

El psicólogo del siglo XXI y los trastornos por déficit de atención

Inmaculada MORENO GARCÍA

Universidad de Sevilla

Manuel MORALES LÓPEZ

Attention Deficit Disorder Center

Annapolis, Maryland, USA

Resumen

En este trabajo se analiza el papel que el psicólogo clínico desempeña en relación al trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Se hace hincapié en la especialización teniendo en cuenta las características y complejidad inherente a este trastorno y la evolución experimentada por la Psicología clínica. Asimismo, se definen sus funciones en el marco de una intervención multidisciplinar. Entre las actuaciones específicas de este profesional se encuentra la realización del diagnóstico clínico y diferencial apoyado en el manejo de los criterios diagnósticos consensuados. Se refieren los procedimientos habitualmente empleados para tales objetivos y se proponen algunas de las tendencias y perspectivas futuras que se prevén en el estudio y tratamiento de este trastorno.

Palabras clave: hiperactividad, déficit de atención, perfil profesional, especialista, diagnóstico diferencial, evaluación.

Abstract

This work analyzes the role that today's psychologist plays in relation to attention-deficit disorder with hyperactivity. Emphasis is placed on the need for specialization due both to the complex characteristics of the disorder and the development of clinical psychology. A multidisciplinary approach is proposed. Among the specific duties of the psychologist is a well-based differential diagnosis, based on commonly accepted criteria. Reference is made to the currently most used diagnostic instruments. The article ends reviewing some of the present and future trends in the study and treatment of this disorder.

Keywords: hyperactivity, attention-deficit, professional profile, specialization, differential diagnosis, assessment.

Según el DSM-IV (APA, 1995) entre el tres y el cinco por ciento de los niños y adolescentes sufren de trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). No obstante, estos datos pueden diferir y resultar en algunos casos limitados, dado que el porcentaje de niños afectados puede variar e incrementarse dependiendo del país donde se efectúe el estudio, los criterios manejados por los investigadores, los métodos de evaluación empleados e incluso, como añaden Luciano y Gómez (1998), la sensibilidad de los profesionales encargados de la evaluación y diagnóstico. En cualquier caso, se trata de un trastorno con una elevada consistencia transcultural como lo muestran los distintos estudios realizados en países de ámbitos culturales diferentes, entre ellos, China, Italia, Brasil, Inglaterra, Japón, Nigeria, etc. (Barkley, 1998; Bird, 1999) y uno de los más prevalentes en la población infantil, motivo por el cual su diagnóstico y tratamiento constituyen una parte primordial del trabajo clínico de los psicólogos infantiles.

La preocupación familiar y social por los trastornos atencionales ha aumentado notablemente en los últimos años y, según todos los indicios cabe prever que crecerá rápidamente en los inicios del siglo XXI. En Estados Unidos, a excepción del ámbito de las discapacidades, constituye el trastorno que mayor interés despierta a juzgar por los esfuerzos profesionales desarrollados, los recursos invertidos en su investigación y estudio y los grupos de autoayuda establecidos. En Europa la preocupación por la hiperactividad y sus consecuencias es más limitada. Salvo los trabajos de E. Taylor y M. Rutter en Inglaterra son escasos los estudios sobre este trastorno que, hasta hace poco tiempo,

apenas despertaba interés entre los psicólogos clínicos. En nuestro país, los trabajos de Moreno (1995), Polaino-Lorente, Ávila de Encío, Cabanyes, García, Orjales y Moreno (1997), Orjales (1998), Luciano y Gómez, (1998) representan un cierto cambio en la situación actual y ponen de manifiesto el interés profesional y científico creciente que se aprecia en nuestro ámbito por estos trastornos. Por otro lado, a excepción de ciertos estudios preliminares realizados en Puerto Rico y Chile (Bird, Canino, Rubio, Stipeck, Gould, Ribera y Sesman, 1998), apenas existen datos sobre incidencia del trastorno en otros países hispanos.

Si bien el volumen de trabajos publicados y recursos invertidos no es equiparable en todos los países, lo cierto es que los trastornos atencionales-hiperactivos han sido objeto de interés e investigación desde hace décadas. Así, de las aproximadamente seis mil publicaciones, entre libros y artículos, contabilizadas sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, dos mil se han escrito en las dos últimas décadas (NIH, 1998). De hecho, si se cuentan todos los estudios de la segunda mitad del siglo XX, no ha habido, ni tal vez habrá, ninguna patología infantil más estudiada que la de los trastornos por déficit de atención e hiperactividad (Barkley, 1990).

A lo largo de estos años se han producido variaciones en la definición de los trastornos, en su contenido y nomenclatura siendo la acepción más reciente *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad* propuesta por el DSM-IV (APA, 1995), si bien su uso no es universal. La definición de este trastorno se plantea a partir de tres conceptos admitidos comúnmente: desatención, hiperactividad e impulsivi-

dad, aunque su conceptualización y relaciones aún no están del todo perfiladas.

En cualquier caso se trata de trastornos del desarrollo cognitivo y conductual con una posible influencia biológica. Se manifiestan por niveles de atención inferiores a los esperados en una edad determinada, mientras que los niveles de motilidad-impulsividad son significativamente más altos de los observados en esa misma edad. Los afectados carecen de habilidad para inhibir conductas inapropiadas, planear, iniciar y mantener el enfoque en tareas, adherirse a reglas de conductas y posponer consecuencias. El diagnóstico suele realizarse considerando los criterios propuestos en dos de los sistemas clasificatorios empleados habitualmente el DSM-IV (APA, 1995) o el CIE-10 (OMS, 1992).

El sistema clasificatorio de la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM-IV, 1994) diferencia tres subtipos dentro del *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*, el primero con predominio de los síntomas de desatención, el segundo con predominio de los síntomas de hiperactividad-impulsividad y un tercero, que resulta de la combinación de los dos anteriores. Así pues, el diagnóstico del TDAH debe realizarse considerando las siguientes cuestiones:

- a) Seis (o más) síntomas de desatención y/o seis (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad.
- b) Incapacidad de la actividad apropiada a la edad durante seis meses.
- c) Presencia de algunos de los síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad antes de los siete años.
- d) Estas alteraciones se observan en al menos dos ambientes o situaciones cotidianas.

- e) Puede observarse un deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral.
- f) Los síntomas no se puedan explicar por otra patología mental.

