error	Infit MNSQ	Infit ZSTD	Outfit MNSQ	Outfit ZSTD	Score corr.
Inquieto	23	57	78	43,0	1,2	0,99	-0,1	0,95	-0,3	0,29
Preferencia por los juegos 'deportivos'	5	55	78	43,6	1,2	1,14	1,2	1,19	1,3	0,01
Impulsivo	24	48	78	45,5	1,1	0,91	-1,1	0,90	-1,1	0,42
Despistado	22	48	78	45,5	1,1	0,89	-1,4	0,86	-1,5	0,46
Le da la función adecuada a los juguetes	8	48	78	45,5	1,1	1,14	1,7	1,19	2,0	0,03
Comparte los juegos con otros niños	11	47	78	45,8	1,1	1,18	2,2	1,24	2,5	-0,04
Excesivamente inquieto o tenso (< 12 meses)	2	46	78	46,1	1,1	0,83	-2,4	0,81	-2,4	0,55
Problemas de aprendizaje	9	40	78	47,6	1,1	1,03	0,6	1,03	0,4	0,22
Trastornos de la alimentación (< 12 meses)	1	38	78	48,1	1,1	0,96	-0,7	0,94	-0,9	0,35
Actitud destructiva con los juguetes	6	35	78	48,8	1,1	1,10	1,6	1,13	1,7	0,09
Trastornos del sueño graves (< 12 meses)	3	35	78	48,8	1,1	0,89	-1,8	0,88	-1,7	0,45
Retraso en el desarrollo gráfico (dibujo)	18	34	78	49,0	1,1	1,02	0,4	1,02	0,3	0,23
Juego simbólico adecuado	7	34	78	49,1	1,1	1,01	0,2	1,02	0,2	0,25
Preferencia por los juegos educativos	4	33	78	49,4	1,1	1,10	1,4	1,13	1,5	0,09
Oposicional	28	31	78	49,9	1,1	0,98	-0,3	1,01	0,1	0,29
Problemas emocionales	10	31	78	49,9	1,1	0,94	-0,9	0,91	-1,0	0,38
Inmaduro	26	30	78	50,1	1,1	0,99	-0,2	1,00	0,0	0,28
Retraso en la comprensión del lenguaje	20	29	78	50,4	1,1	0,96	-0,5	0,98	-0,2	0,32
Problemas en sus conductas alimentarias	12	27	78	50,9	1,1	0,99	-0,1	0,97	-0,3	0,28
Retraso en el desarrollo motricidad fina	17	26	78	51,2	1,1	1,03	0,4	1,03	0,2	0,20
Retraso en el control de esfínteres	21	25	78	51,5	1,1 1	0,93	-0,7	0,91	-0,7	0,36
Retraso en el desarrollo motricidad amplia	16	23	78	52,1	1,2	1,05	0,5	1,06	0,4	0,15
Retraso en el reconocimiento del esquema corporal	19	18	78	53,7	1,3	1,02	0,2	0,96	-0,2	0,21
Problemas de sueño	13	18	78	53,7	1,3	0,90	-0,7	0,88	-0,7	0,38
Destructor	25	17	78	54,0	1,3	0,98	-0,2	0,93	-0,4	0,27
Negativista	27	11	78	56,6	1,5	0,90	-0,4	0,72	-1,1	0,38
Rabietas frecuentes	15	8	78	58,3	1,7	1,03	0,1	1,22	0,6	0,04
Accidentes en el hogar o el parvulario	14	4	78	61,8	2,3	1,03	0,1	1,35	0,6	0,00
Media		32	78	50,0	1,2	1,00	0	1,01	0	
Desviación estándar		13	0	4,2	0,3	0,08	1,0	0,14	1,1	

Modelo de Rasch. Estadística de los ítems por orden de medida (Prof. Pedro Álvarez, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Extremadura, Badajoz). El *raw score* más alto es indicativo de mayor significación para el patrón de hiperactividad.

idad amplia tienen *raw score* bajos en la tabla del modelo de Rasch (Tabla II). Entre los rasgos diferenciales del TDAH únicamente podemos señalar el retraso en el desarrollo gráfico (pobreza en el desarrollo de la figura humana y del reconocimiento del esquema corporal a través del dibujo), lo que se solapa con un trabajo anterior sobre las habilidades gráficas del niño TDAH [20].

Cuando estudiamos a niños con hiperactividad es necesario, sin embargo, profundizar más en la descripción del desarrollo de la coordinación. También en la adquisición de las habilidades sociales y de sus competencias curriculares académicas. La detección de signos precoces de torpeza motora parece ser un buen predictor de disfunciones neurocognitivas [21]. Con las siglas DAMP se define un proceso poco conocido, usado princi-

palmente en los países nórdicos como un diagnóstico operacional para definir a la combinación de déficit de atención, torpeza motora y déficit perceptivo-visual. Se trata de un trastorno superponible en muchos aspectos al TDAH [22,23]. En la mayoría de casos, como pone de manifiesto el *Danish reference programme for children with DAMP*, los niños son remitidos al neuropediatra por sospecha de déficit de atención o trastorno en la conducta y suelen confundirse entonces con niños TDAH [24,25]. El diagnóstico temprano de esta entidad supone, por tanto, un auténtico reto durante la etapa preescolar. La detección precoz de signos de torpeza motora será un instrumento útil para ello, dado que estos síntomas son evidentes en esa etapa y posteriormente a lo largo de la vida [26].

En nuestro estudio, que analiza de forma especial el juego y el juguete en el desarrollo infantil, incidimos indirectamente sobre las dificultades de interpretación de los signos y de cómo interpretar los rasgos de inatención en el preescolar. Nuestra hipótesis de trabajo es que el análisis del juego puede poner de manifiesto esos signos. Los síntomas de inatención, por tanto, se reflejarían en un comportamiento en el juego más inmaduro y sensoriomotor, en una menor capacidad simbólica y en un juego más estereotipado, reflejo de un 'rendimiento menor en tareas de control motor que requieren procesamientos cognitivos complejos, habilidades visuomotoras y memoria de trabajo' [27]. Estas experiencias se aprovecharán más adelante para sistematizar la exploración clínica del niño hiperactivo.

Aunque los niños TDAH del estudio prefieren los juegos de ejercicio no se desvían del desarrollo normal de la simbolización, como ocurre en el caso de los niños autistas. La disfunción que estos últimos sufren en el desarrollo de su capacidad para jugar y simbolizar es uno de los elementos diferenciales con otros trastornos que cursan con hiperactividad de aparición precoz.

### Exploración clínica

La exploración neurológica del niño pequeño hiperactivo no es sencilla y casi siempre es normal, aunque algunos datos semiológicos pueden reflejar enfermedades de base. Nuestro grupo ha publicado recientemente una asociación clínica en niños pequeños con hiperactividad y una anomalía en la implantación del cabello [28].

La valoración de la coordinación, como se ha dicho, también es importante. Casi todas las escalas que evalúan la torpeza se han diseñado para niños mayores de 6 o 7 años, aunque hay estudios en ese grupo de edad [29]. Para nosotros la puesta en evidencia de un trastorno en el desarrollo de la coordinación es un signo de alerta de trastornos neurocognitivos, principalmente aquellos que conducen a un fracaso en el aprendizaje y al fenotipo disatencional del TDAH [21].

La recogida de información se basa principalmente en el diálogo con los padres. La comunicación con el niño, sin embargo, muchas veces debe cimentarse en instrumentos de acercamiento distintos al tradicional diálogo 'cara a cara', como el juego o el dibujo. La metodología de exploración clínica que nosotros seguimos para el estudio del niño pequeño hiperactivo queda reflejada en la Tabla III. Es importante evaluar desde el inicio de la visita la reacción al entorno y la conducta del niño en consulta, prestando especial atención a la presencia de rabietas, estereotipias y rituales, y 'actividades sin meta'. La capacidad de socialización viene definida principalmente por el contacto ocular y gestual, la implicación y las conductas de imitación. La comunicación (verbal) se registra por el nivel de com-

Tabla III. Metodología de exploración.

Exploración clínica	VARIABLES
Reacción al entorno y conducta	Actitud general del niño
	Presencia de rabietas (y cómo se extinguen o agotan)
	Estereotipias y rituales
	Intereses restringidos y obsesiones
	'Actividades sin meta'
Socialización	Contacto ocular
	Uso y comprensión de gestos
	Grado de conexión (responde/mira)
	Implicación: comprensión y expresión emocional
	Interacción (inicia/responde)
	Conductas de imitación
Comunicación	Comprensión de consignas y preguntas
	Aspectos comunicativos no verbales
	Desarrollo psicolingüístico (jergafasia y ecolalia)
Capacidad cognitiva	Desarrollo perceptivo-manipulativo
	Percepción de contingencias (aprobación/negación o castigo)
	Capacidad de planificación y organización.
Análisis del juego	Capacidad de planificación lúdica
	Aceptación y participación en juegos de reglas, interactivo y recíproco
	Análisis del juego simbólico
	Capacidad de integración y contextualización (acciones cotidianas de la realidad y de sí mismo)

Resumen de la tabla de exploración para la hoja de recogida de datos (modificada para este trabajo en colaboración con Ana C. Alonso Franco, Psicóloga de APNABA; Badajoz, 2005)

prensión de consignas y preguntas. El explorador debe estar atento a la presencia de desviaciones en el desarrollo psicolingüístico, como jergafasia y ecolalias.

Durante la exploración debe realizarse también una aproximación al desarrollo de la capacidad cognitiva del niño. Se observa cómo escruta el espacio y como lo manipula. Se mide cómo percibe el niño las contingencias y qué capacidad de planificación y organización tiene.

El análisis del juego nos brinda una valiosa información. Debemos plantearnos si el niño es consciente de los objetos y juguetes propuestos, si los usa indiscriminadamente y reconoce los más vitales, o los relaciona consigo mismo. Durante el juego observamos la capacidad de planificación. Se mide si el niño necesita que el explorador le proporcione los juguetes o elicitte con ayudas físicas y/o verbales conductas de juego. Se investiga si el niño acepta juegos de reglas, proponiendo en un orden definido diversos elementos (torre de anillas, cubos, pelota). Se anota si el juego es interactivo. Mediante el juego simbólico, propo-

niendo objetos como un peine y un muñeco, una taza o un coche, se analiza la capacidad de integración y contextualización.

## CONCLUSIONES

La hiperactividad es un rasgo clínico común a múltiples desórdenes neurocognitivos. Suele manifestarse precozmente en el desarrollo del niño, de ahí que la etapa preescolar sea una etapa difícil en muchos sentidos. A partir de los 18 meses pueden emplearse para el diagnóstico escalas de personalidad como la de Achenbach [30]. Los criterios DSM-IV han demostrado tener una aceptable fiabilidad a partir de los 4 años, y una sensibilidad más alta que el DSM-III-R. Existe también una versión adaptada del clásico *Conners' Continuous Performance Test* para menores de 6 años que estudia los déficit de la atención y la impulsividad [31].

Los dos estudios sobre el TDAH que se han presentado aquí concluyen datos interesantes. Es curioso que hasta en el 70,4% de los casos se observaran antecedentes familiares de hiperactividad y que, sorprendentemente, sólo el 4% de los hermanos mani-

festara síntomas parecidos. No existen datos perinatales que permitan acercarnos a un diagnóstico etiológico. Muchos de los niños TDAH son lactantes excesivamente inquietos, llorones o irritables, y muy sensibles a los ruidos y sobresaltos, y otros tantos tienen dificultades para dormirse o manifiestan sueño intermitente y despertares con llanto. Durante la etapa preescolar, a la luz del modelo matemático empleado aquí, estos lactantes tienen un perfil personal que se aproxima a lo esperado: son inquietos, impulsivos y despistados, prefieren gastar energías con juegos deportivos aunque emplean los juguetes de manera adecuada. La mayoría de ellos comienza a presentar problemas en el aprendizaje y dificultades en el desarrollo gráfico. Estos resultados nos han servido como modelo experimental de un inventario más definido sobre el que ya estamos trabajando en clínica.

Cuanto más precozmente se analiza la conducta de un niño hiperactivo mayores son los rasgos comunes entre distintas entidades nosológicas. Durante algunas etapas de la vida la clínica se expresa, por tanto, en un continuo semiológico que va a irse definiendo con el desarrollo del individuo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Holinger PC, Doner K. Qué dicen los bebés antes de empezar a hablar. Barcelona: Oniro; 2004.
- Landgren M, Kjellman B, Gillberg C. A school for all kinds of minds. The impact of neuropsychiatric disorders, gender and ethnicity on school-related tasks administered to 9-10-year-old children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003; 12: 162-71.
- Wilens TE, Biederman J, Brown S, Monuteaux M, Prince J, Spencer TJ. Patterns of psychopathology and dysfunction in clinically referred preschoolers. *J Dev Behav Pediatr* 2002; 23: 31-6.
- Wilens TE, Biederman J, Brown S, Tanguay S, Monuteaux MC, Blake C, et al. Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 262-8.
- Lorente I. El TDAH en la primera infancia. Ponencia. Jornada Internacional: El TDAH y su comorbilidad. XXX Reunión Anual de la SENP. Sabadell, junio de 2004.
- Cáceres-Marzal C, González-Toro D, Vaquerizo-Madrid J. Marcadores de hiperactividad en el lactante menor de 12 meses en niños diagnosticados de TDAH. *Rev Neurol*, 2004; 39: 263-96.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
- Méndez P, Escobar A. Estudio cualitativo caso-control de los marcadores TDAH en el lactante y el preescolar Comunicación libre a la II Reunión Internacional sobre Hiperactividad en Badajoz. Badajoz, 2004.
- Andrich D. Rasch model for measurement. Murdoch Univ.: Sage; 1988.
- The Economist. Behave, or else; education. URL: <http://www.economist.com/europe>. Fecha última consulta: 04.12.2004.
- Rushton JL, Fant KE, Clark SJ. Use of practice guidelines in the primary care of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2004; 114: e23-8.
- Byrne JM, Bawden HN, Beattie TL, DeWolfe NA. Preschoolers classified as having attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): DSM-IV symptom endorsement pattern. *J Child Neurol* 2000; 15: 533-8.
- Ordóñez I, Arroyo J. Análisis cualitativo de la información que aportan los padres de niños TDAH mediante la entrevista clínica *Copeland Symptom Checklist for Attention Deficit Disorders*. Comunicación libre a la II Reunión Internacional sobre Hiperactividad en Badajoz. Badajoz, 2004.
- Barkley R.A. Attention deficit hyperactivity disorder, a clinical workbook. New York: Guilford Press; 1991.
- Goldstein S, Goldstein M. Hyperactivity: Why won't my child pay attention. Salk Lake City, Utah: Neurology, Learning and Behavior Center; 1992.
- American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2000; 105: 1158-70.
- American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2001; 108: 1033-44.
- Clark T, Feehan C, Tinline C, Vostanis P. Autistic symptoms in children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1999; 8: 50-5.
- Sturm H, Fernell E, Gillberg C. Autism spectrum disorders in children with normal intellectual levels: associated impairments and subgroups. *Dev Med Child Neurol* 2004; 46: 444-7.
- Vaquerizo-Madrid J, Macías-Pingarrón A, Márquez-Armenteros AM. Habilidades gráficas en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol* 2004; 38 (Supl 1): S91-6.
- Vaquerizo-Madrid J, López-Ridruero S, Estévez-Díaz F, Sanz-Cabrera A. Evaluación de la torpeza motora en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad mediante la escala neuromotora de Gillberg. *Rev Neurol* [in process].
- Landgren M, Kjellman B, Gillberg C. Attention deficit disorder with developmental coordination disorders. *Arch Dis Child* 1998; 79: 207-12.
- Gillberg C. Deficits in attention, motor control, and perception: a brief review. *Arch Dis Child* 2003; 88: 904-10.
- Rasmussen NH. Diagnosis of attention deficit disorders, hyperactivity disorders and DAMP in children. *Ugeskr Laeger* 2002; 164: 4631-6.
- Rasmussen NH. Attention deficit disorder, hyperkinetic disorder and DAMP in children. Diagnosis and differential diagnosis. *Ugeskr Laeger* 2002; 164: 4636-9.
- Christiansen AS. Persisting motor control problems in 11- to 12-year-old boys previously diagnosed with deficits in attention, motor control and perception (DAMP). *Dev Med Child Neurol* 2000; 42: 4-7.
- Kalff AC, Hendriksen JG, Kroes M, Vles JS, Steyaert J, Feron FJ, et al. Neurocognitive performance of 5- and 6-years-old children who met criteria for attention deficit/hyperactivity disorder at 18 month follow-up: results from a prospective population study. *J Abnorm Child Psychol* 2002; 30: 589-98.
- Vaquerizo-Madrid J, Gamero-Telo JL, Cáceres-Marzal C, Escobar-Berjano M, Fernández-Calderón E. Implantación del cabello en doble remolino y dilatación de los espacios de Virchow-Robin: propuesta de nueva asociación neurocutánea. *Rev Neurol* 2004; 39: 350-3.
- Larsson JO, Aurelius G, Nordberg L, et al. Screening for minimal brain dysfunction (MBD/DAMP) at six years of age: results of motor test in relation to perinatal conditions, development and family situation. *Acta Paediatr* 1995; 84: 30-6.
- Achenbach TM, Rescorla L. Inventario del comportamiento de niños (as) de 1,5-5 años para padres y profesores. Burlington: ASEBA, Vermont University; 2000.
- Conners CK, MHS Staff. CPT Conners' Continuous Performance Test II. Toronto: MHS; 2002.

**HIPERACTIVIDAD EN EL NIÑO PREESCOLAR:  
DESCRIPCIÓN CLÍNICA**

**Resumen.** Introducción. La hiperactividad es un trastorno del desarrollo de la conducta caracterizado por una actividad motora disruptiva que impide que el individuo establezca los lazos sociales adecuados y se comunique con normalidad, parte esencial del desarrollo global del niño. Es un síntoma inespecífico de diversos trastornos neurocognitivos. El más frecuente es el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Pacientes y métodos. Se presenta el resultado de dos investigaciones. En la primera de ellas, un estudio caso-control, se analizó de forma comparativa cómo recuerdan el comportamiento de sus hijos durante los primeros 12 meses de vida los padres de 50 niños diagnosticados de TDAH. Se separó la sintomatología en 3 perfiles clínicos (irritabilidad diurna, trastornos en las conductas alimentarias y disfunciones del sueño). Hasta el 33% de las familias refería antecedentes de alguno de ellos. El 41% de los niños fueron descritos como excesivamente inquietos, llorones o irritables, y muy sensibles a los ruidos y sobresaltos, y el 42,7% tuvo dificultad para dormirse o manifestó sueño intermitente y despertares con llanto. Para el segundo proyecto de investigación, complementario al anterior, se diseñó una encuesta anamnésica que respondieron los padres de 78 pacientes diagnosticados de TDAH. El cuestionario recogía la información sobre los primeros 5 años de la vida en 4 apartados (28 ítems): las conductas durante el primer año de la vida, el desarrollo psicomotor, el desarrollo del juego, y la percepción general de los padres sobre su hijo (despistado-inatento, impulsivo, destructor, inmaduro, negativista, oposicional, otro). Mediante el modelo matemático de Rasch se obtuvo el perfil clínico de la casuística. Conclusiones. La semiología clínica se presenta en un continuo durante los primeros años de la vida. Los resultados de nuestra experiencia nos permiten desarrollar una metodología de exploración clínica, centrada en la valoración del desarrollo, el juego y las habilidades de comunicación y socialización para plantear el diagnóstico diferencial del preescolar hiperactivo. [REV NEUROL 2005; 40 (Supl 1): S25-32]

**Palabras clave.** Hiperactividad. Modelo de Rasch. Preescolar. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

**HIPERACTIVIDADE NA CRIANÇA PRÉ-ESCOLAR:  
DESCRIÇÃO CLÍNICA**

**Resumo.** Introdução. A hiperactividade é uma alteração do desenvolvimento do comportamento caracterizado por uma actividade motora disruptiva que impede que o indivíduo estabeleça os laços sociais adequados e comunique com normalidade, parte essencial do desenvolvimento global da criança. É um sintoma inespecífico de diversas alterações neurocognitivas. A mais frequente é a perturbação por défice de atenção com hiperactividade (PDAH). Doentes e métodos. Apresenta-se o resultado de duas investigações. Na primeira, um estudo caso-control, analisou-se de forma comparativa como recordam o comportamento dos seus filhos durante os primeiros 12 meses de vida os pais de 50 crianças diagnosticados com PDAH. Separou-se a sintomatologia em 3 perfis clínicos (irritabilidade diurna, alterações nas condutas alimentares e disfunções do sono). Até 33% das famílias referia antecedentes de algum deles. 41% das crianças foram descritos como excessivamente inquietos, chorões ou irritáveis, e muito sensíveis aos ruídos e sobresaltos, e 42,7% tiveram dificuldade para adormecer ou manifestaram sono intermitente e despertares com choro. Para o segundo projecto de investigação, complementar ao anterior, elaborou-se um questionário anamnésico a que responderam os pais de 78 doentes diagnosticados com PDAH. O questionário recolhia a informação sobre os primeiros 5 anos de vida em 4 partes (28 itens): os comportamentos durante o primeiro ano de vida, o desenvolvimento psicomotor, o desenvolvimento do jogo, e a percepção geral dos pais sobre o seu filho (despistado-desatento, impulsivo, destruidor, imaturo, negativista, oposicional, outro). Mediante o modelo matemático de Rasch obteve-se o perfil clínico da casuística. Conclusões. A semiologia clínica apresenta-se de forma contínua durante os primeiros anos de vida. Os resultados da nossa experiência permitem-nos desenvolver uma metodologia de exploração clínica, centrada na valorização do desenvolvimento, o jogo e as habilidades de comunicação e socialização para permitir o diagnóstico diferencial do pré-escolar hiperactivo. [REV NEUROL 2005; 40 (Supl 1): S25-32]

**Palavras chave.** Hiperactividade. Modelo de Rasch. Perturbação por défice de atenção com hiperactividade. Pré-escolar.