El CIE-10 muestra criterios equivalentes empleados por numerosos expertos. Ahora bien, la relación entre los criterios de ambos sistemas clasificatorios se ciñe según el DSM-IV (APA, 1995) a los siguientes aspectos:

- a) Los criterios son casi idénticos, pero no así los códigos diagnósticos, los del CIE-10 son categorías más estrictas.
- b) El DSM-IV requiere seis o más síntomas de desatención o/y seis o más de hiperactividad-impulsividad, el CIE-10 requiere al menos seis síntomas de desatención, tres de hiperactividad y al menos uno de impulsividad.
- c) En el CIE-10 este trastorno se denomina *Trastorno de la actividad y la atención* y viene recogido dentro del grupo de trastornos hipercinéticos, en el DSM-IV se denomina *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad* y se incluye en el grupo de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.

A esto se añade que el CIE-10 es más estricto en la aplicación de los síntomas, circunstancia que, en opinión de Lahey (1998), puede repercutir negativamente infravalorando los síntomas de niños que realmente padecen el trastorno.

Ahora bien, el empleo de uno u otro sistema clasificatorio varía no sólo entre

profesionales, también entre países. Así el DSM se emplea especialmente en EE.UU, mientras que en Europa se maneja tanto el sistema propuesto por la Asociación de Psiquiatría Americana como el CIE-10. En cualquier caso, buena parte de los trabajos publicados sobre hiperactividad desde el comienzo de los años ochenta hasta el momento actual han adoptado los criterios planteados en las diferentes versiones del DSM.

Centrándonos en las repercusiones clínicas hemos de añadir que, además de la sintomatología básica descrita, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad produce incapacidades severas, debilitadoras y devastadoras para la adaptación académica y social del niño afectado. Incapacita el aprendizaje, la convivencia familiar y las relaciones sociales (Hinshaw, 1998). La problemática asociada a la hiperactividad incluye trastornos de conducta, dificultades de aprendizaje, déficits cognitivos, trastornos emocionales, baja autoestima, y problemas de relación social.

En cuanto al curso evolutivo y pronóstico de este trastorno hemos de señalar que, contrariamente a la opinión mantenida hasta hace unos años, las alteraciones y problemas característicos, aunque modificados, persisten en la adolescencia y se extienden sobre la vida entera del afectado, incidiendo negativamente en las relaciones laborales, familiares y sociales (Barkley, 1999). En una aproximación somera a la cuestión cabe indicar que en los primeros años, en preescolar, la hiperactividad motora y falta de atención no bastan por sí solos para indicar la aparición de alteraciones posteriores. Es en la edad escolar, cuando se plantean demandas académicas y sociales y se exigen comportamientos de atención e inhibición motora cuando sur-

gen los primeros indicadores, que también se observan en casa, acompañados de problemas de comportamiento, falta de autonomía, etc. En torno a los 12 años el patrón característico se encuentra consolidado y la sintomatología que le acompaña se observa ampliamente. En la adolescencia, aún cuando se reducen las conductas de sobreactividad y desatención, más del 70% continúa en niveles superiores a su iguales y entre el 30-50% cumple igualmente los criterios diagnósticos (Weiss y Hechtman, 1993). Los escasos estudios longitudinales que se prolongan hasta la edad adulta muestran que en el 50-65% de los individuos que fueron diagnosticados como hiperactivos persiste sintomatología del trastorno. Tan sólo un 11% de los sujetos afectados, según la revisión de Weiss y Hechtman (op. cit.) estaban libres de algún tipo de sintomatología psiquiatría asociada y entre el 20-30% de los adultos no aparecían síntomas de su antigua hiperactividad. Cabe añadir finalmente, que la evolución favorable del trastorno parece estar mediado por la intervención de lo que se conoce como *factores protectores*, entre ellos se incluyen estabilidad emocional y familiar, apoyo educacional, mayores niveles educativos de los padres, habilidades cognitivas del niño, etc.

El papel del psicólogo en los trastornos de atención e hiperactividad

Como se ha mencionado anteriormente, los trastornos de atención e hiperactividad resultan un área de trabajo e investigación enormemente prolífica en cuanto a publicaciones se refiere. Se trata de un campo que suscita buen número de investigaciones sobre el tema que se ocupan preferentemente de aspectos como evalua-

ción de los trastornos, afectación y repercusión de los mismos en el colegio, familia y ámbito social del niño, influencia y severidad de las alteraciones que presentan los niños en relación con posibles factores familiares y ambientales predisponentes, estrategias de intervención y alternativas terapéuticas eficaces, etc. Sin embargo, no es frecuente centrar la atención en el papel que desempeñan los profesionales, en concreto, el psicólogo en relación con la problemática que conlleva los trastornos que en este trabajo nos ocupan. Por este motivo, quizá debamos preguntarnos ¿cuáles son las razones, los motivos últimos que nos inducen a reflexionar en estos momentos sobre el trabajo científico-profesional del psicólogo en el ámbito de los trastornos de atención con hiperactividad y su proyección hacia los años venideros?

Tras analizar el panorama actual no parece arriesgado aventurar que el trabajo del psicólogo clínico en este campo constituirá una prolongación de sus usos y formas de intervención desarrolladas hasta el momento. Parece lógico y coherente que a corto plazo el modo de actuar propio se consolide y reciba mayor aprobación social al tiempo que las aportaciones relacionadas con métodos de evaluación y estrategias terapéuticas efectivas se diseminen hacia otras áreas de modo, que distintos profesionales también implicados en este ámbito puedan beneficiarse de los resultados obtenidos. En esta dirección se observan signos e indicadores que reflejan cómo el psicólogo cuenta ya con un reconocimiento profesional y social fruto de su experiencia y del éxito logrado tanto en la evaluación de las conductas infantiles mediante pruebas psicológicas como en la administración de técnicas de modificación conductual. Como resultado de este

quehacer profesional los padres de niños afectados por el trastorno exigen cada día que las valoraciones de las alteraciones que presentan sus hijos sean extensas, exhaustivas, cuidadosamente realizadas y efectuadas por personas expertas, al mismo tiempo que la diseminación de usos y métodos de trabajo propios se extiende, entre otras, a la profesión médica. Así lo muestran los resultados obtenidos por Wolraich (1999) según los cuales el 53% de los médicos generalistas, el 64% de los psiquiatras y el 74% de los pediatras que atienden a niños con alteraciones de conducta emplean escalas de evaluación cuando han de obtener información previa al diagnóstico infantil.

En realidad, mirando hacia el futuro cabe prever que la labor del clínico infantil en relación al trastorno por déficit de atención con hiperactividad, como no podría ser de otra forma, se desarrollará en torno a las funciones intrínsecas de la propia psicología clínica, a saber, evaluación, diagnóstico, tratamiento, supervisión, asesoramiento, etc. Ahora bien, las posibles variaciones en su ejecución serán fruto de la adaptación del ejercicio profesional tanto a la peculiar problemática de los trastornos estudiados como a las demandas sociales y familiares planteadas actualmente respecto a la asistencia clínica a los niños con hiperactividad y trastornos atencionales.

Así pues, entendemos que la reflexión actual sobre el papel del psicólogo clínico en este ámbito ha de partir de dos fuentes de influencia que se refieren primero, al marco de referencia de este profesional, la psicología clínica y por extensión el enfoque cognitivo-conductual y segundo, al propio trastorno objeto de estudio e investigación desde hace décadas (véase la tabla

Tabla 1. Perfil del psicólogo clínico ante el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Fuentes de influencia y factores determinantes.

Marco de referencia profesional	Características del trastorno
<p style="text-align: center;">Psicología Clínica Tendencia a la especialización Práctica clínica: eficacia y pragmatismo Extensión de la práctica terapéutica a terceras personas</p>	<p style="text-align: center;">Naturaleza multidimensional Heterogeneidad conductual Variación sintomatológica Etiología multifactorial Comorbilidad Afectación familiar, escolar y social</p>

1). La evolución y situación actual de la psicología clínica y el estado de conocimientos actuales del trastorno por déficit de atención con hiperactividad constituyen el punto de partida en la tarea que desarrollamos a continuación.

Como se ha mencionado anteriormente, el rol del experto en problemas infantiles no es ajeno a la situación actual que vive la psicología clínica y dentro de ésta la terapia de conducta, insertas en un proceso de remodelación y adaptación acorde con el desarrollo experimentado en los últimos años hacia nuevas aplicaciones y campos de actuación algo distantes de los ya tradicionales. Obviamente, este proceso conlleva nuevos planteamientos acerca de la intervención psicológica y de las funciones que han de desarrollar los expertos en estas materias (Becoña, 1998). En este contexto se aprecian ciertas tendencias que sin duda habrán de influir en el ejercicio profesional del psicólogo clínico infantil en general, y de aquel que trabaja en el campo de la hiperactividad en particular. Se trata de:

1) Tendencia a la especialización creciente del experto. Es ésta una cuestión subrayada como característica de la psicología clínica actual (Becoña, 1998; Fernández, 1998), explicable en gran medida por

la expansión experimentada en décadas precedentes y que ha traído consigo la necesidad de abordar nuevos problemas y desarrollar formas de prestar servicios profesionales que sean alternativas y a la vez complementarias a las tradiciones en este contexto. Como consecuencia a esta realidad se aprecia una demanda creciente de expertos especialistas en áreas aplicadas de la Psicología y dentro de ésta, en trastornos concretos, con el objetivo último de elegir los métodos de modificación más efectivos y de optimizar la intervención clínica.

Esta tendencia no es ajena a lo que ocurre actualmente que en el campo de los trastornos atencionales e hiperactividad. En este sentido cabe añadir que, en opinión de Barkley (1999), la solicitud de ayuda planteada por los padres de niños afectados, desbordados ya por las alteraciones y dificultades del comportamiento de sus hijos, y ante la evidencia familiar y escolar de ausencia de recursos para resolverlos, debe dirigirse hacia una persona especialista en el área del trastorno por déficit de atención con hiperactividad sea un profesional de la medicina (pediatra, psiquiatra infantil) o de la psicología. O lo que es igual, hacia un experto, conocedor de los avances científicos y profesionales acerca de este trastorno y con experiencia clínica

en su evaluación y tratamiento. Factores que, sin duda, le harán contar con una sólida reputación apoyada en su capacidad para ofrecer una alternativa eficaz que permita afrontar con éxito los problemas asociados a la hiperactividad. De este modo, la especialización en el trastorno que nos ocupa parece indiscutible para los profesionales que trabajan en el campo de la salud mental infantil.

2) En el terreno del tratamiento se observan varias tendencias en vigor actualmente fruto de los *esfuerzos por incrementar eficazmente, en un tiempo razonable, los efectos de las terapias administradas*. Como señala Becoña (1998) las intervenciones clínicas basadas en el enfoque cognitivo-conductual responden actualmente a los criterios de eficacia y pragmatismo. De acuerdo con estos planteamientos el experto debe emplear sólo aquellos procedimientos que funcionan, y el paciente recurrir al terapeuta más competente, es decir, aquel que pone en práctica los métodos que resultan efectivos para resolver sus problemas. No cabe duda que este modo de proceder repercute de manera evidente en la progresiva especialización del profesional en técnicas y estrategias idóneas para casos específicos y trastornos concretos.

Por otro lado, en este campo adquieren cada día más importancia el empleo de manuales guías de actuación, autoguías que sistematizan la actuación y reorientan la práctica terapéutica. En relación al trastorno que nos ocupa han aparecido en esta década manuales útiles que sirven de guías para padres (Ingersoll y Goldstein, 1993; Silver, 1993; Orjales, 1998; Barkley, 1999) y profesores de niños con hiperactividad (Parker, 1992).

Asimismo, es una realidad la aplicación de tratamientos multicomponentes integrados por varios procedimientos terapéuticos con el objetivo de potenciar la acción clínica y consolidar los resultados obtenidos. El tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad se desarrolla en gran medida a partir de la aplicación de programas terapéuticos integrados por técnicas derivadas del modelo operante y procedimientos cognitivos que se aplican conjuntamente para atenuar los problemas de conducta y resolver las dificultades de aprendizaje (Moreno, 1996). Cabe añadir que, como alternativa a los programas cognitivo-conductuales, se aplican desde hace años tratamientos combinados que integran procedimientos de modificación de conducta con la administración de fármacos, preferentemente estimulantes.

3) Desde otra perspectiva se constata la dificultad de los psicólogos clínicos por intentar seguir acotando en la práctica la función terapéutica a otras personas y profesiones (Pérez Álvarez, 1998). Esta cuestión cobra especial relevancia en el ámbito infantil, no por los pasos dados en esa dirección, más bien al contrario. Es sabido que la determinación ambiental de las conductas infantiles junto con la situacionalidad características de la hiperactividad instan a programar iniciativas terapéuticas en el ambiente natural donde el niño se desenvuelve, conlleva la *intervención de terceras personas que asumen la práctica terapéutica asesorados y guiados por el experto*. Cabe esperar que el psicólogo infantil se esfuerce en desarrollar ampliamente funciones ya asumidas, a saber, formar, guiar la intervención y asesorar. Es probablemente que su participación sea

más intensa y activa en los grupos de autoayuda que cobran cada día más relieve e importancia en el campo de la hiperactividad. En este sentido, basta mencionar que en nuestro país hasta hace pocos años no existía ningún colectivo organizado que canalizara los intereses y demandas de los niños y padres afectados, desde el último año existen varias asociaciones que trabajan por asesorar, orientan y fomentan reuniones de padres afectados por idénticos problemas.