Entrevista estructurada del  
**CUESTIONARIO DE DESARROLLO DEL COMPORTAMIENTO**  
mayores 6 años **CDC-tdah** jvaquerizomadrid2005

---

**BLOQUE 1****Predictores del neurodesarrollo****(a) Antecedentes y marcadores de durante el 1º año de vida**

¿Diría que durante el primer año de vida, desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad su hijo/a tuvo algún problema en los siguientes aspectos?

1. Excesivamente inquieto o tenso cuando estaba despierto; llorón o continuamente irritable; muy sensible a los ruidos y sobresaltos, etc.
2. Trastornos de la alimentación: ¿rechazo de las tomas, cólico del lactante intenso, regurgitaciones o vómitos, excesivamente “caprichoso” con las comidas?
3. Trastornos del sueño severos: dificultad para dormirse, sueño intermitente, despertares con llanto, etc.

**(b) Marcadores del juego de los 12 m. a los 5 años**

¿Cómo describiría el juego del niño?

4. Prefiere los *juegos “deportivos”* o “de ejercicio”: pelotas, balones, etc. y le gusta “gastar energías con ellos” en lugar de los juegos educativos como puzzles o encajables
5. Le gustan los juguetes de piezas, pero sólo para *desmontarlos*, con una actitud destructiva, rechazándolos y abandonándolos luego sin interés por los mismos. No le da la función adecuada a cada uno de los juguetes
6. No es capaz de jugar con otros niños, así como compartir y proponer juegos y actividades

**(c) Marcadores del aprendizaje, conducta y socialización**

7. ¿Tiene problemas de aprendizaje escolar: letras, números, colores, formas?
8. Problemas en el uso de las manos: motricidad fina (hacer torres, ensartar anillas, etc.)
9. Dibujo: realizar figuras y entender la figura humana a través del dibujo
10. ¿Tiene algún problema en sus conductas alimentarias?
11. ¿Tiene problemas de sueño?
12. Manifiesta conductas violentas hacia otros niños

**ANOTACIONES Y COMENTARIOS AL BLOQUE 1**

**BLOQUE 2**

**Perfil de temperamento difícil y comportamiento inflexible-explosivo (13-20); y conducta oposicional desafiante de la infancia (21-27)**

13. Dificultad para controlar las emociones
  14. Bajo umbral y tolerancia para las frustraciones
  15. Capacidad limitada para ser flexible y adaptarse a las situaciones nuevas. Mala reacción a los cambios en sus rutinas, acontecimientos nuevos o no familiares y tendencia a pensar siempre como “blanco-negro”
  16. Protestan ante nuevos alimentos, lugares o personas
  17. Episodios de “explosión” desmesurados
  18. Manías sobre temas concretos para los cuales es inflexible (ropa, comida, etc.)
  19. Humor negativo (irritable, rarezas)
  20. Sobre-reaccionan ante ruidos o luces inesperados
- 

21. Tiene mal genio
22. Discute con adultos
23. Desafía o niega cumplir con las normas o peticiones de los adultos A menudo deliberadamente enfada a la gente
24. Culpa a los otros por sus errores o mala conducta
25. Es sensible y fácilmente enfadado por los otros
26. Está enfadado o resentido
27. Es vengativo o rencoroso

**ANOTACIONES Y COMENTARIOS AL BLOQUE 2****BLOQUE 3**

**Atención, hiperactividad, impulsividad y comorbilidad (Copeland Symptoms Checklist modificado)**

**Inatención- distrabilidad**

28. Manifiesta pobre nivel de atención para aquellas tareas y actividades que le proporcionan poco interés
29. Tiene dificultades para completar sus tareas
30. Refieren somnolencia diurna y/o se le pueden aplicar apodosos como “soñador”
31. Comienza sus actividades con gran entusiasmo pero tiene dificultades para concluir las

**Inmadurez**

32. Ha tenido retraso en el desarrollo físico o psicomotor
33. Su conducta se parece a la de los niños pequeños y prefiere relacionarse con niños de menos edad

**Hipoactividad**

34. Observan cierto grado de letargia (apatía) en su actividad diaria
35. Durante el día “está siempre en las nubes” y completa sus tareas lentamente y con dificultad.

**CHPA-tdah**

**Dificultades emocionales**

- 36. Se frustra con facilidad, se irrita y tiene rabietas o explosiones de ira y rabia
- 37. Es poco sensible al peligro o muestra poca reactividad al dolor
- 38. Muestra baja tolerancia a las frustraciones
- 39. Tiene a menudo rabietas o explosiones de cólera
- 40. Describiría a su hijo/a como malhumorado/a
- 41. Cree que se caracteriza por su baja autoestima

**Hiperactividad**

- 42. Tiene incapacidad para estar en reposo
- 43. Sus necesidades para dormir son menores a la media
- 44. Habla en exceso
- 45. Corre o salta excesivamente
- 46. Está continuamente en movimiento durante el sueño. Da patadas continuamente a la ropa de la cama
- 47. Tiene dificultades para estar sentado durante las comidas o en el pupitre. A menudo camina alrededor de la clase

**Impulsividad**

- 48. Actúa antes de pensar
- 49. Puede considerarse a su hijo de "fácilmente excitable"
- 50. Es desorganizado y requiere continua supervisión de sus tareas y actividades
- 51. Continuamente cambia de una actividad a otra
- 52. Tiene dificultades para las reuniones en grupo que requieran paciencia y hablar por turno

**Bloque 3a****Ansiedad**

- 53. Se preocupa fácilmente y tiene pensamientos o sentimientos negativos
- 54. Se siente inseguro/a de sí mismo/a, le da demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirse y puede sentir miedo
- 55. Le sudan las manos hasta en días fríos o le tiemblan las manos y le duele la cabeza. Su cuerpo está siempre en tensión; en ocasiones tiene palpitaciones o el corazón le late muy deprisa y a veces le falta el aire o su respiración es muy agitada
- 56. Trata de rehuir o evitar algunas situaciones y se queda paralizado/a o sus movimientos son torpes
- 57. Tartamudea o tiene otras dificultades de expresión verbal

**Bloque 3b****Conductas obsesivo-compulsivas**

- 58. Han observado tics o muecas en la cara, el cuello o el cuerpo especialmente ante situaciones de ansiedad
- 59. Tics de carraspeo o picor de nariz
- 60. Rituales motores o conductuales
- 61. Tiene obsesiones por algunos temas o conductas que puedan definirse como manías
- 62. Miedos inexplicados y fobias

**Comportamientos de captación de la atención y signos de disconformidad**

- 63. Necesita ser el centro e atención
- 64. Constantemente pregunta o interrumpe
- 65. Irrita o molesta a sus hermanos, amigos o adultos
- 66. Se comporta como el payaso de la clase
- 67. Usa un lenguaje peculiar (muchas veces infantil) para llamar la atención
- 68. Desobedece o discute frecuentemente y con facilidad
- 69. Es incapaz de seguir las mínimas normas sociales
- 70. Usa los olvidos como excusa de forma intencionada

**Pobreza de logros y déficits cognitivos**

- 71. Tiene problemas de aprendizaje
- 72. Pierde bolígrafos, libros, etc.
- 73. Presenta las tareas emborronadas y desordenadas con escasa calidad de escritura
- 74. Muestra pobre memoria para direcciones, instrucciones y todas aquellas tareas que requieran aprendizaje por repetición

**Pobreza de relación con los niños de su edad**

- 75. Golpea a otros niños, incluyendo a los hermanos, como forma de llamar la atención
- 76. Tiene dificultades para seguir las reglas del juego o las normas sociales, lo que ocasiona que a veces moleste a otros niños de su edad, incluyendo a sus hermanos
- 77. Es rechazado o evitados por los niños de su edad

**Problemas de interacción familiar**

- 78. Hay frecuentes conflictos familiares derivados de su conducta. Las comidas en familia son poco placenteras
- 79. La madre emplea más horas a su hijo que a otros miembros de la familia
- 80. El estrés es continuo en la familia debido a los problemas sociales y académicos de su hijo

**ANOTACIONES Y COMENTARIOS AL BLOQUE 3****BLOQUE 4****Habilidades sociales, comunicación y flexibilidad cognitiva**

- 81. Es solitario, no tiene amigos íntimos o evita a los demás. No está interesado en hacer amigos y le gusta estar solo
- 82. Falta de captación de las claves sociales. Conducta social y emocional inapropiada
- 83. Interés focalizado por un tema, exclusión de otras actividades. Más repetición que significado
- 84. Rutinas repetitivas en aspectos de la vida de uno o en la de los demás
- 85. Expresión facial limitada; no mira a los demás. Tiene gestos torpes y patosos y se acerca demasiado a los demás

**CHPA-tdah**



86. Habla demasiado y tiene un lenguaje expresivo superficialmente perfecto, a veces formal y pedante con una prosodia extraña

## ANOTACIONES Y COMENTARIOS AL BLOQUE 4

### BLOQUE 5 Adolescente

87. Es una persona “**con mucha energía**”, que habla excesivamente; interrumpe para responder antes de que hayan terminado de formularme la pregunta. Esto hace aflorar el **mal genio**, que muchas veces no pueden evitar
88. Las personas adultas con TDAH cometen errores o descuidos en el trabajo, especialmente porque son desorganizados, se distienden fácilmente, o tienen problemas de concentración para aquellas actividades que encuentran aburridas
89. Son personas soñadoras y parece que no escuchan cuando se les habla.
90. Suelen empezar muchos proyectos al mismo tiempo aunque tienen problemas para finalizarlos y suelen tener varios a medias, entre otras razones por una tendencia constante a aplazar las tareas indeseables hasta el último momento posible. Suelen ser además personas más sensibles que la mayoría al rechazo, la crítica, las provocaciones o las frustraciones, lo que redundaría en su autoestima
91. Invierten mucho tiempo al día buscando las llaves, herramientas, la cartera o la agenda. Además se les tacha de olvidadizos porque con facilidad olvidan nombres o cosas.
92. Tienen muchas de estas personas dificultades para estar sentadas sin moverse o sin jugar con las manos y los pies. Incluso cuando el TDAH parece estar “controlado” conscientemente suelen tener todavía dificultades para estarse sentado en una silla o estar tumbado en la cama. Además sus parejas suelen comentarles que se mueven excesivamente mientras duermen

## ANOTACIONES Y COMENTARIOS AL BLOQUE 5

### RESULTADOS DEL CUESTIONARIO (Áreas de repercusión principal)

¿Cómo describiría a su hijo en una palabra? (Puede elegir más de una opción)

1. Despistado-inatento
2. Inquieto
3. Impulsivo
4. Destructor
5. Inmaduro
6. Negativista
7. Oposicional
8. Otro:

**BLOQUE 1** Predictores del neurodesarrollo

**BLOQUE 2** Temperamento

**BLOQUE 3** Copeland Symptoms Checklist modificado

**BLOQUE 4** Habilidades sociales, comunicación y flexibilidad cognitiva

---

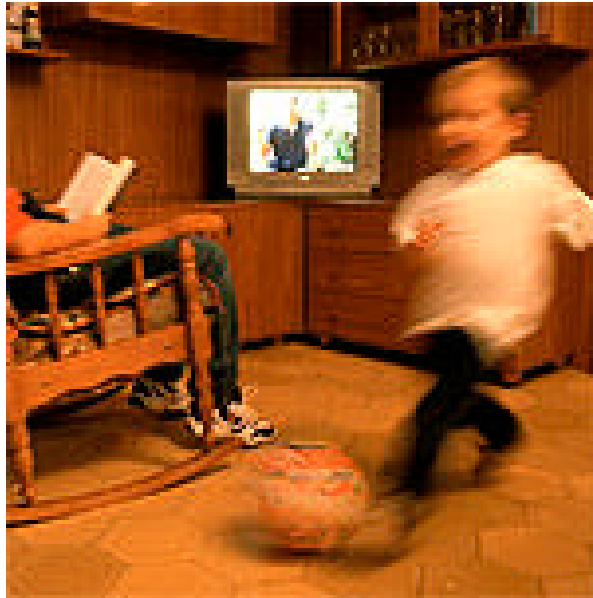
**BLOQUE 5** Adolescente

### Referencias bibliográficas

Esta entrevista ha sido diseñada a partir de: *Copeland Symptom Checklist for Attention Deficit Disorders del South-eastern Psychological Institute, Atlanta (SPI)*; *Escala Reducida de Ansiedad (ERA)*(Martínez-Sánchez et al, *Anales de Psicología*, 1995, 11: 97-104); *Signos de alerta para el diagnóstico diferencial entre TDAH y trastorno bipolar (Prof. Levin, The Brown University)*; *Criterios diagnósticos TA de Szatmari, Bremner y Nagy (1989) y de Gillberg y Gillberg (1989)*; *Greene RW: The explosive child. 2nd Ed. Quill, New York: 1998-2001*; *Criterios DSM-IV para Trastorno Oposicional Desafiante adaptados de J. Fuentes Liggi, 2001-2005*; *Vaquerizo-Madrid J, Rev Neurol, 2005; 40 (Supl 1): S25-S32*

**CHPA-tdah**

Esta información es confidencial. Queda prohibida la reproducción del cuestionario sin permiso  
C/Dolores Sopeña, 6 – 06010 BADAJOZ  
Tf: 924 23 23 62 Fax: 924 20 52 82



**Materiales correspondientes a la ponencia de  
D. Manuel Soriano.**

**TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS  
ASOCIADOS AL TDAH.  
EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y  
NEUROPSICOLÓGICA DEL TDAH.**



Consejería de Educación  
Delegación Provincial de Sevilla  
Centros del Profesorado de Sevilla, Castilleja de  
la Cuesta, Osuna-Écija y Alcalá de Guadaíra



**Ponencia presentada a las Jornadas Educativas sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). 10 y 11 de marzo de 2006. Sevilla.**

## **TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS ASOCIADOS AL TDAH. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y NEUROPSICOLÓGICA DEL TDAH.**

**Manuel Soriano Ferrer**

Universidad de Valencia

### **Trastornos Psicopatológicos Asociados al TDAH**

Las últimas investigaciones ponen de manifiesto que la existencia de trastornos comórbidos asociados al TDAH constituye un determinante esencial en su curso y en su pronóstico. Así, aunque el TDAH se consideró en los años 80 como un precursor del desarrollo de conductas antisociales y delictivas serias [1], recientes hallazgos muestran que es el subgrupo de niños en el que el TDAH cursa asociado a problemas de conducta, el que tiene un riesgo particular de desarrollar comportamientos antisociales en la adolescencia [2, 3]. La profusión de datos similares en la literatura subraya la necesidad de identificar los problemas que suelen acompañar a los diferentes subtipos del TDAH. Tal información sería crucial de cara a plantear las estrategias específicas en la prescripción de terapias efectivas para modificar el pronóstico del trastorno a largo plazo. Si bien es cierto que la información sobre el tema es cuantiosa, el problema al que nos enfrentamos es que la interpretación de los resultados sobre comorbilidad está limitada por el cambio en los criterios diagnósticos del trastorno en sucesivas versiones del DSM [4].

En relación con los problemas académicos, los estudios empíricos, usando el DSM-III, han encontrado que los niños con deficiencias atencionales muestran más problemas en la lectura comparados a los niños normales. En un estudio llevado a cabo por Carlson, Lahey y Neeper [5], se encontró que en tareas de lectura y deletreo la ejecución de los niños con un TDAH (con hiperactividad) y un TDASH (sin hiperactividad) era considerablemente peor que la del grupo control. Es más, Barkley, DuPaul y McMurray [6] que compararon un grupo de niños con un TDAH/+H, niños con TDAH/-H, otro grupo con dificultades en el aprendizaje y un grupo de niños control, hallaron que los tres grupos clínicos tenían una ejecución peor en las tareas de lectura y deletreo que el grupo control, pero no diferían entre ellos.

En relación a los problemas aritméticos los resultados que se encuentran en la literatura científica son más controvertidos de tal manera que, según el estudio realizado por Carlson, Lahey y Neeper [5] el grupo de niños con TDAH con hiperactividad no difería significativamente del grupo control en tareas de ejecución aritmética, mientras que el grupo de TDAH sin hiperactividad tuvo una ejecución significativamente peor al grupo control. Por el contrario, Barkley, DuPaul, y McMurray [6] no encontraron diferencias en aritmética entre el grupo de niños con TDAH sin hiperactividad y el

**Ponencia presentada a las Jornadas Educativas sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). 10 y 11 de marzo de 2006. Sevilla.**

grupo de controles aunque sí en el grupo de TDAH con hiperactividad y el grupo de dificultades en el aprendizaje, que ejecutaron significativamente peor los tests de aritmética que el grupo control.

A partir de 1994 las investigaciones han utilizado los tres subtipos de TDAH que se delimitan en el DSM-IV: tipo combinado, predominantemente inatento y predominantemente hiperactivo-impulsivo. Las conclusiones sugieren consistentemente que hay diferencias en la prevalencia de los problemas de aprendizaje entre los subtipos. Concretamente, los resultados de los estudios de Lamminmäki, Ahonen, Närhi, Lyytinen y Todd de Barra [7] y Lahey, Applegate, Mcburnett y colaboradores [8] coinciden en señalar que el grupo de TDAH inatento y el grupo combinado tienen más problemas académicos que el grupo hiperactivo-impulsivo y que el grupo control. Además, el porcentaje de problemas de lectura es más alto en el grupo de los TDAH inatento y de problemas de matemáticas en el grupo de combinados.