Veamos a continuación cómo los trastornos de atención e hiperactividad influyen en el perfil específico del experto. En el momento actual, apoyados por los estudios biológicos y neurofisiológicos, asistimos a un interés general por redefinir conceptualmente los trastornos infantiles y proponer al mismo tiempo concepciones más amplias que reflejen no sólo la multifactorialidad causal de las alteraciones que presentan los niños sino la multiplicidad de influencias psicológicas, socioculturales y biológicas (Wicks-Nelson e Israel, 1998). Obviamente, estos planteamientos se dejan sentir en el modo de analizar y abordar los problemas infantiles en general, y la hiperactividad en particular, de ahí que sea éste el momento y la ocasión de precisar las cuestiones características del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

El psicólogo clínico ha de intervenir en un trastorno de naturaleza multidimensional, etiología multifactorial y manifiesta heterogeneidad conductual. Su comorbilidad con otras alteraciones, más del 45% de los niños tienen, al menos algún otro trastorno (Barkley, 1999), junto con la variación sintomatológica observada no sólo con la edad, también con la situación ambiental constituyen algunos de los factores que explican la complejidad inherente a

este trastorno. Por otro lado, sus efectos y repercusión se dejan sentir en el ámbito familiar y social, las relaciones familiares se ven seriamente afectadas y el impacto del trastorno en el colegio pone en riesgo las posibilidades de aprendizaje y adaptación del niño afectado.

Los intentos de abordar el trastorno desde un único y excluyente punto de vista han puesto de manifiesto que la respuesta profesional a esta problemática exige un trabajo interdisciplinar y coordinado eficazmente. En esta tarea, el psicólogo tiene la misión de evaluar y establecer el diagnóstico del niño, indagar sobre variables individuales, ambientales y contextuales que pudieran mediatizar la gravedad y pronóstico de las alteraciones, poner en práctica tratamientos cognitivo-conductuales, formar a padres y profesores, y proporcionar asistencia clínica, cuando así se requiera a padres y familiares, entre otras cuestiones.

En relación con la evaluación y diagnóstico del niño con trastorno de atención e hiperactividad hemos de apuntar que son numerosas las voces que insisten en la aplicación de un protocolo de evaluación integrado por varios métodos, implicando a distintas fuentes de información y evaluando al niño en diferentes situaciones con el objetivo de llegar a establecer un diagnóstico diferencial en cada caso. En las páginas que siguen se exponen las áreas e instrumentos que entendemos deben ser analizadas y empleados respectivamente con estos objetivos, hasta entonces, no obstante, conviene añadir que, el desarrollo de las escalas disponibles en la actualidad para realizar diagnósticos fiables de la hiperactividad constituye uno de los ámbitos en los que los avances en las últimas décadas han sido más notables. (Polaino, 1997).

Por lo que se refiere a los tratamientos administrados, cabe indicar que los resultados encontrados con terapias individuales o aplicadas en combinación resultan claramente insatisfactorios para dar una respuesta global al trastorno (Moreno, 1996). Por este motivo, aún sin abandonar la investigación sobre efectos terapéuticos obtenidos con los programas cognitivo-conductuales y los resultados de los psicofármacos y sus efectos secundarios (Maxmen y Ward, 1995; Breggin, 1999), lo cierto es que cada día cobran mayor auge e interés las propuestas encaminadas a reconceptualizar el modelo de tratamiento de la hiperactividad en vigor y hacerlo a partir de los conceptos de: a) *individualización*, usando métodos tradicionales y recientes (teorías de estimulación, correspondencia, biofeedback), b) *contextualización de la terapia* (familia, colegio, pautas de organización, estilos de vida, etc.) y, c) asimilación del trastorno con una *condición crónica* que, para la mayoría de los casos, no puede ser tratada de forma que desaparezca (Kazdin, 1995).

No cabe duda que de avanzar en esta dirección se producirán cambios en la labor y acción terapéutica. En ese caso el experto clínico deberá programar actuaciones específicas, adaptadas a cada paciente, teniendo en cuenta sus peculiaridades ambientales y contextuales, asumiendo que el niño con trastorno por déficit de atención, a pesar de su entrenamiento particular, probablemente requerirá cuidado continuado, control y tratamiento prolongado durante muchos años. Así pues, los programas terapéuticos deberán ser flexibles en cuanto a contenido y condiciones de aplicación, adaptándose a la evolución del propio niño afectado, introduciendo nuevas

técnicas, formando a distintas personas, hermanos mayores, familiares próximos, conocidos, etc., e incidiendo en distintos ambientes.

Cabe añadir que el perfil del psicólogo que trabaje en los próximos años hiperactivos con niños hiperactivos no vendrá dado sólo por su formación y conocimientos sobre un ámbito o área de actuación determinada (leáse evaluación, tratamiento, asesoramiento etc.); muy al contrario, una de sus *especialidades* será precisamente y *en sí mismo* el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En consonancia con estos planteamientos Barkley (1999) recomienda a los padres confirmar que la persona elegida es el *especialista* adecuado y para hacerlo les propone intentar responder a las siguientes cuestiones:

- ¿Atiende a menudo a niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad?
- ¿Cuenta con información contrastada y actualizada sobre el trastorno?
- ¿Está bien preparado y formado para proponer un tratamiento eficaz?
- ¿Qué tipo de tratamiento suele aplicar para este tipo de alteración?
- ¿Cómo mejoran los niños que han sido tratados por este profesional?

A nuestro juicio pues, no parece aventurado prever que en un futuro próximo el trabajo del psicólogo clínico en relación con los trastornos atencionales se caracterizará, tal como se indica en la tabla 2, por la especialización progresiva, por un esfuerzo de sistematización de conocimientos y métodos de intervención eficaces, tarea que ya se ve influenciada por variables como: a) el contexto sociocultural en el que ha desarrollado el trabajo, b) las difi-

cultades de llevarlo a cabo con éxito, y c) la naturaleza del tratamiento a administrar, esto es, si se trata de terapia psicológica únicamente o de una combinación de ésta con psicofármacos. Todo ello unido a un ejercicio de supervisión frecuente con el objetivo de asegurar la aplicación efectiva de las técnicas seleccionadas, así como por el asesoramiento continuo a las personas implicadas.

Ahora bien, esta labor no se llevará a cabo de forma aislada sino en el marco de una interacción recíproca con otros profesionales asumiendo el psicólogo las siguientes funciones específicas:

- 1) Evaluación y diagnóstico diferencial que permita excluir otras alteraciones y patologías asociadas.
- 2) Propuesta, diseño y aplicación de tratamientos individualizados y contextualizados.
- 3) Orientación y consejo a padres y familiares de niños con trastornos atencionales e hiperactividad.
- 4) Diseño de protocolos de actuaciones familiares y escolares adaptadas individualmente y encaminadas a mejorar el comportamiento y estimular el aprendizaje.
- 5) Programación y desarrollo de seminarios, sesiones monográficas de información y asesoramiento desarrolladas en el contexto de asociaciones de afectados, grupos de autoayuda, etc. encaminadas a identificar factores ambientales influyentes y desarrollar la planificación ambiental idónea antes y durante la escolarización. El contenido de estas actividades debe incluir, entre otras cuestiones, las siguientes: enseñanza de tareas actividades específicas, entrenamiento perso-

Tabla 2. Contenido y características del trabajo desempeñado por el psicólogo clínico respecto al trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Especialización progresiva en el trastorno • Sistematización de conocimientos y métodos de trabajo eficaces • Ejercicio de supervisión frecuente y continuado • Asesoramiento prolongado a las personas implicadas en la actuación psicológica |
|---|

nal en habilidades conductuales apropiadas, orientación en el uso de instrumentos, recursos y técnicas psicológicas.

Diagnóstico clínico y diferencial

Ante un niño que según los informes de padres y profesores fundamentalmente padece el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, una de las primeras actuaciones profesionales consiste en detectar los síntomas, las alteraciones características que definen según el DSM-IV este trastorno y, en caso de presencia confirmada, establecer el diagnóstico. De este modo, un niño puede ser diagnosticado como hiperactivo si cumple los criterios estándar, consensuados, se excluye otra patología asociada y su sintomatología comience a manifestarse antes de los siete años.

Así pues, la cuestión planteada, llegados a este punto, se refiere a cómo llegamos a establecer el diagnóstico, qué medios, instrumentos empleamos y cuando se decide el juicio clínico porque, como señala Barkley (1999), una evaluación exhaustiva, minuciosa y un diagnóstico preciso son el fundamento esencial para conseguir controlar con éxito el trastorno atencional.

No cabe duda que el desarrollo de sistemas de clasificación con criterios estándar

dar y consensuados mayormente (DSM-IV y CIE-10) ha contribuido a establecer diagnósticos más precisos y ajustados. Por lo que se refiere a este trastorno no deben soslayarse aspectos que, en este ámbito, cobran especial importancia. Se trata de: *a)* edad y nivel de desarrollo del niño con posible hiperactividad, *b)* tareas, actividades que podrían verse afectadas en su ejecución por los problemas atencionales, la impulsividad e hiperactividad motora características y *c)* situaciones, contextos en los cuales los síntomas se manifiestan claramente, familia, colegio, etc. (Cabanyes y Polaino-Lorente, 1997).

Ahora bien, para llevar a cabo un diagnóstico correcto del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y detectar sus características definitorias es necesario recabar información del niño y de su funcionamiento en distintas áreas y niveles de actuación. Los medios que se disponen para obtener esta información relevante incluyen entre otros, *entrevistas, escalas, cuestionarios* para padres, profesores o el propio niño, *observaciones directas* de la conducta infantil, y otros instrumentos como los *tests de inteligencia* y las *tareas de laboratorio* (Luciano y Gómez, 1998). El estado de conocimientos actuales pone de manifiesto la implicación de varias áreas de funcionamiento en su manifestación, de ahí que, como hemos señalado en otro lugar, la evaluación de la hiperactividad requiera una perspectiva multidisciplinaria (Moreno, 1995) que permita además, la valoración de las alteraciones mediante otros recursos como las medidas encefalográficas. Algunos de los instrumentos habitualmente empleados para este objetivo se mencionan a continuación si bien, se trata de una aproximación somera a los instrumentos disponibles. En ningún caso

es pretensión de los autores en este momento hacer una revisión exhaustiva sobre el tema.

Las entrevistas dirigidas a padres y profesores recogen información, entre otros, de los siguientes aspectos:

a) Antecedentes perinatales que informan de posibles aportaciones biológicas o traumáticas al trastorno.

b) Historia etiológica del trastorno. Inicio y desarrollo durante el período pre-escolar y escolar.

c) Antecedentes familiares, teniendo en cuenta que entre el 15-20% de las madres, entre el 20-30% de los padres y aproximadamente el 26% de los hermanos/as de niños con TDHA padecen ellos mismos el trastorno (Biederman, Faraone, Keenan y Benjamin, 1992).

d) Estado biológico general.

e) Factores ambientales, características del entorno físico y social en el que se desenvuelve el niño, interacción padre-hijo, estilos educativos, directrices y normas de conducta, las actitudes de los padres ante las alteraciones comportamentales de su hijo y el grado de motivación de éstos para emprender cambios, también se valora el nivel de estructuración familiar, la existencia de trastornos psicológicos en los miembros de la familia y otras circunstancias ambientales relevantes como el consumo de drogas, alcohol, etc.

f) Repertorio conductual general del niño, actividades cotidianas en casa y el colegio, pautas de conducta más frecuentes, consecución de recompensas/castigos relacionadas con sus conductas, habilidades conductuales relevantes, etc.

g) Conductas problema objeto de la consulta. Se estudian las circunstancias que intervienen como predisponentes de las alteraciones infantiles y las iniciativas

emprendidas para resolverlas. Se analiza el rendimiento escolar del niño, ejecución en tareas académicas, relaciones con los compañeros y posibles dificultades de aprendizaje.

Si bien, como señala Del Barrio (1995), la mayor parte de las escalas de evaluación de problemas infantiles y las entrevistas estructuradas y semiestructuradas incluyen un factor o subescala que evalúa hiperactividad, existen instrumentos y entrevistas específicamente diseñadas para lograr este propósito. Entre los instrumentos más empleados destacan el *Informe parental de síntomas infantiles (PAC)* de Taylor, Schachar, Thorley y Wieselberg (1986) que ha sido empleada en nuestro país por Avila de Encío y Polaino-Lorente (1992) y Benjumea y Mojarro (1993) y la *Entrevista Clínica Semiestructurada para Niños (SCIC)* de Achenbach y McConaughy (1989). Para comenzar la exploración psicológica de los niños con indicios de padecer el trastorno de hiperactividad pueden emplearse varias entrevistas, disponibles en nuestro país, con una estructura similar a las mencionadas anteriormente, se trata de la *Pauta de Entrevista para Padres (PEP)* (Pelechano, 1979) y la *Información Diagnóstica General (IDG)* de Capafons, Sosa, Alcantud y Silva (1986). En todo caso, la información obtenida a través de la entrevista inicial a los padres resulta claramente insuficiente para establecer el diagnóstico de este trastorno (Shelton y Barkley, 1990), si bien, como señala Wolraich (1999), los datos proporcionados por los progenitores tienen más influencia en el diagnóstico final que la información obtenida a través de los profesores.