La información relativa a los problemas externalizantes/internalizantes señala que los subtipos del TDAH también parece que difieren respecto a la asociación con los trastornos típicos de internalización y de externalización. En términos generales los estudios empíricos llevados a cabo refieren una asociación significativa de los trastornos internalizantes en el grupo de niños TDAH sin hiperactividad [9, 10] mientras que, por el contrario, el grupo de niños con un TDAH con hiperactividad presenta una tasa superior de trastornos externalizantes [9, 11]. Los sujetos en los que el déficit atencional no aparece asociado a manifestaciones de hiperactividad es más probable que reciban un diagnóstico de ansiedad o trastorno afectivo y tienden a ser evaluados como más ansiosos que los sujetos del grupo con hiperactividad. Por otra parte, la investigación pone de manifiesto que los niños con TDAH+H son más agresivos, menos colaboradores y que suelen ser más rechazados por sus compañeros que los niños con un TDASH (sin hiperactividad). Además es mucho más frecuente que se les asigne un diagnóstico concomitante de trastorno oposicionista-desafiante o trastorno de conducta que a los niños con un TDAH sin hiperactividad [9, 12].

Ahora bien la panorámica es algo diferente cuando en la selección de las muestras, en lugar de utilizar los criterios del DSM III, se aplican los criterios del DSM-IV. Las últimas investigaciones siguen indicando que en el TDAH subtipo combinado, se produce un porcentaje significativamente superior de trastornos oposicionista-desafiante y de conducta que en el grupo de niños con un TDAH subtipo inatento. Estos datos podrían inducirnos a pensar que sólo el subgrupo de TDAH combinado tiene problemas externalizantes significativos. Pero, el hecho comprobado es que, cuando se han comparado con compañeros normales, el subgrupo de los inatentos manifiesta también más problemas de externalización que el grupo control [13]. Sin embargo, en contraste con la información que habían aportado investigaciones realizadas con anterioridad a la publicación del DSM-IV, no se han encontrado diferencias respecto a la presencia de trastornos internalizantes entre los niños con un TDAH combinado y niños con un TDAH con predominio de inatención [14, 15]. En este caso sólo se ha observado una tendencia más elevada en los niños con TDASH, pero sin alcanzar niveles de significación estadística.

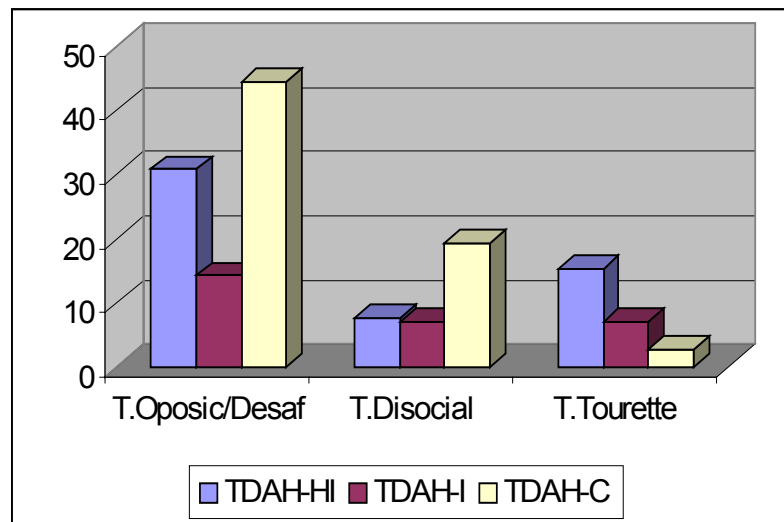
Por otro lado, Roselló, Amado y Bó (1999) analizan el patrón de comorbilidades externalizantes e internalizantes de los tres subtipos de TDAH. Sus resultados indican que por lo que respecta a la comorbilidad del TDAH con trastornos de tipo *externalizante*, como podemos observar en el gráfico 1, es el subtipo combinado el que presenta mayor comorbilidad con el *trastorno oposicionista desafiante* (TOD),

**Ponencia presentada a las Jornadas Educativas sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). 10 y 11 de marzo de 2006. Sevilla.**

obteniendo un porcentaje de 44.4%, frente al 30% del subtipo hiperactivo-impulsivo y al 14.3% del subtipo inatento.

A pesar de que la tendencia es que el subtipo combinado presente mayor comorbilidad con el trastorno oposicionista desafiante, los análisis de  $\chi^2$  comparando los tres subtipos indican claramente que el subtipo combinado presenta diferencias estadísticamente significativas con el subtipo inatento ( $\chi^2 = 6.668$ ;  $p \leq .01$ ), no diferenciándose significativamente del subtipo hiperactivo-impulsivo ( $\chi^2 = .739$ ;  $p \leq .516$ ). Tampoco se producen diferencias significativas entre el subtipo inatento y el subtipo hiperactivo impulsivo ( $\chi^2 = 1.536$ ;  $p \leq .237$ ).

Gráfico 1. Porcentajes del T. Oposicionista, T. Disocial y T. Tourette en los tres subtipos de TDAH



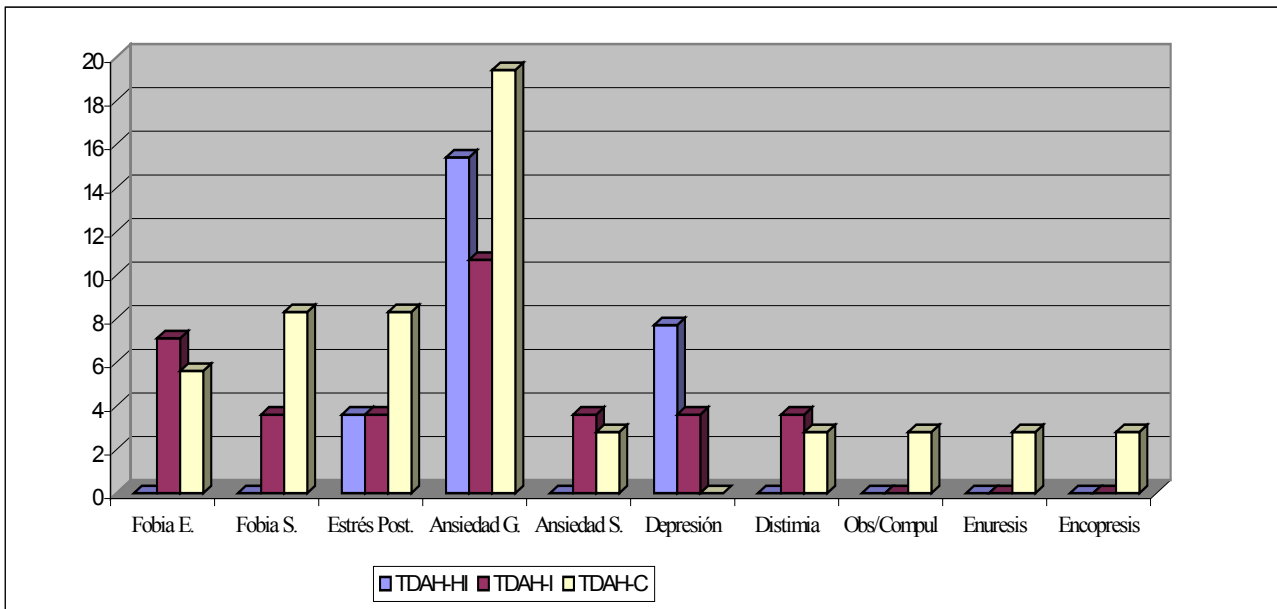
Por lo que respecta al *trastorno disocial* a pesar de que la tendencia señala que el subtipo hiperactivo combinado es el que mayor comorbilidad manifiesta, con un 19.4%, frente al 7.7% y al 7.1% de los subtipos hiperactivo-impulsivo e inatento respectivamente, los análisis estadísticos realizados no muestran diferencias significativas entre los tres subtipos respecto a su comorbilidad con este trastorno. Los análisis  $\chi^2$  muestran que entre el subtipo combinado y el inatento la significación es de  $p \leq .278$ , entre el subtipo combinado y el hiperactivo impulsivo de  $p \leq .603$  y finalmente entre el subtipo hiperactivo impulsivo y el inatento de  $p \leq 1,000$ .

En relación a la comorbilidad asociada al TDAH del *trastorno de Tourette*, los análisis estadísticos indican que es el subtipo hiperactivo impulsivo el que mayores índices presenta con un 15.4%, frente al 7.1% y el 2.8% de los subtipos inatentos y combinados respectivamente. Los análisis  $\chi^2$  realizados no encuentran diferencias significativas entre los subtipos respecto a la comorbilidad del TDAH con este trastorno. Concretamente entre el subtipo combinado y el inatento la significación es de  $p \leq .577$ , entre el subtipo combinado y el hiperactivo impulsivo de  $p \leq .168$  y finalmente entre el subtipo hiperactivo impulsivo y el inatento de  $p \leq .579$ .

**Ponencia presentada a las Jornadas Educativas sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). 10 y 11 de marzo de 2006. Sevilla.**

En segundo lugar por lo que respecta a la comorbilidad del TDAH con trastornos de tipo *internalizante*, como podemos observar en el gráfico 2, la comorbilidad a la *fobia específica* es superior en el subtipo hiperactivo inatento, observándose unos índices del 7.1%. Un porcentaje algo inferior se observa en el subtipo combinado con un 5.6%, mientras no se aprecia comorbilidad asociada en el subtipo hiperactivo impulsivo. A pesar de que la tendencia es que el subtipo inatento presenta mayor comorbilidad a la fobia específica, no se han encontrado diferencias significativas entre este subtipo y el combinado en este trastorno internalizante. Tampoco en relación a la *fobia social* los análisis estadísticos detectaron la presencia de diferencias significativas entre los subtipos diagnósticos de TDAH. Aún así, la tendencia continúa indicando que es el subtipo combinado el que mayor índice de psicopatología manifiesta con un 8.3%, frente al 7.7% del subtipo hiperactivo impulsivo y un 3.6% del subtipo combinado.

Gráfico 2. Porcentajes de T. de ansiedad, T. afectivos y T. de eliminación en los tres subtipos de TDAH.



Con respecto al *trastorno de estrés postraumático*, el subtipo combinado es el que mayor comorbilidad manifiesta, con un 8.3%. No obstante, los análisis estadísticos no encuentran diferencias significativas entre este subtipo y el subtipo inatento ( $\chi^2 = .356$ ;  $p \leq .545$ ), entre el subtipo combinado y el subtipo hiperactivo impulsivo ( $\chi^2 = .378$ ;  $p \leq .545$ ), ni entre el subtipo hiperactivo impulsivo y el inatento ( $\chi^2 = .325$ ;  $p \leq .539$ ).

El subtipo combinado es igualmente el que mayor comorbilidad presenta con el trastorno de *ansiedad generalizada*, con un 19.4%. Valores cercanos obtienen el subtipo hiperactivo impulsivo con un 15.4% y el subtipo inatento con un 10.7%. A pesar de que la tendencia continúa indicando que es el subtipo combinado el que mayor comorbilidad experimenta, los análisis estadísticos no han encontrado diferencias significativas en la comorbilidad a este trastorno en los diferentes subtipos de TDAH. La significación está lejana al 5%, obteniendo entre el subtipo combinado y el inatento un valor  $p \leq .275$ , entre el subtipo combinado y el subtipo hiperactivo impulsivo un



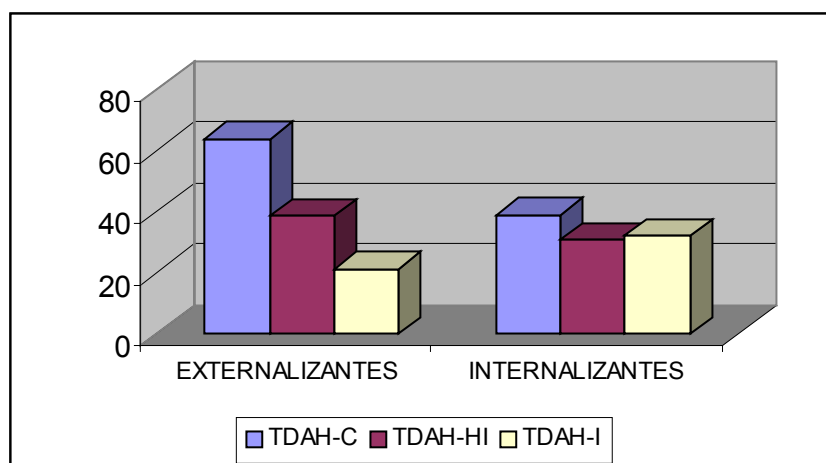
**Ponencia presentada a las Jornadas Educativas sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). 10 y 11 de marzo de 2006. Sevilla.**

valor  $p \leq 1,000$  y entre el subtipo hiperactivo impulsivo y el inatento un valor  $p \leq .645$ . En el *trastorno de ansiedad por separación*, como podemos observar en el gráfico, es el subtipo inatento el que mayor comorbilidad presenta con un 3.6%, seguido del subtipo combinado con un 2.8%, no pudiendo establecerse diferencias significativas entre ellos ( $\chi^2 = 0.33$ ;  $p \leq 1,000$ ). Ningún sujeto de la muestra del subtipo hiperactivo impulsivo manifestaba este trastorno.

Tal y como podemos observar en el gráfico, es el subtipo hiperactivo-impulsivo el que mayor comorbilidad al trastorno de *depresión mayor* presenta, con un porcentaje del 7.7%, en comparación con el 3.6% del subtipo inatento. A pesar de las diferencias porcentuales, los análisis estadísticos ponen de manifiesto que éstas no son significativas ( $\chi^2 = 0.325$ ;  $p \leq 0.539$ ). Ningún sujeto de la muestra con hiperactividad del subtipo combinado experimenta un trastorno de depresión mayor. Respecto a la *distimia* a pesar de que el grupo inatento es el que mayor psicopatología asociada de esta naturaleza padece, con un 3.6%, no aparecen diferencias significativas con el subtipo combinado (2.8%) en este trastorno internalizante ( $\chi^2 = 0.33$ ;  $p \leq 1,000$ ). El subgrupo de sujetos con TDAH subtipo hiperactivo impulsivo no manifiesta comorbilidad a este trastorno.

Por último, únicamente un sujeto del subtipo combinado manifiesta el *trastorno obsesivo compulsivo* (2.8%) y sólo en un caso del subtipo combinado aparece enuresis y encopresis.

Gráfico 3. Patrones de comorbilidad asociados a los subtipos de TDAH.



En resumen, agrupando los *trastornos externalizantes* típicos, es decir, el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial, es el subtipo hiperactivo combinado (TDAH-C) el que presenta mayor comorbilidad asociada (63.8%), tal y como podemos observar en el gráfico 3, en comparación con el subtipo hiperactivo-impulsivo (38.5%) y del subtipo inatento (21.4%). Queda pues claramente reflejado en el gráfico que el subtipo combinado dobla al hiperactivo-impulsivo, por lo que respecta a su problemática de tipo externalizante, aunque las diferencias entre ellos no alcanzaran en nuestra investigación la significación estadística. En relación con los *trastornos internalizantes*, hemos considerado aquellos más típicos, y que en general la investigación coincide en agrupar: ansiedad generalizada, ansiedad por separación,

## **Ponencia presentada a las Jornadas Educativas sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). 10 y 11 de marzo de 2006. Sevilla.**

fobia específica, fobia social, depresión mayor y distimia. Las diferencias entre los subtipos tal y como refleja el gráfico no parecen ser tan manifiestas en cuanto a la problemática de tipo internalizante. Aunque sigue siendo el subtipo combinado el que mayor problematicidad de este tipo manifiesta (38.9%), es seguido muy cerca por el subtipo inatento (32.2%) y por el subtipo hiperactivo impulsivo (30.8%). De este modo, en nuestra investigación, los datos apuntan que los tres subtipos de TDAH muestran patrones de comorbilidad de tipo internalizante, sin que se puedan establecer diferencias significativas entre ellos.

### **Evaluación del TDAH.**

Con la comprensión de la compleja naturaleza y el carácter multifacético que a menudo tiene el TDAH, las últimas directrices sobre su diagnóstico que recoge la literatura orientan hacia la necesidad de enfocar el problema desde una visión multimetodológica y multidisciplinar y, sin duda alguna, representan importantes avances en este sentido.

En primer lugar, se está llegando progresivamente a tomar conciencia de que el diagnóstico del TDAH exige una aproximación esencialmente clínica, haciendo uso de diferentes procedimientos de evaluación. Como se desprende de las guías recientes de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997) lo indicado es realizar una evaluación comprensiva, que incluya, además del examen médico, una minuciosa historia de los síntomas específicos del TDAH, los criterios del DSM-IV-TR o del ICD-10, la utilización de escalas de estimación conductual, la evaluación psicoeducativa, y las observaciones en la escuela. Concretamente hay escalas de estimación que recogen las manifestaciones esenciales del TDAH/THC, y facilitan la obtención de información sobre la historia de síntomas específicos de padres y profesores, que son los mejores informadores sobre el comportamiento del sujeto. Pero como existe la posibilidad de que estos informes sean contradictorios con la observación directa del clínico,- ya que los signos identificadores de la hiperactividad pueden desaparecer temporalmente en un contexto nuevo, con una notable estructura y en el que se suelen presentar actividades interesantes -, de cara a confirmar el diagnóstico resulta necesario llevar a cabo observaciones directas del niño en contextos naturales, esto es, en la casa y en la escuela.

El papel que juegan en el proceso evaluador las medidas neurológicas, tales como el EEG computerizado, los potenciales evocados o las técnicas de neuroimagen, y la utilidad de los tests neuropsicológicos o las pruebas computerizadas de atención y vigilancia (los tests de ejecución continua) sigue suscitando opiniones controvertidas.

Otro avance significativo que se ha producido en la última década en relación con el abordaje del diagnóstico de TDAH, se refiere a la difusión progresiva de la perspectiva multidisciplinar. Si a finales de los años 80 la mayoría de los médicos basaban el diagnóstico del trastorno en observaciones del niño en la clínica y en la respuesta positiva a la medicación psicoestimulante, un reciente estudio de Bellwoar (en Hyman, 1998) señala claramente la tendencia a realizar una evaluación más comprensiva, que incluye la remisión del niño al psicólogo.

**Ponencia presentada a las Jornadas Educativas sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). 10 y 11 de marzo de 2006. Sevilla.**

En síntesis, el proceso de evaluación del TDAH pasa por una serie de estadios que se inicia con el diagnóstico del trastorno en base a los criterios diagnósticos que se establecen en el DSM-IV-TR en virtud de la información ofrecida por los padres y los profesores. En una segunda fase, procedería la realización de entrevistas, la cumplimentación de Escalas de Estimación Conductual y el registro observacional de las conductas manifestadas por el niño, así como la obtención de datos de su desempeño cognitivo, académico y social.

A partir de aquí, en un tercer momento, se procederá a la interpretación de los resultados obtenidos, prestando especial atención a la edad de inicio y a la cronicidad, persistencia a través de las situaciones y posibles condiciones comórbidas. Esta información, junto con la relativa a las circunstancias socioambientales de cada sujeto, permitirá estructurar razonablemente la intervención a desarrollar.

Puesto que ya se han comentado los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, pasaremos directamente a estructurar, en síntesis, los procedimientos de evaluación que pueden utilizarse, dividiéndolos en tres grandes bloques (ver Miranda, Roselló y Soriano, 1998):

- a) Instrumentos cumplimentados por el *propio sujeto*.
- b) Instrumentos cumplimentados por otras personas: *padres y profesores*, principalmente; y finalmente,
- c) Técnicas para la *observación directa del comportamiento*.

Pasaremos a continuación a comentar resumidamente las pruebas incluidas en cada uno de estos apartados.