Las escalas y cuestionarios para padres y maestros, por su parte, gozan de gran aceptación y son instrumentos ampliamente empleados para el diagnóstico del tras-

torno que nos ocupa. Entre sus ventajas se incluyen rapidez, bajo coste, obtener información sobre comportamientos infantiles difíciles de observar mediante registros, disponer de datos cuantitativos, conseguir información de distintas personas próximas y relevantes del entorno próximo al niño. No obstante, los índices de fiabilidad son bajos, especialmente entre informadores y las correlaciones con entrevistas, registros de observación etc. tampoco son elevadas. En cualquier caso los instrumentos empleados en este ámbito suelen emplearse en combinación con escalas de contenido general sobre el comportamiento infantil, entre ellos destaca el Cuestionario de Conducta Infantil (*Child Behavior Checklist*) de Achenbach y Edelbroch (1983).

Aunque son numerosos los cuestionarios y escalas empleadas para evaluar hiperactividad infantil cabe mencionar las escalas de Conners para padres y profesores (*Parent Rating Scale* y *Teacher Rating Scales*) respectivamente, cuya adaptación a poblaciones hispanas ha sido realizada por Bauermeister (1994). Estas escalas han sido recientemente revisadas y publicadas en castellano e incluyen nuevos datos tales como sub-escalas de síntomas e índice de TDAH. Hemos de añadir la Escala de Actividad de Werry-Weiss y Peters (*Scale Activity*) y el Cuestionario de Situaciones Escolares y Familiares (*Home and School Situations Questionnaires*) de Barkley (1987). Asimismo están publicadas en castellano las escalas de McCarney (Hawthorne Educational Services, 1995) que ofrecen un coeficiente de fiabilidad entre informadores de 0.85.

La observación directa de las conductas infantiles empleando códigos de observación constituye una opción muy útil y

valiosa para complementar la evaluación del niño realizada hasta ese momento mediante entrevistas y escalas. Permiten evaluar los factores determinantes ambientales que inciden sobre la hiperactividad infantil y en consecuencia, hacen posible el diseño de programas de intervención más específicos y ajustados a la realidad individual de cada paciente (Barkley, 1990). Si bien, el psicólogo, en ocasiones, ha de elaborar su propio registro de observación se dispone actualmente de instrumentos estandarizados para lograr estos objetivos, entre ellos destacan el *Código de Observación de Conducta en el Aula* de Abikoff y Gittelman (1985) adaptado en nuestro país por Ávila de Encío y Polaino-Lorente (1991), el *Registro de Conducta Infantil-Forma de Observación Directa* de Achenbach (1986) y el *Sistema de Codificación de Conductas Hiperactivas* de Barkley (1990).

Para completar la información obtenida por los procedimientos antes mencionados y obtener datos del funcionamiento intelectual, biológico y cognitivo del niño se emplean tests de inteligencia y pruebas de laboratorio que permiten evaluar los niveles de atención, impulsividad y sobreactividad. Las pruebas de niveles intelectual-cognitivos constituyen, en opinión de Shelton y Barkley (1990) un componente fundamental de la evaluación, entre otras razones, porque permiten discriminar la falta de atención en sí misma y pronosticar el resultado de la intervención tomando como criterio de referencia el nivel de destrezas cognitivas que muestra el niño. En la actualidad comienza a ser una práctica habitual la administración de tests de rendimiento o funcionamiento continuo, entre ellos, destaca el *Intermediate Visual and Auditory, IVA* de Sandford (1994). Si

existen dudas sobre dificultades perceptivo-auditivas, visual-espacial, motricidad fina y memoria se añaden los tests neuropsicológicos.

Respecto a las pruebas de laboratorio indicar que se emplean normalmente con objetivos de investigación (Wicks-Nelson e Israel, 1997). Los métodos mecánicos, (oscilómetros, actómetros y células fotoeléctricas) tienen un uso clínico restringido debido a la inestabilidad de sus resultados, escasez de datos normativos y carácter limitado de la información que ofrecen relativa a los movimientos motores que interesa registrar específicamente en cada individuo (Moreno, 1995).

En cuanto a la evaluación neurofisiológica añadir que avanza constantemente debido a los tests de imágenes (MRI, PET, SPET). En este sentido, algunos estudios de resonancia magnética parecen detectar variaciones anatómicas cerebrales en niños con trastornos de atención-hiperactividad. Sin embargo, el empleo de estas pruebas es muy restringido en el ámbito clínico (Filipeck, Semrud-Clikerman, Steingard, Resnshaw, Kennedy, Biederman, 1997). No obstante, después de una larga década de trabajos y estudios con el QEEG sabemos que los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad producen señales bioeléctricas hipoactivas en cantidades superiores a los de niños asignados al grupo control (Lubar, 1995; Othmer, Othmer y Kaiser, 1999). Es decir, aquellas personas que sufren de trastornos atencionales no solo pasan más tiempo en hipoactividad cerebral (bandas bajas, zeta) sino que la energía, bioelectricidad, que utilizan en la producción de esa banda zeta es más grande, en microvoltios que la energía que utilizan en labores cognitivas que emplean bandas altas, beta.

En cualquier caso, las medidas encefalográficas, los ritmos y sus amplitudes, representan hoy un paso muy avanzado en el diagnóstico de los trastornos por déficit de atención-hiperactividad. De este modo, usando biofeedback como método instrumental de aprendizaje los niños diagnosticados con déficit de atención pueden ser entrenados a regular su actividad cerebral bioeléctrica al igual que pueden modular la actividad térmica de su piel o la actividad muscular.

Una vez obtenida la información relevante a la que hemos hecho referencia procede a continuación establecer el juicio diagnóstico. En el momento de comunicar a los padres el diagnóstico de su hijo conviene que el psicólogo clínico sea sensible al efecto que puede producir en éstos y en el propio niño el proceso de evaluación y el juicio diagnóstico. En esta ocasión se hace imprescindible adoptar un comportamiento ético respecto al empleo de etiquetas o juicios que puedan resultar equívocos y a la explicación que los padres y el niño reclaman, de un modo u otro, sobre la evaluación y formulación diagnóstica final. De especial relevancia es la reacción emocional de los padres ante la información proporcionada por el experto, de ésta depende en gran medida la adaptación y afrontamiento positivo al trastorno de su hijo de ahí la conveniencia de recurrir a una comunicación con los afectados en la que el diagnóstico vaya acompañado del planteamiento de posibles estrategias de afrontamiento, así como de la mención a las conductas adaptadas, habilidades y competencias del paciente que han quedado en evidencia durante todo el proceso. O lo que es igual, el informe final y la comunicación del diagnóstico a los padres, en caso afirmativo, debe incluir los aspectos

adaptados y positivo del niño evaluado y las posibles estrategias de solución de problemas.