***a) Evaluación desarrollada con el propio sujeto:***

En cuanto al *funcionamiento cognitivo*, los dos aspectos esenciales a valorar son la atención y el estilo cognitivo. En la valoración de los recursos atencionales no se deben menospreciar los datos que puede aportar la observación del niño a lo largo de las sesiones de observación. Asimismo, deberán recogerse datos procedentes de tests psicométricos y sería deseable incluir también pruebas que han sido diseñadas especialmente para ser aplicadas en el contexto del laboratorio, como el Test de Ejecución Continua (ver tabla I).

Por otra parte, los estilos cognitivos que tienen más significación en niños con un TDAH son el estilo cognitivo de reflexividad/impulsividad, y la flexibilidad/rigidez cognitiva (ver tabla I).

**Tabla I.- Instrumentos para evaluar el funcionamiento cognitivo.**

*1. Capacidad atencional.*

- Vigilancia: Memoria de Dígitos (WISC, ITPA, TMAI).
- Dividida: Aritmética (WISC).
- Sostenida: Test de Ejecución Continua.; Claves (WISC); Integración Visual (ITPA); Test de Cancelación de Figuras y Números; Test de Caras; Test de Atención de S Pío X

**Ponencia presentada a las Jornadas Educativas sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). 10 y 11 de marzo de 2006. Sevilla.**

*2. Estilos Cognitivos.*

- a) Impulsividad: Emparejamiento de Figuras Familiares (MFF); Laberintos (WISC).
- b) Rigidez-Flexibilidad Cognitiva: Test de Stroop.

En relación al *funcionamiento sociopersonal* varios son los procedimientos que podemos utilizar. Básicamente, nosotros recomendaríamos como pruebas de gran utilidad en la evaluación de la competencia social, el Cuestionario sobre Conocimientos y Estrategias de Interés (Díaz-Aguado, 1986), el Cuestionario de Solución de Problemas Medios-Fines (Spivack y Shure, 1974). Asimismo, disponemos de varios instrumentos de autoinforme que pueden aportarnos datos sobre sintomatología depresiva, autoconcepto y ansiedad. Concretamente, destacaríamos el Inventario de Depresión Infantil (Kovacs, 1983), el Cuestionario de Competencia Percibida (Harter, 1982), y el Cuestionario de Ansiedad/Rasgo en Niños (Spielberger y cols, 1990) (ver tabla II).

**Tabla II. Instrumentos para evaluar el funcionamiento sociopersonal.**

*1. Competencia social.*

- a) Estrategias de interacción con los compañeros.
- b) T. de role-taking (Chandler).
- c) Solución de Problemas (MEPS).

*2. Personalidad y ajuste emocional.*

- a) Cuestionario de Depresión (Kovacs).
- b) Competencia Percibida. (Harter, 1982)
- c) I. ansiedad estado-rasgo (Spielberger).

***b) Instrumentos de evaluación cumplimentados por los padres y los profesores:***

Evidentemente, es necesario recoger la percepción que tienen del comportamiento del niño las personas significativas con los que éste interactúa a diario, es decir, sus padres y profesores. En este sentido, las *Escalas de Estimación* que suelen utilizarse con más frecuencia en la evaluación de un niño con TDAH se agrupan en tres categorías: Listas Generales de Problemas; Escalas Específicas de Hiperactividad; y Escalas para evaluar la Variación Situacional (ver tabla III).

**Tabla III. Instrumentos cumplimentados por padres y profesores.**

- 1- Listas Generales de Problemas:* Escala de Problemas de Conducta para padres (EPC, Navarro y cols, 1993); Inventario de Problemas en la Escuela (IPE, Miranda y cols, 1993); e Inventario de Síntomas Infantiles de Stony Brook (Gadow y Sprafkin, 1995).

**Ponencia presentada a las Jornadas Educativas sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). 10 y 11 de marzo de 2006. Sevilla.**

- 2- *Escalas Específicas de Hiperactividad*: Escala de Conners para padres y profesores (1982); Escala Iowa-Conners para el profesor (Loney y Milich, 1982); Cuestionario de Autocontrol para padres y profesores (Kendall y Wilcox, 1979); Cuestionario de Conductas Problemáticas para Preescolares (Miranda y Santamaría, 1986). Escala para la evaluación del Trastorno por déficit de atención-hiperactividad (Farré y Narbona, 1997).
- 3- *Escalas para evaluar la Variación Situacional*: Cuestionario de Situaciones en la Escuela (Barkley, 1981) y Cuestionario de Situaciones en el Hogar (Barkley, 1981).

**DSM-IV. Listado de manifestaciones correspondiente al diagnóstico del trastorno por Déficit de Atención.**

Puede aplicarse tanto a padres como a profesores. Presenta 9 ítems dentro del apartado de Inatención-Desorganización y otros 9 que corresponden a la valoración de Hiperactividad-Impulsividad, exigiéndose que la respuesta sea positiva en 6 ítems, al menos, del primer apartado para poder considerar que puede haber un Trastorno de Atención del subtipo predominantemente inatento. En caso de que además se obtenga una respuesta positiva al menos en 6 elementos correspondientes al 2º apartado hay que considerar la posibilidad de que el trastorno de la atención sea del subtipo combinado. Además, según se establece en el DSM-IV, es imprescindible que haya concordancia en la valoración de padres y profesores sobre los comportamientos del niño, y que la sintomatología tenga un carácter crónico.

Una vez que se haya establecido el diagnóstico de TDAH, de acuerdo con la visión concordante de padres y profesores, resulta muy conveniente proceder a analizar los criterios que cumple el niño pormenorizadamente y por separado mediante un análisis conductual. Para realizar este análisis puede pedirse a los padres/profesores que especifiquen las condiciones en las que ocurre cada conducta con una mayor frecuencia, cómo responden ellos u otras personas a las actuaciones del niño y cuáles son, a su juicio, las influencias físicas que pueden estar asociadas a estas dificultades comportamentales.

**Escalas de Estimación Conductual para Padres y Profesores**

**Listas Generales de Problemas**

**Escala de Problemas de Conducta para Padres (EPC. Navarro y Cols, 1993)**

La EPC tiene como objetivo recoger información, a través de los padres, acerca de diferentes áreas de conductas problemáticas así como de la competencia social de los niños. Está compuesta por un total de 99 ítems que se responden por medio de tres posibilidades de respuesta (NO = 0; ALGUNAS VECES = 1; MUCHAS VECES = 2). Las escalas que componen este instrumento son: Conducta antisocial, problemas

**Ponencia presentada a las Jornadas Educativas sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). 10 y 11 de marzo de 2006. Sevilla.**

escolares, timidez-retraimiento, trastornos psicopatológicos, problemas de ansiedad, trastornos psicosomáticos y adaptación social. En todos los casos las escalas poseen índices de fiabilidad y validez satisfactorios.

**Inventario de Problemas en la Escuela. IPE (Miranda y cols, 1993).**

Este cuestionario, dirigido a profesores, está compuesto por 92 ítems referidos a distintos problemas que suelen manifestarse dentro del contexto escolar y que pueden responderse mediante tres alternativas de respuesta (NO = 0; ALGUNAS VECES = 1; MUCHAS VECES = 2). Las escalas factoriales de las que consta son: problemas de aprendizaje, conducta antisocial, timidez-ansiedad, retraimiento e inadaptación escolar.

**Inventario de Síntomas para Niños y Adolescentes Stony Brook (Gadow y Sprafkin, 1995)**

Está dirigido a realizar una evaluación inicial de síntomas conductuales, afectivos y cognitivos de psicopatologías de la infancia y de la adolescencia. Constituyen una alternativa a las entrevistas psiquiátricas estructuradas, que son demasiado largas y consumen mucho tiempo. Los ítems están basados en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la APA (DSM-IV, 1994) y permiten al clínico recoger información de los padres y profesores relativa a psicopatologías y sistematizar el intercambio de información entre la escuela y el clínico respecto a los niños que son remitidos para evaluación clínica.

Gadow y Sprafkin (1995) han desarrollado dos versiones del inventario, una para padres y otra para profesores. La versión dirigida a padres contiene 97 ítems que valoran 17 trastornos emocionales y conductuales y que están redactados de manera que pueden ser fácilmente comprendidos por los padres, independientemente de su nivel educativo, mientras que la versión para profesores incluye 77 ítems referidos a 13 trastornos diferentes.

**Escalas Específicas para la Evaluación del TDAH**

Se han desarrollado varios instrumentos que miden las manifestaciones esenciales del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Entre todos ellos posiblemente los más utilizados y divulgados, tanto en la investigación como en la práctica clínica han sido los cuestionarios elaborados por Connors.

**Escala para Profesores de Connors (1969)**

Fue la primera escala construida específicamente para evaluar las percepciones del profesor sobre hiperactividad y otros problemas asociados. La versión inicial incluía 39 ítems, distribuidos en cinco factores : ensoñación-inatención, hiperactividad, problemas de conducta, ansiedad y sociabilidad. Posteriormente, Connors (1973) seleccionó 10 elementos de esta escala para elaborar una forma abreviada conocida también como Índice de Hipercinesia. Estos 10 ítems describen conductas relevantes del

**Ponencia presentada a las Jornadas Educativas sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). 10 y 11 de marzo de 2006. Sevilla.**

trastorno hiperactivo y pueden ser puntuados de 0 a 3 de la siguiente forma: NUNCA = 0; ALGUNAS VECES = 1; MUCHAS VECES = 2; CASI SIEMPRE = 3). El Índice de hipercinesia se obtiene sumando las puntuaciones de todos los ítems y dividiéndolas por 10.

La puntuación significativa que sería correcto tomar como indicadora de problemas de hiperactividad en clase, de acuerdo con el cuestionario abreviado de Conners, correspondería a dos desviaciones típicas por encima de la media. Hay datos orientativos respecto a que ese punto de corte se sitúa en una puntuación media en el índice de hipercinesia de 2.1 en la etapa de Educación Infantil, 1.8 en el primer ciclo de Educación Primaria 1.5 para estudiantes de segundo ciclo de E. Primaria y 1.3 para adolescentes.

**Escala para el Profesor IOWA-Conners (Loney y Milich, 1982).**

Está compuesta por dos subescalas, cada una de ellas con cinco ítems, dirigidas a evaluar respectivamente inatención/hiperactividad, y agresividad/oposicionismo. La primera de ellas, la subescala de inatención/hiperactividad, se elaboró identificando los ítems de la Escala de Conners para el profesor que correlacionaban significativamente con medidas externas de estos constructos, pero no correlacionaban con conductas agresivas. La subescala de agresividad/oposicionismo también está compuesta por cinco ítems que correlacionan significativamente con indicadores externos de agresividad, pero no de inatención/ hiperactividad.

Los estudios realizados han aportado una considerable evidencia sobre la validez de la Escala Iowa-Conners como medida del TDAH, e incluso cuenta con datos normativos por edad y sexo. Los puntos de corte establecidos en la subescala de inatención/hiperactividad son: niños y niñas de Educación Infantil, 1º, 2º y 3º de E. Primaria, puntuación igual o superior a 11; niños y niñas de 4º y 5º de E. Primaria, puntuación igual o superior a 9. En la escala de agresividad/oposicionismo los puntos de corte establecidos en niños y niñas se corresponden con una puntuación igual o superior a 9 en Educación Infantil, 1º, 2º y 3º de E. Primaria, y puntuación igual o superior a 6 en 4º y 5º curso de Primaria (Pelham, Milich, Murphy y Murphy, 1989).

El problema fundamental que parece afectar a esta escala consiste en que los ítems que se incluyen en el factor de agresividad están más relacionados con conducta oposicionista que con conductas agresivas dirigidas hacia los compañeros. Por esta razón se recomienda utilizar otras medidas para valorar adecuadamente la agresividad en la escuela. El Cuestionario de Conners que se os presenta para el Profesor incluye los 10 primeros ítems del Cuestionario Abreviado de Conners o Índice de Hipercinesia. De estos 10 ítems, los cinco en los que aparece el número subrayado corresponden al factor de

**Ponencia presentada a las Jornadas Educativas sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). 10 y 11 de marzo de 2006. Sevilla.**

inatención/hiperactividad del cuestionario IOWA, y los cinco últimos ítems (del 11 al 15) integran el factor de agresividad/oposicionismo.

**Escalas para Evaluar la Variación Situacional**

Barkley (1981) ha elaborado dos escalas, el Cuestionario de Situaciones en la escuela y el Cuestionario de Situaciones en el Hogar que pretenden evaluar la persistencia de los síntomas del trastorno por déficit de atención a través de diferentes situaciones y contextos.

**Cuestionario de Situaciones en la Escuela (Barkley, 1981).**

La información que suministra este cuestionario (Apéndice F) permite realizar la imprescindible conexión entre los déficits atencionales de un niño y las situaciones en las que estas deficiencias provocan más problemas: trabajo independiente, actividades en grupo, etc. Por otra parte, este instrumento puede ayudar al clínico a comprender los comportamientos del profesor que, en situaciones concretas, minimizan o intensifican el impacto negativo de los problemas atencionales de un estudiante.

**Cuestionario de Situaciones en el Hogar (Barkley, 1981).**

Su planteamiento y objetivos es similar al Cuestionario dirigido a la escuela, pero en este caso las situaciones que se recogen hacen referencia al contexto del hogar, por ejemplo, llamadas telefónicas, cuando se reciben visitas en casa, durante las comidas, etc.

***c) Técnicas para la observación directa del comportamiento.***

Las observaciones del comportamiento se han utilizado para confirmar un diagnóstico de TDAH, pero también, al suministran datos sobre conductas específicas, permiten objetivamente conocer las variaciones situacionales y temporales en la expresión de los síntomas de los niños con hiperactividad ante diferentes actividades que se desarrollan en el aula o en el hogar. Por consiguiente aportan datos inestimables de cara a planificar las adaptaciones instruccionales, los cambios en el ambiente físico y/o las modificaciones necesarias a realizar en las interacciones padres-hijo o profesor-alumno. Asimismo permiten contrastar la eficacia de una intervención mediante la comparación de los datos obtenidos en las observaciones de la línea base en el pre-tratamiento con los datos provenientes de las observaciones del post-tratamiento. Por otra parte, eliminan la subjetividad característica de las escalas de estimación. No obstante, este procedimiento tampoco está exento de problemas entre los que destacan el considerable tiempo que requiere la recogida de datos y la reactividad que puede producirse en el sujeto observado.

El profesional puede optar por la utilización de distintos tipos de registro, elección que va a depender de la disponibilidad del observador y fundamentalmente de la características propias de la conducta que se va a observar. Posiblemente el registro más significativo pero el más costoso en cuanto al tiempo de observación sea el registro continuo de frecuencias, que informa sobre el número de veces que se produce un comportamiento en un periodo amplio de tiempo. Otras variantes de registros serían el



**Ponencia presentada a las Jornadas Educativas sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). 10 y 11 de marzo de 2006. Sevilla.**

registro de intervalo temporal y el registro de análisis de tareas. También pueden ser de gran utilidad el registro de operante discriminado y el registro de análisis funcional.

*Registro de intervalo temporal.* En este registro se divide el período de observación en X segmentos (por ejemplo, 15 minutos en 15 segmentos de 1 minuto), registrando en estas quince ocasiones la presencia/ausencia del comportamiento a observar. Los datos finales se resumen en porcentajes. En la fórmula se sitúa en el numerador el número de veces que se da el comportamiento, y en el denominador el número de observaciones totales, y se multiplica por cien.

*Registro de análisis de tareas.* Constituye otra modalidad del registro de frecuencias y se lleva a cabo para comprobar la adquisición o consolidación de conductas nuevas desarrolladas por medio del análisis de tareas (Ver Arias, 1995). En esta modalidad la hoja de registro incluye el listado de fases dentro de la tarea y la valoración del observador sobre la ejecución del sujeto, comparándola con el criterio preestablecido de éxito que puede reflejar aspectos tales como calidad de la ejecución, latencia para empezar, o tiempo empleado. La valoración puede ser dicotómica (fase realizada / no realizada), o bien representar un continuum que el observador valora según se aproxima la ejecución al criterio (por ej, no realizado - realizado con ayuda, guía física, o control instruccional - realizado correctamente con ayuda - realizado sin ayuda).

*Registro de operante discriminado.* Resulta especialmente indicado para registrar conductas de desobediencia, frecuentes en los niños hiperactivos. Por ejemplo, tiempo que transcurre desde que el padre o el profesor da una orden hasta que el niño la cumple.

*Registro de análisis funcional.* Seguramente es el registro más complicado de realizar, si bien la información que aporta es enormemente valiosa ya que intenta determinar qué antecedentes o consecuentes están influyendo en el niño y están elicitando su comportamiento.

Con independencia del tipo de registro que se seleccione, en los cuadernillos que se vayan a emplear, deberá especificarse el nombre del observador y del niño al cual se observa, la fecha, la hora en la que se empieza y la hora en la que termina la observación, la definición operativa de la conducta a observar y los códigos correspondientes (si se utilizan códigos). Asimismo resulta conveniente reservar un espacio en la parte final de la hoja de registro para plasmar en él posibles comentarios adicionales de interés. Además de cara a que la observación pueda aportar datos verdaderamente fiables deberán contemplarse una serie de condiciones tales como, empezar la observación utilizando registros exploratorios para pasar posteriormente al uso de registros dotados de una mayor sistematización, centrarse en conductas específicas y observables para evitar la ambigüedad, e incluir distintas situaciones a fin de conseguir una muestra representativa del comportamiento observado.

Por último, a título de recomendación general, en las observaciones de niños con un TDAH en el aula es importante introducir en los registros las diferentes conductas que suelen aparecer con una elevada frecuencia en estos alumnos:

- 1) Estar fuera de la tarea (no escuchar al profesor cuando explica, jugar con cosas del pupitre, realizar otras tareas de las indicadas),
- 2) Desobediencia a las órdenes del profesor,

**Ponencia presentada a las Jornadas Educativas sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). 10 y 11 de marzo de 2006. Sevilla.**

- 3) intranquilidad en el asiento ( cambiar de posición, balancearse, arrodillarse sobre la silla ponerse en cuclillas, escurrirse en el asiento.
- 4) Molestar al profesor o a los compañeros ( gritar, interrumpir a los demás cuando hablan, hacer ruidos inapropiados, hacer el payaso, hacer gestos o posturas raras, imitar al profesor o otro niño, disparar bolitas de papel u otros objetos)
- 5) Levantarse del sitio ( desplazarse, saltar, correr por la clase, andar a gatas, dar vueltas sobre sí mismo, columpiarse)
- 6) Agresividad ( dar patadas, morder, pegar, poner la zancadilla, dañar la propiedad de otras personas. insultar hacer gestos amenazantes, amenazas verbales, contestar de forma inaceptable)

En resumen, en el proceso de evaluación del TDAH será conveniente incluir múltiples medidas que recojan la variedad de síntomas presentes en el trastorno y aporten información útil sobre la variedad de problemas que suelen aparecer asociados. Se trata en cualquier caso de adoptar una perspectiva funcional, centrándose en los déficit o excesos del funcionamiento y analizando la naturaleza de estos problemas de cara a seleccionar las técnicas de intervención más adecuadas de acuerdo con la información que se obtenga.



**Materiales correspondientes a la ponencia de  
D<sup>a</sup>. Inmaculada Moreno.**

**INTERVENCIÓN EN PROBLEMAS DE  
CONDUCTA EN EL ALUMNADO CON TDAH.**



Consejería de Educación  
Delegación Provincial de Sevilla  
Centros del Profesorado de Sevilla, Castilleja de  
la Cuesta, Osuna-Écija y Alcalá de Guadaíra



# **Intervención en Problemas de Conducta en el Alumnado con TDAH**

Inmaculada Moreno García

Universidad de Sevilla

imgarcia@us.es

Investigaciones longitudinales, trabajos que estudian grupos de niños diagnosticados TDAH y controles, así como estudios que indagan transversalmente en diferentes momentos evolutivos, junto a las observaciones y experiencia clínica de investigadores y profesionales han aportado numerosos hallazgos relacionados tanto con el curso del trastorno hiperactivo como con la comorbilidad existente con problemas y trastornos del comportamiento. En síntesis, se constata que:

a) Se trata de un trastorno muy prevalente en la infancia, cuyos síntomas persisten a lo largo de la vida, estimándose que entre 10 y 60% de los niños hiperactivos presentan síntomas del trastorno en la adolescencia y vida adulta y entre el 10 y 40% de los niños con déficit de atención cumplen los criterios diagnósticos del trastorno cuando son adultos (Mancini, Van Ameringen, Oakman y Figueiredo, 1999).

b) Se evidencia que el perfil comportamental de los niños hiperactivos cambia a lo largo del tiempo de manera que los síntomas clínicamente puros de hiperactividad e impulsividad tienden a remitir, al tiempo que, a medida que progresa el curso evolutivo, se aprecian dificultades de organización y distribución temporal de tareas y actividades, que se incrementan cuando los adolescentes han de adquirir responsabilidades y compromisos, déficit de habilidades y estrategias para resolver problemas sociales, etc.

c) La evolución del trastorno está influenciada por la coexistencia con otros trastornos, especialmente, trastornos de conducta. Numerosas evidencias muestran que los niños/adolescentes con TDAH tienen una probabilidad mayor de presentar uno o más trastornos colaterales. Bierderman, Faraone y Lapey (1992) encontraron que 51% de los niños con TDAH cumplían criterios de otro trastorno psicológicos, porcentaje que se elevaba hasta el 77% en el caso de los adultos. En especial, los índices de comorbilidad con el Trastorno Negativista Desafiante y el Trastorno Disocial son elevados. Se estima que

entre un 50 –70% de los niños hiperactivos presentan dichos trastornos comórbidos (Brown, 2003). La importancia de esta coexistencia ha sugerido el planteamiento de distintas hipótesis explicativas, entre ellas destaca la que postula que el TDAH constituye un factor de riesgo para el desarrollo posterior del otro trastorno. Esta hipótesis se justifica a tenor de las evidencias que muestran en adultos diagnosticados antes con TDAH la presencia de síntomas y comportamientos antisociales (Barkley, Fischer, Edelbrock y Smallish (1990).

Atendiendo a las repercusiones de este trastorno en los ámbitos social y académico respectivamente cabe indicar que el comportamiento social de los menores hiperactivos es inadecuado e inadaptado, aunque sus manifestaciones desadaptadas difieren según sea el diagnóstico, es decir, Tipo con predominio Hiperactivo-Impulsivo, Tipo con predominio Déficit de Atención o Tipo combinado (DSM-IV-TR, APA, (2000). Así se extrae del trabajo realizado por Maedgen y Carlson, (2000) Y Hodgens, Cole y Boldizar (2000) quienes compararon el comportamiento de dos grupos de niños con diagnóstico hiperactivo-impulsivo, con predominio atencional, respectivamente con otro grupo de menores diagnosticados con Tipo combinado y un grupo control. Las conclusiones indican que las dificultades sociales de los niños hiperactivos-impulsivos se centran especialmente en los problemas para inhibir su comportamiento en situaciones sociales conflictivas, de ahí que sean ellos quienes inician peleas y disputas. Por el contrario, el grupo desatento, sin hiperactividad, tiene problemas para iniciar y mantener relaciones sociales mostrando indicios de déficit de habilidades sociales. En cualquier caso se estima que aproximadamente el 50% de los niños diagnosticados con trastorno por déficit de atención con hiperactividad tienen dificultades de relación con sus compañeros agravados por la impulsividad e impaciencia características pero explicados, entre otras razones, bien por un procesamiento anómalo de la información social (Cameron, 1998), bien por déficit de habilidades sociales o por su tendencia a mostrarse crónicamente desatentos hacia las interacciones sociales, obviando los indicadores verbales y no verbales implícitos en las relaciones sociales (Brown, 2003). Estas dificultades de relación con los compañeros, observadas en la infancia, persisten en la adolescencia agravándose cuando, en esta edad, se mantienen los síntomas de hiperactividad o de trastornos de conducta (Bagwell, Molina, Pelma y Hoza, 2001). En todo caso, las investigaciones ponen de manifiesto que los niños

hiperactivos están entre los menos aceptados socialmente (Asarnow (1988) y el déficit de adaptación social que presentan constituye uno de los factores que explican el pronóstico desfavorable de la hiperactividad a largo plazo. (Stein, Szumowski, Blondis y Roizen, 1995).

Las estrategias de intervención desarrolladas para atenuar y eliminar los problemas de conducta asociados incluyen programas de formación y entrenamiento a padres de niños/adolescentes e intervenciones cognitivas que tienen al propio afectado como destinatario (Moreno y Revuelta, 2002)





Moreno, G. I. y Revuelta, P. F. (2002). El Trastorno por Negativismo Desafiante. En M. Servera (coord.) *Intervención en los Trastornos del Comportamiento Infantil*. Madrid. Pirámide

## INTRODUCCIÓN

Una cuestión fundamental en la educación de los niños reside en el mayor o menor cumplimiento, en general, de las instrucciones y órdenes que se dan por parte de sus padres o educadores. Precisamente, una de las quejas frecuentes sobre el comportamiento infantil se refiere a la desobediencia, además de la provocación. Es evidente, como con otras muchas cuestiones, que el problema surge cuando se sobrepasan determinados límites y se piensa que los comportamientos derivados son perjudiciales para el propio sujeto y/o para su entorno. En esta línea entra en escena, desde un punto de vista clínico, una categoría diagnóstica recogida en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Texto Revisado (DSM-IV-TR)* (American Psychiatric Association [APA], 2000) como *trastorno negativista desafiante (TND)* y en la *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)* (OMS, 1992) como *trastorno disocial desafiante y oposicionista (TDDO)*. Aunque poco a poco el negativismo y, más en concreto, el TND va cada vez interesando más a nivel de investigación, especialmente como posible precursor de otros problemas de más importancia, hasta la fecha no suscitado la misma atención que otras categorías diagnósticas, como el *trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)* o el *trastorno disocial (TD)*. No obstante, hay que destacar su relevancia en cuanto a que el negativismo infantil, dentro del contexto familiar, como señalan Strand, Wahler y Herring (2000), es un marcador de la agresión y comportamiento antisocial y de futuras dificultades académicas y sociales.

## DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, más conocido como DSM-IV, en su texto revisado (DSM-IV-TR), señala como característica esencial del trastorno negativista desafiante (TND) «*un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad, que persiste por lo menos durante 6 meses*» (pág. 115). Además, durante ese tiempo es frecuente la aparición de cuatro o más de los siguientes síntomas: «*accesos de cólera, discusiones con adultos, desafiar activamente o negarse a cumplir las demandas o normas de los adultos, llevar a cabo deliberadamente actos que molestarán a otras personas, acusar a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento, ser quisquilloso o sentirse fácilmente molesto por otros, mostrarse iracundo y resentido o ser reconoso o vengativo*» pág. 115).

Dichos comportamientos han de aparecer con mayor frecuencia de lo que correspondería a la edad y nivel de desarrollo y debe causar un déficit significativo en el funcionamiento social, académico o laboral. En los casos en los que el trastorno surja exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o del estado de ánimo, o si se dan los criterios para el trastorno disocial o antisocial de la personalidad (en un sujeto con más de 18 años) no se establece el diagnóstico. Consecuentemente, el TND normalmente se diagnostica en la niñez y casi siempre antes de la adolescencia.

El TND forma parte del grupo de los *Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador* en el que, además y entre otros, se encuentra el *trastorno disocial*. Por su parte, en la CIE-10, este trastorno, denominado *trastorno disocial desafiante y oposicionista (TDDO)*, se encuentra dentro del que se llama *Trastornos Disociales*. En este último sistema de clasificación se afirma que el TDDO «*viene definido por la presencia de un comportamiento marcadamente desafiante, desobediente y provocador y la ausencia de otros actos disociales o agresivos más graves que violen la ley y los derechos de los demás*» (pág. 330).

Hay clínicos que combinan el TND y el trastorno disocial (TD) en una categoría más amplia de trastornos perturbadores, así como otros consideran que la diferencia entre uno y otro es meramente cualitativa. Igualmente, otros investigadores recalcan las distinciones entre ambos trastornos y valoran la utilidad de esta separación, tanto en niños como en adolescentes (Hartman *et al.*, 2001; Loeber, Burke, Lahey, Winters y Zera, 2000; Molina, Smith, Pelham, 2001).

Otra de las cuestiones que hay que resaltar es que antes de los 6 años es raro diagnosticar un trastorno disocial, ajustándose más apropiadamente esa población con síntomas externalizantes a los criterios del TND, TDAH o a una combinación de ambos (Webster-Stratton, 1993). De todas formas, se trata de un trastorno característico de edades por debajo de los 9 o 10 años de edad.

Asimismo, es importante considerar lo siguiente: a) incluso cuando los niños con TND y TD comparten un síntoma, lo más probable es que cada uno comparta dentro de su grupo más síntomas que son característicos de sus trastornos respectivos; b) la edad de comienzo de los síntomas del TND es más temprana que la del TD; c) no todos los niños con TND desarrollan TD, pero los que tienen este último casi siempre han tenido un diagnóstico previo de TND; d) los correlatos familiares del TND y del TD son similares, pero la frecuencia y la intensidad de los mismos son mayores en los niños con TD; y e) los tratamientos suelen ser más efectivos para el TND que para el TD (Kronenberger y Meyer, 1996).

## **COMORBILIDAD DEL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE Y CONSECUENCIAS**

La comorbilidad y sus consecuencias, dentro del grupo de los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, ha sido un tema muy estudiado (Angold, Costello y Erkanli, 1999; Coy, Speltz, DeKlyen y Jones, 2001; Ezpeleta, Keeler, Erkanli, Costello y Angold, 2001). Sin embargo, para algunos autores parece haber una ambigüedad diagnóstica considerable entre el TD,

el TND y el TDAH, sobre todo, en los niños más pequeños así como una cierta comorbilidad. Así se ha dicho que hasta el 75% de los niños identificados con trastorno por déficit de atención con hiperactividad también presentan TD (Webster-Stratton, 1993). Por otro lado, se ha propuesto que la hiperactividad puede influenciar la emergencia del TND y del TD. Loeber (1985) ha sugerido que la hiperactividad es inherente a los niños con TD. Un problema en este campo es que muchos de los trabajos habidos han combinado en las muestras sujetos con TND y TD y pocos de ellos proporcionan evidencia de los trastornos comórbidos asociados con el TND. Angold y Costello (1996) informaron de la existencia de bajos niveles de comorbilidad, en TND, con una muestra comunitaria (el 14% con TDAH, el 14% con trastorno de ansiedad y el 9% con trastorno depresivo).

No obstante, a pesar de estas opiniones, Webster-Stratton (1993) opina que los criterios para el TDAH, el TD y el TND, aunque similares, no son idénticos y que es importante diferenciarlos por razones clínicas y empíricas.

El trastorno negativista desafiante aparece vinculado especialmente con el TDAH. Concretamente, el DSM-IV-TR (APA, 2000, pág. 101) señala que una proporción sustancial (aproximadamente la mitad) de los que tienen este último diagnóstico también presentan TND o un trastorno disocial. Dicho de forma contraria, «*el trastorno por déficit de atención con hiperactividad es común en niños con trastorno negativista desafiante*» (pág. 118). Kadesjö y Gillberg (2001) clasificaron a una muestra de 409 niños de 7 años de edad cronológica en tres grupos, uno cumpliendo los requisitos diagnósticos del TDAH, otro que no llegaban a satisfacerlos todos pero que se acercaban (5, 6 o 7 de los 14 criterios en el DSM-III-R) y otro sin TDAH. La distribución numérica fue, respectivamente, 15, 42 y 352. Pues bien, el diagnóstico comórbido más frecuente fue, precisamente, el trastorno negativista desafiante en el primero de los grupos (60%). En el segundo fue menor (12%), habiendo otros con más frecuencia, lo que hace pensar que sólo cuando los síntomas del TDAH superan un cierto nivel es cuando los correspondientes a los del

TND comienzan a emerger. Souza, Serra, Mattos y Franco (2001) encontraron una comorbilidad del 20,6% en una muestra de 34 sujetos (de 6 a 16 años) entre el TDAH y el TND.

La etiología de esta covariación, conjuntamente con el TD, no está clara. Al parecer, cada trastorno está influenciado por factores genéticos y ambientales, ahora bien se ha sugerido que un factor ambiental compartido es el que hace la contribución más grande a la covariación entre el TDAH, el TND y el TD (Burt, Krueger, McGue y Tacono, 2001).

Sin embargo, hay que recordar que la comorbilidad en los trastornos del desarrollo ha sido cuestionada. Por ejemplo, Kaplan, Dewey, Crawford y Wilson (2001) critican el empleo del término comorbilidad debido a la presunción de etiologías diferentes. La premisa de la que parten es que las categorías discretas no existen en la vida real y que, por tanto, referirse a categorías o síntomas que se solapan como comorbilidades es engañoso. Valoraron a 179 sujetos en edad escolar (de 5,2 a 16,9 años de edad cronológica) con problemas de aprendizaje o de atención en relación con 7 trastornos: trastorno de la lectura, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno del desarrollo de la coordinación, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, depresión y ansiedad. El 50% de los sujetos satisficieron los criterios para, al menos, 2 diagnósticos y los de TDAH tuvieron mayor probabilidad de tener, al menos, un segundo trastorno comparados con los de los trastornos de la lectura.

Al margen de este cuestionamiento de la comorbilidad, un asunto importante a tener en cuenta son los resultados de algunos estudios en el sentido de que la presencia del TND, conjuntamente con otros trastornos, es un agravante de determinados conflictos. Este es el caso con el TDAH. El grado de conflicto entre una madre y un hijo con este último trastorno parece ser más elevado a medida que se presentan más síntomas de trastorno negativista desafiante. Se afirma, incluso, que es el nivel de éste el que contribuye, en mayor proporción que el TDAH, a los informes de las madres en relación con los conflictos y al estrés que genera. Edwards, Barkley, Laneri, Fletcher y Metevia (2001) encontraron, como en estudios previos, un grado importante de conflicto

entre los adolescentes con TDAH/TND y sus madres. La comorbilidad influyó en el número de conflictos, ira manifestada, uso de tácticas agresivas y peor comunicación, en relación con un grupo de control comunitario. Con los padres se alcanzaron los mismos resultados. Estos informes fueron corroborados por los propios adolescentes. Igualmente, el nivel de los síntomas del TND, más que el propio TDAH, fue el que contribuyó en mayor medida a los conflictos. El TND, pues, parece magnificar los informes sobre conflictos familiares en los sujetos con TDAH en comparación con los de los controles.

Por otro lado, aunque las madres con niños y adolescentes con TDAH parecen manifestar significativamente, en relación con las controles, más estrés, insatisfacción marital y desajuste psicológico (particularmente ansiedad, depresión y hostilidad) los datos apuntan a que esto se acrecienta cuando se da una comorbilidad con el TND. En el estudio de Edwards *et al.* (2001) se obtuvieron niveles significativamente más elevados de depresión y hostilidad en las madres de adolescentes con TDAH/TND que las del grupo control comunitario. No así, bajo nivel de satisfacción marital. También se ha hallado que el nivel de hostilidad de la madre, más que la depresión, ansiedad o la discordia marital, es lo que hace la contribución más significativa al grado de conflicto experimentado en estas interacciones madre-hijo, más allá de la que hacen los síntomas de TDAH/TND adolescente.

Lahey y Loeber (1994) y Lahey, Waldman y McBurnett (1999) hipotetizan que sólo los niños con TDAH que también exhiben TND desarrollarán TD en la infancia y que dentro de éstos será un subgrupo los que mostrarán más tarde *trastorno antisocial de la personalidad (TAP)*.

## DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

La prevalencia del TND se sitúa aproximadamente entre un 2% y un 16%, dependiendo de la muestra estudiada, de los métodos de evaluación empleados, de los instrumentos, del sistema de clasificación empleado o del número de informantes, entre otras cosas. Así, por ejemplo, cambios menores en los criterios pueden producir grandes diferencias (Boyle, Offord, Racine, Szatmari, Fleming y Sanford, 1996; Lahey, Loeber, Stouthamer, Christ *et al.*, 1990).

Según se refleja en el DSM-IV-TR, el número de síntomas negativistas tiende a ir en aumento con la edad. Por otro lado, Anderson, Williams, McGee y Silva (1987) indican que los varones son diagnosticados con este trastorno tres veces más a menudo que las niñas. Sin embargo, en general, los datos son inconsistentes durante la infancia más avanzada y la adolescencia, afirmándose que las tasas en varones son levemente más altas o que no hay diferencias con las de las mujeres. A nivel de estatus socioeconómico, tanto el TND como el TD, son más prevalentes entre jóvenes de niveles bajos (Lahey, Miller, Gordon y Riley, 1999).

Por último, señalar que hacen falta más investigaciones sobre las diferencias de prevalencia en función de los distintos grupos étnicos (Bird, Canino, Davies, Zhang, Ramírez y Lahey, 2001), de situaciones especiales, como la adopción (Simmel, Brooks, Barth y Hinshaw, 2001) y que, en ocasiones, los datos se presentan conjuntamente con otras categorías diagnósticas, lo que favorece el mejor conocimiento de los sujetos afectados. Por ejemplo, Webster-Stratton (1993) habla de que del 4% al 10% de los niños, en los Estados Unidos, satisfacen los criterios del trastorno negativista desafiante y/o del trastorno disocial.

**CURSO**

El TND suele iniciarse antes de los 8 años de edad cronológica y, en general, no más tarde del comienzo de la adolescencia. Igualmente, lo frecuente es que los síntomas aparezcan en el ambiente familiar y que, posteriormente, se generalicen a otros ambientes. El inicio es habitualmente gradual, con un mantenimiento de meses o años. Se ha repetido en bastantes ocasiones que el trastorno negativista desafiante es un precedente del trastorno disocial, pero aunque éste, concretamente el de inicio infantil, normalmente es precedido del mismo no todos los niños con TND lo desarrollan (APA, 2000).

Los problemas externalizantes en los niños presentan una alta estabilidad temporal. Richman, Stevenson y Graham (1982) encontraron que el 67% de los niños con esta clase de problemas a los 3 años continuaban siendo agresivos a los 8 años. Las formas tempranas de trastorno disocial son predictivas de otros problemas posteriores en la vida, tales como abandono escolar, alcoholismo, abuso de drogas, delincuencia juvenil, criminalidad adulta, personalidad antisocial, separación marital, problemas interpersonales y pobre salud física (Webster-Stratton, 1993).

Parece que la gravedad de los síntomas se asocia con la estabilidad del trastorno. Así, p. ej., Cohen, Cohen y Brook (1993) encontraron una más estabilidad de la infancia más avanzada a la adolescencia cuando el TND o el TD eran graves que cuando eran moderados. Asimismo, aunque queda por profundizar en este tipo de investigaciones, se ha sugerido la estabilidad para los comportamientos perturbadores, en general, es tan alta o más en las mujeres que en los varones (Rowe, Maughan, Pickles, Costello y Angold, 2002).

**DIAGNÓSTICO**

Para establecer un diagnóstico de un TDDO hay que tener en cuenta el contexto de desarrollo. Ya se sabe que hay comportamientos que, según las edades, pueden encontrarse dentro de la normalidad o no, según la edad del sujeto. Asimismo, la CIE-10 también cita el contexto sociocultural. El rasgo



esencial del trastorno «*es una forma de comportamiento persistentemente negativista, hostil, desafiante, provocador y subversivo*», no incluyéndose las violaciones más importantes de los derechos ajenos que entrarían dentro de otras categorías. Los sujetos que padecen este trastorno con frecuencia se oponen a las peticiones y reglas demandadas por los adultos, molestan a conciencia a otras personas, tienden a sentirse enojados, resentidos y fácilmente irritados contra las personas que les culpan de sus acciones, tienen baja tolerancia a la frustración y pierden el control con facilidad. Los desafíos suelen ser en forma de provocaciones con los consiguientes enfrentamientos. Se comportan, comúnmente, de manera grosera, sin colaboración y con resistencia a la autoridad (OMS, 1992).