Conclusiones y perspectivas futuras

La preocupación e interés que despierta actualmente el trastorno por déficit de atención con hiperactividad estimula el desarrollo de nuevos campos de investigación y de intereses profesionales más específicos. Es claro que la conceptualización y definición del trastorno no es una cuestión cerrada y unánimemente consensuada, existen numerosos puntos de discrepancias, dudas y problemas aún no resueltos que la investigación sobre el mismo trata de resolver. Así, aunque existen diferentes sistemas de clasificación y de criterios diagnósticos es cierto, que unos y otros aproximan sus planteamientos y se acercan hacia un consenso más amplio sobre el tema. Los estudios biológicos sobre la génesis del trastorno y los planteamientos más recientes sobre el tratamiento a partir de la concepción del mismo como si de una condición crónica se tratara constituyen algunos de los planteamientos que a niveles teóricos y de investigación darán sus frutos en los próximos años.

Desde perspectivas más aplicadas, el interés que en la actualidad suscita la hiperactividad y déficit atencional parece avanzar en varias direcciones tal como se deduce de las actuaciones más recientes. Se trata a nuestro juicio de:

- a) Divulgación más amplia de los conocimientos actuales sobre el trastorno y de las estrategias de solución de los problemas asociados. Con este objetivo se publican textos que, con estructura y formato

adecuado, pretenden servir de guías de actuación idóneas para los afectados y sus familiares. Sin embargo, la difusión de libros y textos carentes de cierto control y rigor científico puede conducir a la realización de diagnósticos erróneos, equívocos por parte de los propios padres y en ocasiones, a la puesta en práctica de intervenciones no supervisadas y guiadas por expertos. Aún cuando la mayor sensibilidad social hacia el trastorno atencional-hiperactivo de lugar a la publicación de manuales, guías, etc. ello no debiera excluir la consulta a profesionales encargados de precisar el diagnóstico clínico y diferencial de los niños con indicios de padecer el trastorno y de diseñar posteriormente aquellos programas de tratamiento que resultan ser más eficaces en cada caso.

- b) Búsqueda y demanda de expertos, especialistas en el trastorno. Como ha quedado de manifiesto anteriormente la complejidad inherente a este trastorno requiere numerosas habilidades y conocimientos profesionales que garanticen la intervención eficaz sobre tales problemas. Los esfuerzos por definir el perfil del experto especialista y definir su actuación en este ámbito serán notorios en los próximos años.
- c) Diseño de programas e iniciativas con fines profilácticos en caminadas a prevenir los problemas atencionales e hiperactividad en el marco escolar. Entre los objetivos de estas actuaciones se encuentran el aprendizaje de los niños en estrategias idóneas para focalizar y sostener la

atención, inhibir el comportamiento hiperactivo, demorar las recompensas y tolerar las frustraciones.

- d) Desarrollo de actividades de formación, foros de discusión y grupos de auto-ayuda verán la luz ampliamente en los próximos años bajo el denominador común de ahondar en el conocimiento sobre este trastorno y las posibilidades de abordarlo eficazmente desde una perspectiva multidisciplinar.

Cabe indicar finalmente, que si bien el trastorno es complejo y aún no existe ninguna opción terapéutica que resulte eficaz a largo plazo, no es, en absoluto, inasequible al tratamiento. En la actualidad el psicólogo clínico dispone de herramientas de evaluación idóneas y cuenta con conocimientos profesionales que le permiten diseñar programas de intervención que, de ser aplicados correctamente, originan mejorías notables en la mayor parte de los casos, aumentando notablemente la adaptación del niño afectado en el ámbito social y escolar. Por este motivo las expectativas más pesimistas comienzan a girar hacia una dirección más favorable en la que adquieren un papel destacado cuatro aspectos esenciales, a saber: 1) precisión en el diagnóstico, 2) cualificación específica del especialista que trata al niño hiperactivo, 3) entrenamiento individual y sostenido, y 4) organización y control ambiental.

Referencias

- Abikoff, H. y Gittelman, R. (1985). Classroom Observation Code: A modification of the stony brook code. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 901-909.

- Achenbach., T.M. (1986). *Manual for the Child Behavior Checklist-Direct Observation Form*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach., T.M. y Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach., T.M. y McConaughy, S.F. (1989). Semistructured clinical interview for children aged 6-11. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Ávila de Encío, M.C. y Polaino-Lorente, A. (1991). Adaptación del *Classroom Observation Code* en la población escolar para la evaluación de la hiperactividad infantil. *Anuario de Psicología*, 48, 55-68.
- Ávila de Encío, M.C. y Polaino-Lorente, A. (1992). Versatilidad en la evaluación del niño hiperactivo. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 45, 331-339.
- Ayers, M.E. (1999). Assessing and treating open head trauma, coma, and stroke using real-time digital EEG neurofeedback. En J.R. Evans y A. Abarbanel (Eds.) *Introduction to quantitative EEG and Neurofeedback* (204-220). Nueva York: Academic Press.
- Barkley, R.A. (1987). *Defiant children: A clinician's manual for parent training*. Nueva York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1990). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1998). The prevalence of ADHD: is it just a U.S. disorder? *The ADHD Report 1998a*, 1-6.
- Barkley, R.A. (1999a). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Long Term Course, Adult Outcome, and Comorbid Disorders*. Consensus Development Conference on Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Disorder. Washington, D.C.: National Institute of Health.
- Barkley, R.A. (1999b). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.
- Bauermeister, J. J. (1994). *Desarrollo y utilización de inventario de comportamiento-escuela (IDC-E) en la evaluación de niños puertorriqueños*. San Juan. Puerto Rico. Guilford Press.
- Benjumea, P.P. y Mojarro, M.D. (1993). Utilidad de la entrevista P.A.C.S. para el estudio epidemiológico de los trastornos hiperkinéticos. *Anales de Psiquiatría*, 9, 344-354.
- Biderman, J., Faraone S., Keenan, K., Benjamin J. y Krifcher, B. (1992). Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit disorder: Patterns of comorbidity in probands and psychiatrically and pediatrically referred samples. *Archives General Psychiatry*, 49, 728-738.
- Bird, H. R. (1999). *The Prevalence of Cross-cultural Validity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Consensus Development Conference on Diagnosis and Treatment of Attention Deficit. Washington D.C.: National Institute of Health.
- Bird, H., Canino G., Rubio, Stipek, M., Gould, M.S., Ribera J. y Sesman M. (1998) Estimates of the Prevalence of Childhood Maladjustment in a Community Survey in Puerto Rico. *Archives General Psychiatry*, 45, 1120-6
- Bregging, P.R. (1999). *Risks and mechanism of action stimulants*. Consensus