Es posible que estos comportamientos no se den durante una entrevista clínica y sí con otros adultos y compañeros.

Los criterios diagnósticos para el trastorno negativista desafiante, de acuerdo con el DSM-IV-TR, aparecen en la Cuadro n.º 1.

#### **Cuadro n.º 1.- Criterios para el diagnóstico de trastorno negativista desafiante**

---

A) Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes:

- (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 del 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.

---

En cuanto al diagnóstico diferencial, el DSM-IV-TR especifica que si se cumplen los criterios para el *trastorno disocial* no debe darse un diagnóstico de TND. Igualmente en relación con los *trastornos del estado de ánimo* y los *trastornos psicóticos* de niños y adolescentes si los síntomas aparecen exclusivamente cuando se dan estos casos. Puede coexistir con el *trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Si el sujeto tiene *retraso mental* se aplicará esta etiqueta diagnóstica de TND teniendo en cuenta la edad, sexo y gravedad del retraso mental en otros sujetos comparables. El TND también debe distinguirse de la *alteración de la comprensión del lenguaje*.

Aunque en la literatura se hace poca referencia a la gravedad dentro del trastorno se ha podido comprobar que puede tener una alta utilidad predictiva, como en el caso de varias formas de actos delictivos (Farrington, Loeber, Stouthamer-Loeber, Van Kammen y Schmidt, 1996).

Como se ha mencionado, el negativismo desafiante dentro de la CIE-10 se encuentra en el grupo de los trastornos disociales. Esto hace que aunque compartan criterios diagnósticos idénticos difieren en sus condiciones diagnósticas, como comenta el DSM-IV-TR, pudiendo recoger casos más graves. La discordancia entre estas dos sistemas de clasificación es responsable, entre otras cuestiones, de los distintos resultados que se dan en los índices de prevalencia, como se comenta en otro lugar.

## EVALUACIÓN

Una revisión sobre este particular puede encontrarse en una sección especial dirigida por McClellan y Werry (2000) en el *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. En ella se analizan diversas entrevistas diagnósticas y otros instrumentos.

Entre las entrevistas pueden mencionarse, entre otras: la *NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV)* (Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan y Schwab-Stone, 2000), la *Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA)* (Angold y Costello, 2000) o la *Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA)* (Wendy, 2000). No obstante, se sabe que las entrevistas requieren la mayoría de un cierto tiempo de aplicación y esfuerzo. Por ello, se han presentado como alternativas algunas escalas de valoración. Por ejemplo, Grayson y Carlson (1991) proponen una basándose en el DSM-III-R. Burns y Patterson (2000) han identificado tres factores en *Eyberg Child Behavior Inventory*, uno, de comportamiento negativista desafiante hacia los adultos, otro, de comportamiento desatento y, otro, de comportamiento de problemas de conducta. También se han empleado pruebas con ítems pictóricos, como el *Pictorial Instrument for Children and Adolescents (PICA-III-R)* (Ernst, Cookus y Moravec, 2000) y la entrevista *Dominic-R* (Valla, Bergeron y Smolla, 2000).

Como se ha señalado en otro lugar, los criterios diagnósticos para el trastorno negativista desafiante han sufrido variaciones, lo cual ha influido y complicado a nivel de evaluación de los comportamientos perturbadores, en general, que es lo desarrollado. Por otro lado, no hay que olvidar que según quién sea el informante de los datos (padres, profesores o el propio niño, básicamente) pueden obtenerse resultados diferentes, pues no suelen darse correlaciones altas según las fuentes de información.

## **FACTORES CAUSALES Y DE MANTENIMIENTO**

Como con otros muchos otros trastornos, en principio, es posible que no haya una causa única que tenga que ver con el desarrollo y mantenimiento del TND. Se ha prestado atención tanto a factores internos al niño como externos a él (Loeber, Green, Lahey, Frick y McBurnett, 2000).

Con respecto a los factores relativos al propio niño se ha mencionado, fundamentalmente, el temperamento, déficit de habilidades sociales y cognitivas y del campo académico. Sin embargo, los estudios han ido dirigidos más en general con los problemas de comportamiento externalizantes que a este trastorno específico. Así, por ejemplo, en cuanto al temperamento se ha hipotetizado la posibilidad de que algún aspecto anormal a nivel fisiológico, neurológico o neuropsicológico, transmitido genéticamente, pudiera ser responsable, al menos parcialmente, del desarrollo de los problemas externalizantes. No obstante, la investigación sugiere que factores familiares interactúan con el temperamento. Los déficit en habilidades sociales y cognitivas se ha estudiado más en relación con el trastorno disocial, postulándose que estos sujetos distorsionan las señales sociales durante las interacciones con los compañeros. Los datos también indican que los déficit en las habilidades para la solución de problemas sociales contribuyen a interacciones pobres con los compañeros. Igualmente, pero más dirigido al trastorno disocial se ha hallado que un bajo rendimiento académico es más probable en sujetos con TD, si bien puede considerarse esto de una manera bidireccional (Webster-Stratton, 1993).

Igualmente, como factores externos al niño, pero también enmarcado en los trastornos de conducta en general, se ha hablado de aquellos relacionados con los padres, tales como déficit en las habilidades para ser padres, factores psicológicos de los padres y otros factores familiares. Sobre este particular, el DSM-IV-TR menciona cómo el TND es *«más frecuente en familias donde por lo menos uno de los padres cuenta con una historia de trastorno de estado de ánimo, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno antisocial de la personalidad o trastorno por consumo de sustancias»*. Lo mismo que con el TD, se ha hallado una asociación entre el trastorno depresivo en la madre y tener hijos con TND. Lo que no está claro es si es causa o efecto; es decir, si el trastorno depresivo es lo que aumenta la probabilidad de tener hijos con TND o este último, por sus características, es el que hace que la madre padezca lo anterior.

Asimismo, es más usual en familias donde se dan conflictos conyugales graves. Existe evidencia que sugiere que los problemas familiares tienen que ver con los comportamientos que tipifican a los sujetos con TND. Patterson, Chamberlain y Reid (1982) (citado en Markward y Bride, 2001) sostuvieron que una disciplina pobre conduce al TND. Por otro lado, con frecuencia en la observación de familias con niños desobedientes se detectan patrones coercitivos, lo que indica que el comportamiento negativista no es un hecho aislado ni un simple intercambio sino que forma parte de un patrón más amplio (Wahler, 1997), en el que están implicados todos los actores del proceso. Esto podría conectarse con la teoría de la coerción familiar de la agresión social infantil (Patterson, 1982; Patterson, Reid y Dishion, 1992), en la que los patrones de interacción coercitiva (hostil) también son típicos de otros miembros de la familia, además del niño. Ahora bien, los patrones coercitivos también aparecen en familias sin presencia de un negativismo elevado, si bien ese tipo de intercambios no suelen ser de la duración e intensidad de los anteriores y tampoco se caracterizan por extremos en la alteración del afecto o del reforzamiento mutuo del comportamiento coercitivo.

Por otra parte, se han considerado factores relacionados con la escuela y las interacciones con los compañeros y profesor-niño. En este aspecto, Rutter, Tizard, Yule, Graham y Whitmore (1976) encontraron que características tales como el énfasis en el trabajo académico, tiempo dedicado a las lecciones por el profesor, el uso de recompensas por el profesor, el énfasis en la responsabilidad individual, la disponibilidad del profesor, las condiciones del trabajo escolar y la ratio profesor-alumno estaban relacionados con los comportamientos negativistas, la delincuencia y el rendimiento académico.

Asimismo, se han tenido en cuenta las relaciones escuela y hogar. Por ejemplo, muchos padres con niños con TND y CD han tenido encuentros negativos con los profesores en relación con los problemas de comportamiento de los niños. Un estudio de padres de niños con problemas de comportamiento ha mostrado que éstos tienen menos interés en conocer al profesor, parecen tener

metas diferentes para sus hijos y valoran la educación menos que los padres de niños competentes socialmente (Coie, Lochman, Terry y Hyman, 1992; citado en Webster-Stratton, 1993).

Por último, aunque no a un nivel causal, se ha comprobado que ciertos trastornos psicopatológicos, como el TND, más que otros, pueden estar más estrechamente relacionados con acontecimientos vitales adversos y que algunos de éstos parecen estar relacionados con tipos específicos de trastornos (Tiet, Bird, Hoven, Moore, Wu, Wicks, Jensen, Goodman y Cohen, 2001).

Uno de los intentos de explicación que se ha utilizado para dar cuenta de la persistencia en el tiempo de algunos patrones de comportamiento es lo que se ha denominado como *impulso comportamental* y que se ha aplicado al negativismo. Esta metáfora, como señalan Strand *et al.* (2000), es un modelo para la comprensión de la persistencia del comportamiento bajo condiciones ambientales alteradas. Esta noción proviene de la física y describe la tendencia de un objeto que se ha puesto en movimiento a continuarlo, al menos por un tiempo, incluso después de que el impulso que lo inició haya finalizado. En este sentido la fuerza del impulso de un objeto físico viene determinada por su masa y velocidad. Cuando es grande la masa del objeto, la velocidad no se ve afectada relativamente por una fuerza externa. Aplicado esto al comportamiento viene a ser más o menos lo que sigue. El impulso contiene dos aspectos generales pero separados del comportamiento: la tasa de respuesta (el equivalente a la velocidad) y la persistencia de la misma (la masa). Existen estudios que han mostrado que esos aspectos del comportamiento son independientes (Mace, Lalli, Shea, Lalli, West, Roberts y Nevin, 1990; Nevin, Tota, Torquato y Shull, 1990). La tasa de respuesta, bajo condiciones estables, depende de las contingencias respuesta-reforzador, mientras que la persistencia de ese comportamiento está en función de las contingencias estímulo-reforzador.

Desde esta perspectiva del impulso comportamental se han obtenido datos que sugieren que la responsividad infantil a instrucciones se relacionan con otras previas a la misma persona. Más específicamente, el negativismo infantil a las instrucciones de la madre es predictivo del

negativismo infantil subsiguiente, pero la relación está mediada por la historia de respuestas infantiles previas a las instrucciones de la madre. Dicho de otra forma, el negativismo es significativamente menos probable dada una historia de cumplimiento del niño. No obstante, se dan otras variables como la disforia de la madre que afecta al cumplimiento del niño negativamente. Son datos correlacionales pero consistentes con las predicciones del impulso comportamental. A nivel de intervención estos resultados son interesantes. Los padres, por ejemplo, deberían establecer un contexto de cumplimiento del niño antes de hacer requerimientos que sean probables de ser respondidos con negativismo (Strand *et al.*, 2000).

En resumen, no está del todo claro definitivamente cuáles son los factores causales y de mantenimiento del trastorno negativista desafiante, entre otras razones, porque los estudios muchas veces se han orientado a los trastornos de conducta en general que al TND en particular, sin conocerse qué le es específico. Aunque los factores externos al niño, tales como los problemas familiares, han sido resaltados en esta problemática también hay quienes afirman que hay que aceptar alguna evidencia de que los factores genéticos juegan un papel.

## **TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE Y COMPORTAMIENTO ANTISOCIAL**

Algunos estudios han mostrado la existencia de continuidad entre los problemas perturbadores y externalizantes en la infancia y los problemas externalizantes en la adolescencia (Loeber, 1990; Rutter, 1985). Tanto el *trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*, como el *trastorno disocial (TD)* y el *trastorno negativista desafiante (TND)* se han asociado, en cierta medida, con el comportamiento antisocial en la adolescencia y la adultez. Con el primero de ellos, a juzgar por los resultados de algunos estudios, parece existir clara evidencia. Además, como señalan Lahey y Loeber (1997), cuando se da concurrentemente con el TD, la persistencia de éste último es mayor. Por eso, se considera importante estudiar su co-ocurrencia. El caso del TND está menos estudiado pero se ha sugerido que está fuertemente vinculado con el TD. Igualmente, hasta el

presente no hay muchos datos sobre la asociación del TDAH y el TDN en relación con comportamiento antisocial (Lahey y Loeber, 1997). Aunque hay quienes afirman que los niños que muestran TND y TDAH parecen estar en un más elevado riesgo de desarrollar comportamiento antisocial grave que los que presentan una sola categoría diagnóstica (Walker, Lahey, Hynd y Frame, 1987).

Pero a pesar de lo anterior, no hay que olvidar que la interpretación de los resultados puede ser un hecho controvertido. Las razones que obligan a ser críticos van diversos caminos. Entre otras, los cambios en las definiciones de las categorías diagnósticas, como es el caso del DSM, se dejan sentir en este aspecto que se está mencionando como en otros relativos al TND, porque aunque se hallan mantenido características esenciales en las distintas versiones no así ha sido con otros criterios (Atkins y McKay, 1996). Este es un problema de un procedimiento de diagnóstico *politético* -aquel en el que existen distintos marcadores para identificar un trastorno pero que para hacer el diagnóstico tan solo se requiere la presencia de parte de los criterios de identificación<sup>1</sup> (Pelechano, 2000)-. Además, se encuentra el hecho de que muchos autores optan por utilizar constructos dimensionales (agresión, delincuencia e hiperactividad). Por otro lado, está la variedad de instrumentos de evaluación empleados. También hay que tener presente si las investigaciones se han centrado básicamente en varones y habría que contemplar otros contextos y grupos étnicos, si las muestras están basadas en la población o son de extracción clínica, si los estudios son transversales o longitudinales. Sobre estos particulares, Lahey y Loeber (1997) proponen que de cara al futuro, los trabajos deberían incluir un mayor número de casos femeninos, cubrir más la duración de la vida, especialmente el período preescolar, emplear preferentemente estudios longitudinales y utilizar muestras de la población general, más que clínicas.

De todas formas, para tratar de explicar esa supuesta continuidad se han desarrollado algunas propuestas. Para Patterson, DeBaryshe y Ramsey (1989) algunos sujetos comienzan



temprano, en los años preescolares y escolares iniciales, con la aparición de trastornos negativistas y progresarían hacia síntomas agresivos y no agresivos (ej., mentiras, robos) de trastornos de conducta y en la adolescencia tendrían síntomas más graves (ej., violencia interpersonal y violaciones de la propiedad). Otros los tardíos, empezarían en la adolescencia, después de unos antecedentes sociales y comportamentales normales. Parece ser que el pronóstico de estos últimos sujetos es más favorable. Los adolescentes con más probabilidad de ser antisociales de forma crónica son los que evidenciaron síntomas de TND en los años preescolares.

Webster-Stratton (1993) recuerda que no todos los niños con TND llegan a tener TD y que no todos los que se etiquetan con TD se hacen adultos antisociales. Menciona como factores de riesgo para la progresión hacia el comportamiento antisocial los siguientes: (a) edad de comienzo temprana (años preescolares), (b) extensión de la desviación (a través de múltiples contextos, tales como el hogar y la escuela), (c) frecuencia, intensidad y cronicidad del comportamiento antisocial, (d) diversidad del comportamiento antisocial (varios problemas versus pocos) y comportamientos encubiertos en las edades tempranas (robar, mentir, prender fuego), y (e) características familiares y del padre.

## **PROGRAMAS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN**

En la actualidad el tratamiento de este trastorno se desarrolla en dos direcciones atendiendo a las distintas partes afectadas, el niño que presenta conductas de oposición, desobediencia y negativismo y los padres que desde el principio tratan de afrontar estas alteraciones del comportamiento de ahí que el entrenamiento de padres por un lado y las intervenciones centradas en el propio niño afectado por otro, constituyan las iniciativas terapéuticas emprendidas desde el ámbito de la Psicología para resolver este trastorno. Ambas alternativas, complementarias, nunca excluyentes, convergen en cuanto a los fines últimos si bien difieren, como podemos observar en la

---

<sup>1</sup> Pelechano (2000) cita como Clarkin *et al.* (1983) advierten que se dan 93 formas distintas de diagnosticar un trastorno límite con el DSM-III-R y a Widiger (1993) que ha diferenciado hasta 149.495.616 maneras diferentes de poder recibir

Tabla 1, tanto en los destinatarios, objetivos específicos y áreas de intervención como en las técnicas empleadas para obtener los resultados esperados. Los programas de entrenamiento de padres tienen como destinatarios los adultos que aprenden habilidades y tácticas conductuales para manejar con éxito el comportamiento de sus hijos en casa y en situaciones públicas. En estos enfoques la actuación sobre el niño pasa a segundo plano, beneficiándose éste del aprendizaje que han recibido sus padres. Desde la perspectiva tradicional, centrada en los problemas que presenta el paciente, se lleva a cabo la intervención directamente en el propio afectado a través de los programas de entrenamiento en habilidades cognitivas que requieren implicación activa del terapeuta previamente entrenado en su administración.

Tabla.1: Tratamiento del Trastorno por Negativismo Desafiante

<b>Destinatarios</b>	<b>Áreas de Intervención</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas empleadas</b>
<b>Padres</b>	Relaciones familiares	Modificar las interacciones coercitivas padres-hijos	Técnicas Operantes
<b>Niño con Trastorno Negativista Desafiante</b>	Funcionamiento individual	Incrementar habilidades, estrategias de autocontrol	Técnicas Cognitivas

Si bien es sabido que el tratamiento de los distintos trastornos infantiles requiere contar con la implicación activa de los padres y adultos significativos del niño esta participación cobra especial relieve y significación respecto a este trastorno, en relación al cual la formación y entrenamiento de padres constituye una de las opciones de intervención más eficaces y consolidadas e investigadas en este ámbito (Kazdin, 1997). Algunas de las razones que explican el papel desempeñado por los adultos tienen que ver con la naturaleza y calidad de las interacciones que mantienen padres e hijos y con las experiencias de solución, habitualmente fallidas, que los progenitores han adoptado respecto a los problemas de conducta que muestran sus hijos. Cuestiones a las se añaden las

evidencias científicas que han puesto de manifiesto cómo el entrenamiento y formación de padres en habilidades y pautas de conductas eficaces reduce la oposición, el desafío y la agresividad de los niños con estos trastornos al tiempo que mejora el comportamiento de los padres y se atenúa el estrés que éstos sufren (Danforth, 1999). Cabe añadir al respecto que las prácticas de crianza adoptadas y las habilidades conductuales que los padres manifiestan están estrechamente relacionadas con la génesis y mantenimiento de los comportamientos desafiantes, de negativismo y desobediencia que caracterizan a estos niños. En este sentido se han mostrado especialmente relevantes los métodos coercitivos y hostiles que adoptan los progenitores cuando éstos no van seguidos de supervisión y seguimiento del comportamiento infantil en relación al cual se ponen en práctica, así como las actuaciones paternas en las que apenas se observa constancia y regularidad. Sin olvidar, asimismo, el desequilibrio, frecuentemente constatado en las interacciones familiares, entre la atención que los progenitores proporcionan a los comportamientos infantiles problemáticos en comparación con el escaso interés y atención que dispensan hacia las conductas adaptadas y positivas de sus hijos.

La implicación activa de los padres en el tratamiento encuentra amplia justificación al considerar que los intentos de solución adoptados antes de solicitar ayuda profesional e incluso antes de que otros adultos, profesores, tutores, etc. detecten los comportamientos alterados de los niños, no sólo no han producido los efectos deseados sino que han dado lugar a pautas de interacción anómalas, difíciles de alterar sin la participación de las personas implicadas. Así pues, dado que la naturaleza problemática y anómala de las interacciones padres-hijos constituyen el origen de la consulta clínica en estos casos, el terapeuta ha de adoptar iniciativas encaminadas a reestructurar dichas pautas a partir del papel que desempeñan en las mismas los adultos..

#### **a. Programas de Entrenamiento de Padres**

Teniendo en cuenta estas premisas previas, el tratamiento de este trastorno viene desarrollándose en los últimos años a través de programas de entrenamiento de padres, que sin obviar las cuestiones específicas que les caracterizan en cuanto a secuencia de las sesiones y estructura, comparten numerosos aspectos de interés. Se trata de: (Larroy y De la Puente, 1998; Luiselli, 2002): *a)* En general pretenden modificar las pautas habituales que marcan las interacciones familiares y fomentar en su lugar la adquisición de habilidades que favorezcan relaciones más adaptadas, *b)* La intervención del experto está focalizada en los adultos tratando de modificar pautas de comportamiento anómalas que éstos adoptan referidas a la atención discriminada hacia los comportamientos disruptivos del niño, empleo extensivo de procedimientos coercitivos y hostiles para controlar dichos comportamientos, adopción de normas inconsistentes respecto a las conductas del menor, etc. En su lugar, se hace especial hincapié en la necesidad de poner en práctica habilidades eficaces relacionadas con atender a las señales que marcan el inicio del comportamiento anómalo del niño, apoyar y prestar atención a sus comportamientos adaptados y dar instrucciones eficaces, *c)* Los padres reciben, por un lado, información sobre los principios de aprendizaje que regulan el comportamiento infantil y, por otro, entrenamiento específico en habilidades de observación y seguimiento de la conducta del niño, en dar órdenes eficaces, establecer límites, y poner en práctica procedimientos para apoyar los comportamientos adaptados y eliminar las conductas problemáticas, *d)* El experto encargado de llevar a cabo el entrenamiento emplea, entre otros procedimientos, técnicas de modelado, ensayos conductuales, reforzamiento y asignación de tareas para casa con el propósito de los objetivos antes mencionados.

Dos de los programas de entrenamiento habitualmente empleados en este ámbito han sido desarrollados por Forehand y McMahon (1981) y Barkley (1997) respectivamente. Ambas propuestas hacen hincapié en el control de la desobediencia y en el incumplimiento por parte de los niños de las instrucciones parentales. Otras iniciativas planteadas con similares objetivos han sido formuladas por Eyberg, Boggs y Algina, (1995) y Sanders, (2002).

El programa de Forehand y McMahon (1981) está indicado para padres con hijos entre 3 y 8 años que suelen mostrar desobediencia. Sus objetivos básicos se dirigen a modificar adaptativamente las interacciones anómalas que mantienen padres-hijos, incrementar las habilidades conductuales de los padres relacionadas con el manejo apropiado del comportamiento de sus hijos y reducir los problemas de conducta que presentan los niños, especialmente, la desobediencia, objetivo prioritario del programa de entrenamiento.

Este programa, pensado originalmente para un formato de entrenamiento individual en contextos de consultas y clínicas, se desarrolla en sesiones que tienen una duración aproximada entre 60 y 90 minutos prolongándose su ejecución, como promedio, en torno a 10 sesiones. Entre los componentes destacados se incluyen explicaciones didácticas, modelado, role play, interacción con el niño en el contexto de entrenamiento, supervisión y tareas para casa. Como podemos observar (Tabla 2) se diferencian dos fases, *Atención Diferencial* y *Entrenamiento en el Cumplimiento de Órdenes*, respectivamente. La primera etapa se centra en enseñar a los padres a prestar atención a la conducta del niño, describirla y eliminar las órdenes y preguntas. A continuación los adultos aprenden a emplear las recompensas verbales y físicas para apoyar los comportamientos adaptados, especialmente la obediencia y a ignorar la desobediencia y otros comportamientos desadaptados. En la segunda etapa, los padres son instruidos en dar órdenes eficaces y administrar consecuencias que estarán en función del seguimiento o incumplimiento que realice el niño de las instrucciones previamente dadas. Las sesiones programadas se desarrollan siguiendo un modelo común tal como se expone en la Tabla 2.

Tabla 2: Estructura del Programa de Entrenamiento de Padres de Forehand y McMahon (1981)

Fases	Atención Diferencial Entrenamiento en Cumplimiento de órdenes
<b>Estructura de las</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explicación a los padres del procedimiento y de la habilidad que han de aprender</li> <li>2. Participación activa del terapeuta: Ensayo de la habilidad a través de la representación de papeles</li> <li>3. Ensayo conductual: padre/madre ensayan la habilidad mientras el terapeuta representa el papel del niño</li> </ol>

**sesiones**

4. Participación del niño. Explicación previa del procedimiento.
5. Ensayo del padre/madre con el niño directamente en el contexto de entrenamiento. Terapeuta supervisa y refuerza la ejecución apropiada
6. Ensayo del padre/madre con el niño sin la supervisión y refuerzo del terapeuta
7. Asignación de tareas para casa

En estrecha relación con este programa Forehand y Long (1996) subrayan algunas indicaciones prácticas de utilidad para los padres con hijos diagnosticados con el trastorno por negativismo desafiante. En síntesis los autores recomiendan: 1) utilizar la atención diferencial, 2) emplear recompensas para favorecer la obediencia y otras conductas adaptadas, 3) ignorar las conductas problemáticas, 4) proporcionar modelos e indicaciones de actuación efectivos, 4) utilizar el tiempo fuera para disminuir conductas desadaptadas e 5) integrar las nuevas habilidades aprendidas en un plan de seguimiento negociado con su hijo.

Por su parte, el Programa de Entrenamiento de Barkley (1997) para padres de niños entre 2 y 11 años que no presentan comportamientos agresivos se desarrolla a lo largo de 10 sesiones en las que se proponen diversas técnicas para el control del comportamiento infantil. Los planteamientos conceptuales que subyacen a esta propuesta hacen referencia básicamente a las siguientes cuestiones: 1) énfasis en el manejo y control conductual a partir de las consecuencias, 2) insistencia en proporcionar consecuencias reforzantes y evitar el empleo extensivo de castigos para manejar el comportamiento de los niños, 3) énfasis en el aprendizaje por parte de los padres de habilidades para administrar recompensas, dar órdenes eficaces, anticipar posibles situaciones conflictivas y planificar la manera más eficaz para afrontarlas, 4) necesidad de practicar las habilidades en casa y adaptar el contenido del programa a las peculiaridades de los padres y de los problemas infantiles específicamente considerados.

En general, este programa de entrenamiento pretende alcanzar, según su autor (Barkley, 1999), entre otros, los siguientes efectos: a) Fortalecer y apoyar las interacciones padres-hijos en base a la cooperación y el aprecio mutuo, b) Disminuir los conflictos familiares cotidianos e c)

Incrementar los comportamientos adaptados del niño y reducir las conductas de desobediencia, desafío y negativismo características. Si bien estos objetivos son compartidos por buena parte de las propuestas desarrolladas para formar a los padres con hijos que presentan alteraciones del comportamiento cabe destacar a propósito del programa de Barkley (1997), de acuerdo con Koch y Gross (2002), algunas cuestiones de interés: a) es el resultado de una amplia experiencia investigadora y clínica en el ámbito de los trastornos disociales, b) se basa, asimismo, en el aprendizaje por parte de los padres de distintos procedimientos para recompensar o castigar el comportamiento del niño encaminados al manejo de este comportamiento primero en casa y después en situaciones y lugares públicos e c) incluye material adicional con indicaciones prácticas de actuación, ejercicios y tareas específicas según el contenido de cada una de las sesiones, traducido por Bauermeister, Salas-Serrano, Matos, Reina y Avila-López (1997) (Tabla 4) que se les entrega a los padres para facilitar la aplicación de las habilidades conductuales adquiridas en las sesiones programadas y consolidar asimismo el aprendizaje de las mismas.

Como podemos observar (Tabla 3) este programa va destinado a padres que además de tener hijos con alteraciones del comportamiento compartidas por los trastornos del comportamiento perturbador gozan de cierta estabilidad personal y familiar y están de acuerdo con los planteamientos subyacentes del aprendizaje. En cuanto a los terapeutas encargados de llevarlo a cabo, cabe señalar que su autor hace especial hincapié en la exigencia de cierta experiencia profesional en el tratamiento de los trastornos para los que se indica el programa. Añadir, asimismo, que el entrenamiento progresa en sesiones de dos horas que comparten un formato común, comenzando en todos los casos por la revisión de las tareas para casa propuestas en la sesión anterior y concluyendo con el planteamiento de nuevas tareas y actividades según el contenido y las habilidades aprendidas.

La intervención se inicia con una primera fase de conceptualización y explicación de las causas del trastorno y tras enseñar a los padres a prestar atención y emplear procedimientos para

apoyar comportamientos adaptados y eliminar conductas desadaptadas, se dedican nuevas sesiones a anticipar y resolver posibles problemas de comportamiento en el futuro así como a mejorar la conducta del niño en el colegio. Finalmente, se destina una última sesión a consolidar los aprendizajes anteriores (Tabla 4).

Tabla 3. Destinatarios y condiciones de aplicación del programa de entrenamiento de padres Barkley (1997, 1999)

<b>Destinatarios</b>	Padres con niños entre 2-11 años con trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno disocial. Preferentemente con mínimos problemas personales y familiares. Padres preparados para adherirse a los principios conductuales que rigen el programa.
<b>Terapeutas</b>	Clínicos expertos en los trastornos que cursan con comportamientos de desobediencia, incumplimiento de normas, desafío y en su tratamiento.
<b>Condiciones aplicación</b>	Sesiones semanales de, aproximadamente, 2h. de duración Desarrollo preferentemente en consultas, clínicas, etc. Se recomienda su aplicación en formato grupal. Estructura de las sesiones: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisión de las tareas para casa correspondientes a la sesión anterior</li> <li>2. Exposición y alternativas de solución de las dificultades encontradas por los padres para ejecutar las tareas anteriores</li> <li>3. Presentación y discusión de las nuevas habilidades y métodos que han de aprender los padres</li> <li>4. Exposición de las tareas para casa correspondientes a la sesión actual</li> <li>5. Anticipación de posibles obstáculos</li> </ol>

Tabla 4. Estructura y contenido del programa de entrenamiento de padres con niños desafiantes y opositoristas de Barkley (1997)

<b>Fase</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Material para padres</b>
<b>Explicar, comprender las causas de las conductas anómalas</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abordar con los padres las causas de las comportamientos desafiantes infantiles.</li> <li>2. Identificación de estas causas en la propia familia</li> <li>3. Asumir la necesidad de considerar estas causas en el inicio de la intervención</li> </ol>	Cuestionario sobre perfiles de las características del padre y niño.  Inventario de problemas familiares  Esquema explicativo de la interacción oposicional desafiante.
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aprender <i>cuándo</i> es adecuado</li> </ol>	Normas específicas y detalladas de



<b>Aprender a prestar atención a las conductas apropiadas</b>	prestar atención 2. Aprender a <i>cómo</i> dispensar atención	actuación según los objetivos de la sesión. Ejemplos de reforzadores verbales y no verbales.
<b>Incrementar la obediencia, el juego independiente y dar órdenes eficaces</b>	1. Emplear la atención para fomentar la obediencia y el juego independiente. 2. Cambiar la forma de dar órdenes. Favorecer la aceptación por parte del niño de las instrucciones paternas.	Material didáctico con indicaciones específicas para: 1. Prestar atención cuando el niño obedece. Atender al juego independiente. 2. Dar órdenes efectivas
<b>Aplicar un sistema de economía de fichas en el hogar</b>	Emplear incentivos más poderosos que los elogios para motivar al niño a seguir las instrucciones de los padres y cumplir las normas establecidas en casa.	Material que incluye explicaciones e indicaciones prácticas para llevar a cabo: 1. Programa de fichas para el hogar (niños 4-7 años) 2. Programa de puntos para el hogar (niños de 8 años en adelante).
<b>Aplicación de tiempo fuera</b>	Introducción del castigo en el programa. Reducir mediante un periodo de castigo contingente en casa las conductas negativas, desafiantes y de desobediencia.	Hoja explicativa con indicaciones para poner en práctica el tiempo fuera y resolver dudas sobre duración de éste, interrupción injustificada y condiciones de aplicación.
<b>Anticipar problemas y manejar el comportamiento infantil en lugares públicos</b>	Reducir las conductas negativas, desafiantes, etc, fuera de casa mediante un plan de actuación que incluye: a) Establecer previamente reglas de comportamiento b) delimitar incentivos por cumplimiento c) delimitar castigo por desobediencia.	Material didáctico que incluye: ? Contenido del plan de actuación previo en situaciones públicas: ? Indicaciones correctas de actuación en tiendas, restaurantes, etc. ? Alternativas al tiempo fuera en lugares públicos
<b>Mejorar el comportamiento del niño en el colegio</b>	Utilizar el informe diario del comportamiento del niño en el colegio proporcionado por el profesor para otorgar o eliminar los incentivos empleados en casa.	Material didáctico explicativo sobre la utilidad y ventajas de las tarjetas con el informe diario de la conducta escolar. Modelo de tarjeta de informe diario para la conducta escolar
<b>Cómo manejar problemas futuros de comportamiento</b>	Evaluación de las habilidades adquiridas por los padres. Anticipación y modo de resolver posibles problemas de comportamiento en el futuro. Preparación para finalizar el programa.	Hoja con indicaciones precisas de actuación en caso de nuevos problemas de conducta
<b>Sesión de apoyo al</b>	Consolidación de las habilidades aprendidas por los padres.	

<b>programa de entrenamiento</b>	Revisión de los métodos empleados y de los obstáculos encontrados un mes después de concluir el entrenamiento
----------------------------------	---

Con independencia del programa de entrenamiento seleccionado en cada caso, el trabajo con los padres requiere, de acuerdo con Luciano y Gómez (1998), la adopción por parte del terapeuta de ciertas iniciativas y directrices que, en síntesis, quedan recogidas en la Tabla 5

Tabla 5. Indicaciones y pautas de actuación a seguir en el trabajo con los padres (Luciano y Gómez, (1998))

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los padres han de obtener contingencias positivas en la interacción y trabajo con sus hijos</li> <li>2. Las pautas e indicaciones terapéuticas que los adultos han de adoptar no deben representar una alteración significativa en su rutina y vida diaria</li> <li>3. Elegir objetivos y conductas que, a los padres, resulten relevantes para modificar en el contexto familiar.</li> <li>4. Programar la intervención con objetivos que permitan la acción eficaz de los padres respecto al comportamiento de sus hijos.</li> <li>5. Disponer las condiciones para facilitar la actuación de los padres, apoyar sus esfuerzos y reconocer los logros que alcanzan sus hijos.</li> <li>6. Asegurar que otras personas significativas del niño valoren los cambios que están logrando en su comportamiento.</li> <li>7. Adaptar el contenido de las tareas, iniciativas y actividades encomendadas a los padres. Procurar que o bien solos o con ayuda sean ellos quienes establezcan las pautas y directrices a seguir.</li> </ol>
--

Los padres, por su parte, para manejar con éxito el comportamiento alterado de su hijos debieran adoptar asimismo ciertas reglas de actuación que, en opinión de Larroy y de la Puente (1995), se concretan en: *a)* ser perseverante y constante en sus actuaciones, *b)* reforzar consistentemente las conductas adaptadas de los niños, *c)* no alterar las contingencias que siguen a las conductas, *d)* establecer hábitos rutinarios, *e)* emplear instrucciones precisas, concretas e *f)* implicar a las personas significativas en la intervención.

#### **b. Intervención centrada en el niño afectado**

Las iniciativas terapéuticas emprendidas para tratar al propio niño diagnosticado con este trastorno se desarrollan a través de programas de entrenamiento en habilidades cognitivas. De este modo se diseñan actuaciones sensibles a la influencia que los procesos cognitivos, atribuciones, percepciones de las experiencias vitales, habilidades de solución de problemas y estrategias afrontamiento a situaciones difíciles desempeñan en la existencia y mantenimiento de las alteraciones conductuales que presentan los niños con trastornos de conducta. Las distorsiones y déficit cognitivos constituyen el objetivo de estos programas de entrenamiento que pretenden desarrollar en los niños habilidades cognitivas de solución de problemas y de afrontamiento a situaciones problemáticas a partir de ciertos aspectos comunes (Kazdin, 1993; Luiselli, 2002), entre ellos, cabe mencionar los siguientes: *a)* Hacen hincapié en el análisis de las percepciones y atribuciones que el niño realiza de las experiencias vitales. Es decir, la intervención cognitiva se orienta inicialmente hacia el modo cómo el menor conceptualiza las situaciones difíciles, en este sentido el interés no radica en los comportamientos específicos que muestra el niño, la atención se dirige más bien hacia los procesos cognitivos que median tales comportamientos, *b)* Sus objetivos se concretan en modificar el modo de pensar de los niños sobre estas situaciones y enseñarles al mismo tiempo una estrategia eficaz para afrontarlas en el futuro con éxito. Se trata de una estrategia de solución de problemas que los niños ensayan primero en relación a problemas académicos y juegos y más tarde respecto a dificultades de la vida real, problemas personales e interpersonales, *c)* Estos programas comparten una estructura básica, de aplicación individual o en pequeños grupos, *d)* Se desarrollan fundamentalmente en base a modelado, ensayos conductuales, role play, técnicas operantes, *e)* A lo largo de su ejecución el terapeuta desempeña un papel muy activo. En síntesis el experto se encarga de modelar las instrucciones verbales que han de guiar el comportamiento adaptado y las habilidades de solución de problemas al tiempo que proporciona refuerzos y apoyo contingentes con el desempeño adaptado del niño.

Entre los programas diseñados para entrenar en habilidades cognitivas a niños con problemas de oposición, agresividad y negativismo cabe mencionar el propuesto por Kazdin (1995) dirigido a enseñar a chicos entre 7-13 años una estrategia de solución de problemas mediante el uso de autoinstrucciones verbales. Este programa ha sido adaptado por Lora y Moreno (2001) para enseñar habilidades cognitivas a niños hiperactivos.

Se trata de un programa de entrenamiento que se desarrolla en sesiones semanales de duración aproximada entre 40-50 minutos y en el que se emplean cinco autoinstrucciones verbales correspondientes a cada uno de los cinco pasos que integran la estrategia de solución de problemas. En este caso la correspondencia entre afirmación verbal y etapa de la solución de problemas es la siguiente:

- 1) Definición del problema / ¿Qué se supone que he de hacer?
- 2) Aproximación al problema / Tengo que examinar todas mis posibilidades
- 3) Prestar atención/ Conviene que me concentre y preste atención
- 4) Tomar una decisión sobre la respuesta / Tengo que elegir
- 5) Autorreforzamiento, verbalización de afrontamiento / Lo he hecho bien o, vaya, lo he hecho mal. Debo ir mas despacio y concentrarme.

Tal como se indica en la Tabla 6, el trabajo se inicia con un doble objetivo, motivar e implicar al niño y explicar el contenido del entrenamiento, la estrategia de solución de problemas y los procedimientos que se emplearán. Hasta la sesión cinco se ensaya la estrategia de solución de problemas en tareas simples y actividades lúdicas, A partir de esta sesión se practican los pasos aprendidos en situaciones sociales difíciles para el niño, primero hipotéticas y después reales. En las primeras sesiones para apoyar y facilitar el aprendizaje de las habilidades cognitivas se emplean tarjetas en las que se presentan las situaciones problemáticas y los pasos de la solución de problemas junto con un dibujo.