- Development Conference on Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Disorder. Washington, D.C.: National Institute of Health.
- Becoña, E. (1998). *Técnicas de modificación de conducta*. Proyecto Docente. Universidad de Santiago de Compostela.
- Cabanyes, J. y Polaino-Lorente, A. (1997). Diagnóstico clínico y diferencial de los trastornos de atención e hiperactividad. En A. Polaino-Lorente (Ed.) *Manual de hiperactividad infantil*. (pp. 149-176), Madrid. Unión Editorial.
- Capafons, J., Sosa, C., Alcantud, F. y Silva, F. (1986). La Información Diagnóstica General: una pauta estructurada de anamnesis para niños y adolescentes. *Evaluación Psicológica*, 2, 13-45.
- Del Barrio, V. (1995). Evaluación clínica infantil y adolescente. En F. Silva (Ed.) *Evaluación psicológica en niños y adolescentes*. Madrid. Síntesis.
- Fernández, H., (1998). Un momento histórico de la psicología clínica y de la salud. *Papeles del Psicólogo*, 69, 2-3.
- Filipek, P.A., Semrud-Clikeman, M., Seingard, R.J., Renshaw, P.F., Kennedy, D.N. y Biederman, J. (1997). Volumetric MRI analysis comparing subjects having attention-deficit hiperactivity disorder with normal controls. *Neurology*, 48, 589-601.
- Hawthorne Educational Services (1995). *Formularios de evaluación de McCarney*. Columbia, MO: H.E.S.
- Hinshaw, S.P. (1998). *Impairment: Childhood and Adolescence*. Consensus Development Conference on Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Disorder. Washington, D.C.: National Institute of Health.
- Ingersoll, B. y Goldstein, M. (1993). *Attention deficit disorder and learning disabilities: Realities, myths, and controversial treatments*. Nueva York: Doubleday.
- Kazdin, A. (1995). Scope of child and adolescent psychotherapy research: Limited sampling of dysfunctions, treatments and client characteristics. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 125-140.
- Lahey, B.B. (1998). *Current diagnostic schema: Core dimensions*. Consensus Development Conference on Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Disorder. Washington, D.C.: National Institute of Health.
- Lubar, J. (1995). Neurofeedback for the management of attention deficit/hyperactivity disorder. En Schwartz, M. (Ed.) *Biofeedback: A practitioner's Guide* (493-524). Nueva York: Guilford - Press.
- Luciano, M.C. y Gómez, B.I. (1998). Comportamientos hiperactivos y/o atencionales desadaptativos. En M.A. Vallejo (Dir.) *Manual de terapia de conducta (Vol. II)*. Madrid: Dykinson.
- Manga, D., Fournier, C. y Navarredonda, A. B. (1995). Trastorno por déficit de atención en la infancia. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Maxmem, J.S. y Ward, N.G. (1995). *Psychotropic Drugs fast facts*. Nueva York: WW Norton
- Miranda, C.A. y Santamaría, M. (1986). *Hiperactividad y dificultades de aprendizaje*. Valencia. Promolibro.
- Moreno García, I. (1995). *Hiperactividad. Prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Moreno García, I. (1996). Aplicación combinada de técnicas conductuales-cognitivas y psicofármacos como alternativa terapéutica en el ámbito infantil: El ejemplo de la hiperactividad. *Anales de Psiquiatría*, 12, 209-219.

- National Institute of Health (1998). *Consensus Development Conference on Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Disorder*. Washington DC: NHI.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10)*. Madrid: OMS.
- Orjales, I. (1998). *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE.
- Othmer, S., Othmer, S. y Kaiser, D. (1999). EEG biofeedback: an emerging model for its global efficacy. En R.J. Evans y A. Abarbanel (Eds.) *Introduction to quantitative EEG and neurofeedback*. Nueva York: Academic Press.
- Parker, H. (1992). *ADAPT: Attention deficit acomodation plan for teaching*. Plantation, FL: Specialty Press.
- Pelechano, V. (1979). *Psicología educativa comunitaria en EGB*. Valencia: Alfaplús.
- Pérez, A.M. (1998). La psicología clínica desde el punto de vista contextual. *Papeles del Psicólogo*, 59, 25-40.
- Polaino-Lorente, A. (1997). Prólogo. En A. Polaino-Lorente, C. Ávila de Encío, J. Cabanyes Ruffino, D. A. García Villamisar, I. Orjales y C. Moreno. *Manual de hiperactividad infantil*. (5-8). Madrid: Unión Editorial.
- Polaino-Lorente, A., Ávila de Encío, C., Cabanyes R.J., García, V. D. A., Orjales, V. I. y Moreno, R.C. (1997). *Manual de hiperactividad infantil*. Madrid: Unión Editorial.
- Sandford, J. (1994). *Intermediate Visual and Auditory (IVA)*. Richmond, VA: 727 Twin Ridge Lane.
- Shelton, T. y Barkley, R. (1990). Assessment: clinical, developmental and biopsychosocial considerations. En R. Barkley (Ed.) *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Silver, L. (1993). *Dr. Larry Silver's advice to parents on attention-deficit hyperactivity disorder*. Washington, DC.: American Psychiatric Press.
- Swanson, J. y Castellanos, X. (1999). *Biological bases of attention deficit hyperactivity disorder: neuroanatomy, genetics, and pathophysiology*. Consensus Development Conference on Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Disorder. Washington, D.C.: National Institute of Health.
- Taylor, E. A., Schachar, R., Thorley, G. y Wieselberg, M. (1986). Conduct disorder and hyperactivity. I separation of hyperactivity and antisocial conduct in british chil psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 149, 760-777.
- Weiss G. y Hetchman, L. (1993). *Hyperactive Children grown up: ADHD in children, adolescents and adults*. Nueva York: Guildford Press.
- Wicks-Nelson, R. y Israel, A. C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.
- Wolraich M. L. (1998). *Current Assessment and Treatment Practices*. Consensus Development Conference on Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Disorder. Washington, D.C.: National Institute of Health.