El entrenamiento se desarrolla fundamentalmente a través de modelado, instrucciones verbales, representación de papeles, procedimiento que cobra auge a partir de la sesión séptima en la que se representa el papel del niño en interacciones conflictivas con otros niños, junto con reforzamiento, verbal y social, economía de fichas y coste de respuesta. Otro de los aspectos destacados y valorados en este programa es la realización por parte del niño, al final de cada sesión, de una autoevaluación respecto a su ejecución. (*Cómo lo hice hoy*). A partir de una escala con tres opciones (No muy bien, Bien, Genial) el niño evalúa su actuación, si ésta coincide con la efectuada por el terapeuta en relación a esa sesión, el paciente obtiene una ficha extra, reforzando de este modo la realización de autoevaluaciones precisas.

El papel del terapeuta durante el entrenamiento es activo, especialmente en las primeras sesiones, si bien su implicación se reduce considerable cuando el niño ha aprendido las habilidades de solución de problemas ya planteadas. Las funciones del experto durante el entrenamiento pueden concretarse en los siguientes aspectos: modela cada paso de la estrategia de solución de problemas y el empleo de las autoinstrucciones correspondientes, ayuda al niño mediante instrucciones a perfeccionar las habilidades adquiridas, posteriormente se retira y apoya las ejecuciones del paciente. Hemos de añadir asimismo que los terapeutas encargados de llevar a la práctica este tratamiento además, de formación en el ámbito de salud mental y de experiencia práctica en la administración de tratamientos infantiles y su interacción con familias/niños, reciben un entrenamiento específico que se prolonga entre 6 y 12 meses.

Cabe mencionar, como otro de los aspectos destacados del programa propuesto por Kazdin (1995) la inclusión del procedimiento conocido como *práctica en vivo*. Con el objetivo de consolidar y generalizar las habilidades cognitivas aprendidas durante el entrenamiento se programa la aplicación de los pasos de solución de problemas en situaciones interpersonales problemáticas para el niño tratado, que aumentan progresivamente en complejidad y acontecen en la vida diaria

cotidiana. La ejecución del paciente en estos momentos es guiada y apoyada por el terapeuta, sus padres y otras personas significativas.

Tabla. 6: Síntesis del Entrenamiento en Habilidades en Solución de Problemas para niños con trastornos de conducta (Kazdin, 1995, 1996)

Sesiones	Objetivos/Contenido
1	Objetivos: Introducir y motivar al niño en el tratamiento. Explicación/Descripción de la estrategia de solución de problemas y los procedimientos que se emplearán, economía de fichas, reforzamiento, coste de respuesta, etc. Explicación del procedimiento de autoevaluación
2 y 3	Modelado por parte del terapeuta de los pasos de solución de problemas. Empleo de las autoinstrucciones correspondientes a cada paso Ejecución de tareas simples, no relacionadas con el problema de conducta que motiva el tratamiento. Objetivos: Entrenar y familiarizar al niño en tareas que resultan atractivas para el niño El terapeuta se equivoca intencionadamente y modela la estrategia correctora en estas situaciones.
4	Práctica de la estrategia de solución de problemas y autoverbalizaciones en situación de juego. Objetivos: motivar al niño a utilizar la estrategia mediante el desarrollo de una actividad lúdica y atractiva. Empleo del coste de respuesta
5	Objetivo: practicar los pasos de la solución de problemas en situaciones interpersonales difíciles, relacionadas con el trastorno.
6	Exposición de hipotéticas situaciones interpersonales conflictivas y planteamiento por parte del niño de posibles soluciones, analizando las consecuencias probables asociadas a cada una de ellas.
7-19	Práctica repetida de la estrategia de solución de problemas para afrontar adaptativamente distintos problemas o situaciones interpersonales problemáticas para el niño. Distribución de cada una de estas sesiones según las situaciones reales (planteadas por el niño) e hipotéticas (formuladas por el terapeuta) en las que tienen lugar interacciones sociales problemáticas entre el niño y las personas significativas de su ambiente familiar, escolar y social (padres, hermanos, compañeros, profesores, etc.). Role play. Reforzamiento.
	Programar el final de la terapia. Resolver dudas y anticipar posibles problemas y obstáculos.

**20** | Role play con inversión de papeles niño/terapeuta

Añadir, para finalizar, que es frecuente que el tratamiento de los niños con trastorno por negativismo desafiante se lleve a cabo cuando las interacciones familiares se encuentran seriamente afectadas debido a la historia, amplitud y severidad de los comportamientos desadaptados del niño y a los ingentes esfuerzos e iniciativas, con frecuencia fallidas, que los padres han adoptado para tratar de abordar y resolver eficazmente estos problemas. No cabe duda que en estos casos se hace urgente una intervención intensiva, prolongada en el tiempo y extensiva en cuanto a las actuaciones emprendidas y a las personas implicadas. Se trata, en definitiva, de llevar a la práctica un programa terapéutico que por su naturaleza y condiciones de aplicación exige la programación de medidas para asegurar la adherencia a las prescripciones terapéutica y asegurar la consolidación de la mejoría apreciada tanto en los padres que han recibido entrenamiento como en el niño tratado y requiere la intervención de expertos que previamente han recibido formación especializada.

Por otro lado, los tratamientos conductuales-cognitivos aplicados en este trastorno no son ajenos a la preocupación actual por determinar la eficacia terapéutica que, en este caso, se ve reflejada en el interés por determinar los criterios de éxito terapéutico, los componentes críticos de los programas terapéuticos empleados, los parámetros y variables implicadas en los resultados terapéuticos y la eficacia comparada entre las dos alternativas de intervención mencionadas, Entrenamiento de padres y Entrenamiento del niño en habilidades cognitivas. En este sentido, Kazdin y Wassell (1999, 2000) analizaron los resultados observados en 250 niños con edades entre 2-14 años con comportamientos de oposición, desafío, agresividad y conductas antisociales y sus familias que habían sido tratados mediante terapia de solución de problemas, entrenamiento de

padres o combinando ambas alternativas. Los resultados de los tratamientos fueron evaluados considerando los cambios apreciados en el comportamiento del niño, el control de los múltiples síntomas característicos, así como el comportamiento y estrés experimentado por los padres y el funcionamiento familiar, tomando como referencia en este caso las relaciones entre los miembros de la familia, el apoyo y satisfacción marital entre otros indicadores. Algunas de las conclusiones obtenidas al respecto indicaban lo siguiente: a) el niño tratado, los padres y el funcionamiento familiar en general mejoraron significativamente durante el curso del tratamiento, b) respecto al alcance de los cambios, se apreciaron amplios cambios para los niños y pequeñas mejoras en los padres y en el funcionamiento familiar, c) los cambios en el niño, sus padres y funcionamiento familiar correlacionaban significativamente, d) las desventajas socioeconómicas, la severidad del trastorno del niño y las limitaciones/obstáculos percibidos durante el tratamiento predecían el cambio terapéutico.

Indicar respecto a los criterios empleados para evaluar el éxito de la intervención que en este trastorno la reducción de los síntomas característicos por sí solo resulta claramente insuficiente. Aún cuando sea posible constatar mejoría en la aceptación de órdenes y en la disminución de comportamientos de desafío y oposición aún cabe preguntarse si estos cambios aproximan el comportamiento del niño a los parámetros normativos propios de su edad y sexo. De ahí que sea necesario ampliar los parámetros consensuados para juzgar los resultados terapéuticos y considerar asimismo el grado y magnitud de los cambios originados.

Finalmente consignar que las perspectivas de investigación y avance terapéutico en el trastorno negativista desafiante, sin olvidar los trabajos futuros en el terreno de la eficacia comparada, señalan distintos caminos y vías de desarrollo que tienen que ver fundamentalmente con la previsible expansión de los programas terapéuticos para abordar las alteraciones del comportamiento que se observan con preocupación asociadas a otros trastornos infantiles así como,



la mejora y perfeccionamiento de las cuestiones técnicas implicadas en los programas de entrenamiento de padres y en las intervenciones cognitivas en los niños afectados.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson, S.A., 2002.
- Anderson, J., Williams, S., McGee, R. y Silva, P. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1, 69-76.
- Angold, A. y Costello, E. J. (1996). Toward establishing an empirical basis for the diagnosis of oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 9, 1205-1212.
- Angold, A. y Costello, E. J. (2000). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1, 39-48.
- Angold, A., Costello, E. J. y Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 1, 57-87.
- Atkins, M. S. y McKay, M. M. (1996). DSM-IV diagnosis of conduct disorder and oppositional defiant disorder: Implications and guidelines for school mental health teams. *School Psychology Review*, 25, 3, 274-283.
- Barkley, R. A. (1997). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training* (2ª edic.) Nueva York. Guilford Press.
- Bauermeister, J. J., Salas-Serrano, C., Matos, M., Reina, G. y Avila-López, D. (1997). *Niños desafiantes. Materiales de evaluación y folletos para los padres*. Nueva York. Guilford Press.
- Bird, H. R., Canino, G. J., Davies, M., Zhang, H., Ramírez, R. y Lahey, B. B. (2001). Prevalence and correlates of antisocial behaviors among three ethnic groups. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 6, 465-478.
- Boyle, M. H., Offord, D. R., Racine, Y., Szatmari, P., Fleming, J. y Sanford, M. (1996). Identifying thresholds for classifying psychiatric disorder: Issues and prospects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 11, 1440-1448.

- Burns, G. L. y Patterson, D. R. (2000). Factor structure of the Eyberg Child Behavior Inventory: A parent rating scale of oppositional defiant behavior toward adults, inattentive behavior, and conduct problem behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 4, 569-577.
- Burt, S. A., Krueger, R. F., McGue, M., Iacono, W. G. (2001). Sources of covariation among attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: The importance of shared environment. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 4, 516-525,
- Clarkin, J. F. et al. (1983). Prototypic typology and the Borderline Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 3, 263-275.
- Cohen, P., Cohen, J. y Brook, J. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence, II: Persistence of disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 6, 869-877.
- Coie, J. D., Lochman, J. E., Terry, R. y Hyman, C. (1992). Predicting early adolescent disorder from childhood aggression and peer rejection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 5, 783-792.
- Coy, K. Speltz, M. L., DeKlyen, M. y Jones, K. (2001). Social-cognitive processes in preschool boys with and without oppositional defiant disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 2, 107-119.
- Christophesen, E. R. y Mortweet, S. L. (2001). *Treatment that work with children*. Washington. American Psychological Association.
- Danforth, J. S. (1999). The outcome of parent training using the Behavior Management Flow Chart with a mother and her twin boys with oppositional defiant disorder and attention-deficit hyperactivity disorder. *Child and Family Behavior Therapy*, 21, 59-80.
- Edwards, G., Barkley, R. A., Laneri, M., Fletcher, K. y Metevia, L. (2001). Parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 6, 557-552.
- Ernst, M., Cookus, B. A. y Moravec, B. C. (2000). Pictorial Instrument for Children and Adolescents (PICA-III-R). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1, 94-99.
- Eyberg, S. M., Boggs, S. R. y Algina, J. (1995). New developments in psychosocial, pharmacological and combined treatments of conduct disorders in aggressive children. *Psychopharmacology Bulletin*, 31, 83-911.
- Ezpeleta, L., Keeler, G., Erkandi, A., Costello, J. y Angold, A. (2001). Epidemiology of psychiatric disability in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 7, 901-914.
- Farrington, D. P., Loeber, R., Southamer-Loeber, M., Van Kammen, W. B. y Schmidt, L. (1996). Self-reported delinquency and a combined delinquency seriousness scale based on boys, mothers, and teachers: Concurrent and predictive validity for African-Americans and Caucasians. *Criminology*, 34, 4, 493-517.

Forehand, R. L. y Long, N. (1996). *Parenting the strong-willed child*. Chicago. Contemporary Books.

Forehand, R. L. y McMahon, R. J. (1981): *Helping the noncompliant child: A clinician's guide to parent training*. Nueva York. Guilford Press.

Grayson, P. y Carlson, G. A. (1991). The utility of DSM-III based checklist in screening child psychiatric patients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 4, 669-673.

Hartman, C. A., Hox, J., Mellengergh, G. J., Boyle, M. H., Offord, D. R., Racine, Y., McNamee, J., Gadow, K. D., Sprafkin, J., Kelly, K. L., Nolan, E. E., Tannock, R., Schachar, R., Schut, H., Postma, I., Drost, R. y Sergeant, J. A. (2001). DSM-IV internal construct validity: When a taxonomy meets data. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 6, 817-836.

Kadesjö, B. y Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of the Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42, 4, 487-492.

Kaplan, B. J., Dewey, D. M., Crawford, S. G. y Wilson, B. N. (2001). The term comorbidity is of questionable value in reference to developmental disorders: Data and theory. *Journal of Learning Disabilities*, 34, 6, 555-565.

Kazdin, A. (1993). Tratamientos conductuales y cognitivos de la conducta antisocial en niños: Avances de la investigación. *Psicología Conductual*, 1, 111-144.

Kazdin, A. (1995). Terapia de habilidades en solución de problemas para niños con trastornos de conducta. *Psicología Conductual*, 3, 231-250.

Kazdin, A. (1997). Parent management training: Evidence, outcomes, and issues. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1349-1356.

Kazdin, A. (1996). Problem solving and parent management in treating aggressive and antisocial behavior. En E. D. Hibbs y Jesen, P. S. (Eds.) *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. Washington. American Psychological Association.

Kazdin, A. y Wasell, G. (2000). Therapeutic changes in children, parents, and families resulting from treatment of children with conduct problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 414-420.

Kazdin, A. y Wassel, G. (1999). Barriers to treatment participation and therapeutic change among children referred for conduct disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 160-172.

Koch, L. Y Gross, A. (2002). Características clínicas y tratamiento del trastorno disocial. En V. Caballo y M. A. Simón (Dir.) *Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*. Madrid. Pirámide.

Kronenberger, W. y Meyer, R. (1996). *The child clinician's handbook*. Boston: Allyn & Bacon.

Lahey, B. B., Waldman, I. D., McBurnett, K. (1999). The development of antisocial behavior: An integrative causal model. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, 5, 669-682.

Lahey, B. B. y Loeber, R. (1994). Framework for a developmental model of oppositional defiant disorder and conduct. En D. K. Routh (Ed.), *Disruptive behavior disorders in childhood* (págs. 139-180). Nueva York: Plenum Press.

Lahey, B. B. y Loeber, R. (1997). Attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, conduct disorder, and adult antisocial behavior: A life span perspective. En D. M. Stoff, J. Breiling y J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (págs. 51-59). Nueva York: John Wiley & Sons, Inc.

Lahey, B. B., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Christ, M. A. *et-al.* (1990). Comparison of DSM-III and DSM-III--R diagnoses for prepubertal children: Changes in prevalence and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 4, 620-626.

Lahey, B. B., Miller, T. L., Gordon, R. A. y Riley, A. W. (1999). Developmental epidemiology of the disruptive disorders. En H. C. Quay y A. Hogan (Eds.), *Handbook of the disruptive behavior disorders* (págs. 23-48). Nueva York: Plenum Press.

Larroy, C. y De la Puente, M. L. (1995). *El niño desobediente*. Madrid. Pirámide.

Larroy, C. y De la Puente, M. L. (1998). Trastornos de conducta en niños. En M. A. Vallejo (Dir.). *Manual de Terapia de Conducta*. Madrid. Dykinson.

Loeber, R. (1985). Patterns and development of antisocial child behavior. En G. J. Whitehurst (Ed.), *Annals of child development*. Vol. 2 (págs. 77-116). Nueva York: JAI Press.

Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review*, 10, 1, 1-41.

Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A. y Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 12, 1468-1484.

Loeber, R., Green, S. M., Lahey, B. B., Frick, P. J. y McBurnett, K. (2000). Findings on disruptive behavior disorders from the first decade of the Developmental Trends Study. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 1, 37-60.

Lora, J. A. y Moreno, G. I. (2001). Intervención multimodal en un caso de hiperactividad infantil: Contenido, resultados y dificultades del tratamiento. *Clínica y Salud*, 3, 405-427.

Luiselli, J. K. (2002). Características clínicas y tratamiento del trastorno desafiante por oposición. En V. Caballo y M. A. Simón (Dir.) *Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*. Madrid. Pirámide.

Mace, F. C., Lalli, J. S., Shea, M. C., Lalli, E. P., West, B. J., Roberts, M. y Nervin, J. A. (1990). The momentum of human behavior in a natural setting. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 54, 3, 163-172.

McClellan, J. M. y Werry, J. S. (2000). Research psychiatric diagnostic interviews for children and adolescents. Introduction II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1, 19-27.

Molina, B. S. G., Smith, B. H. y Pelham, W. E. (2001) Factor structure and criterion validity of secondary school teacher ratings of ADHD and ODD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 1, 71-82.

Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)*. Madrid: Meditor.

Patterson, G. R. (1982). *A social learning approach: III. Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.

Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D. y Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 2, 329-335.

Patterson, G. R., Reid, J. B. y Dishion, T. J. (1992). *A social learning approach: IV. Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.

Patterson, G., Chamberlain, P. y Reid, J. (1982). A comparative evaluation of a parent-training program. *Behavior Therapy*, 13, 5, 638-650.

Pelechano, V. (2000). La psicología de la personalidad de los «trastornos de personalidad». En V. Pelechano (Dir.), *Psicología sistemática de la personalidad* (págs. 711-754). Barcelona: Editorial Ariel, S.A.

Richman, N., Stevenson, L. y Graham, P. J. (1982). *Pre-school to school: A behavioural study*. Londres: Academic Press.

Rowe, R., Maughan, B., Pickles, A., Costello, A. J. y Angold, A. (2002). The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: Findings from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 3, 365-373.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.

Rutter, M., Tizard, J., Yule, W., Graham, P. y Whitmore, K. (1976). Research report: Isle of Wight studies. *Psychological Medicine*, 6, 2, 313-332.

Sanders, M. (2002). Una estrategia de intervención conductual familiar en niveles múltiples para la prevención y el tratamiento de los problemas de comportamiento infantiles. En V. Caballo y M. A. Simón (Dirs.) *Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*. Madrid. Pirámide.

Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C., Dulcan, M. K. y Schwab-Stone, M. E. (2000). Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1, 28-38.

Simmel, C., Brooks, D., Barth, R. P. y Hinshaw, S. P. (2001). Externalizing symptomatology among adoptive youth: Prevalence and preadoption risk factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 1, 57-69.

Souza, I., Serra, M. A., Mattos, P., Franco, V. A. (2001). Comorbidade em crianças e adolescentes com transtorno do deficit de atencao: Resultados preliminares. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 59 (2-B), 401-406.

Strand, P. S., Wahler, R. G. y Herring, M. (2000). Momentum in child compliance and opposition. *Journal of Child and Family Studies*, 9, 3, 363-375.

Tiet, Q. Q., Bird, H. R., Hoven, C. W., Moore, R., Wu, P., Wicks, J., Jensen, P. S., Goodman, S. y Cohen, P. (2001). Relationship between specific adverse life events and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 2, 153-164.

Valla, J. P., Bergeron, L. y Smolla, N. (2000). The Dominic-R: A pictorial interview for 6- to 11-year-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1, 85-93.

Walker, J. L., Lahey, B. B., Hynd, G. W. y Frame, C. L. (1987). Comparison of specific patterns of antisocial behavior in children with conduct disorder with or without coexisting hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 6, 910-913.

Webster-Stratton, C. (1993). Strategies for helping early school-aged children with oppositional defiant and conduct disorders: The importance of home-school partnerships. *School Psychology Review*, 22, 3, 437-457.

Wendy, R. (2000). Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1, 59-66.

Whaler, R. G. (1994). Child conduct problems: Disorders in conduct or social continuity? *Journal of Child and Family Studies*, 3, 2, 143-156.

Widiger, T. A. (1993). The DSM-III-R categorical personality diagnoses: A critique and an alternative. *Psychological Inquiry*, 4, 2, 75-90.



Consejería de Educación  
Delegación Provincial de Sevilla

Centros del Profesorado de Sevilla, Castilleja de la  
Cuesta, Osuna-Écija y Alcalá de Guadaíra

