

# FORMACIÓ EN TRACTAMENT PSICOLÒGIC COGNITIU-CONDUCTUAL

## Teràpia Cognitiu-Conductual en el TDAH

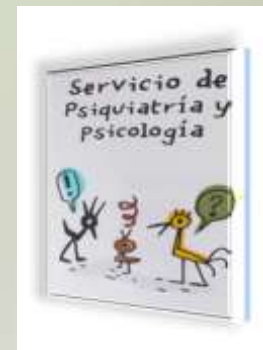
Eduard Serrano Troncoso

Unitat de TDAH. Servei de Psiquiatria i Psicologia

6 de novembre de 2013

**Sant Joan de Déu**

HOSPITAL MATERNOINFANTIL - UNIVERSITAT DE BARCELONA



# ÍNDICE

- Introducción TDAH
- Tratamiento psicológico:
  - Entrenamiento a padres
    - Técnicas de modificación de conducta
  - Terapia cognitiva niño/adolescente
    - Técnicas de autocontrol emocional
    - Entrenamiento en HHSS
    - Técnicas de resolución de problemas
    - Entrenamiento en relajación
- Conclusiones



AD/HO

# ¿Qué es el TDAH?

- Trastorno de origen neurobiológico
- Inicio en edad infantil
- Prevalencia 3-5% de la población escolar

- Síntomas rasgo:

- IMPULSIVIDAD
- HIPERACTIVIDAD
- DÉFICIT DE ATENCIÓN



NO ADECUADOS A LA EDAD DE DESARROLLO

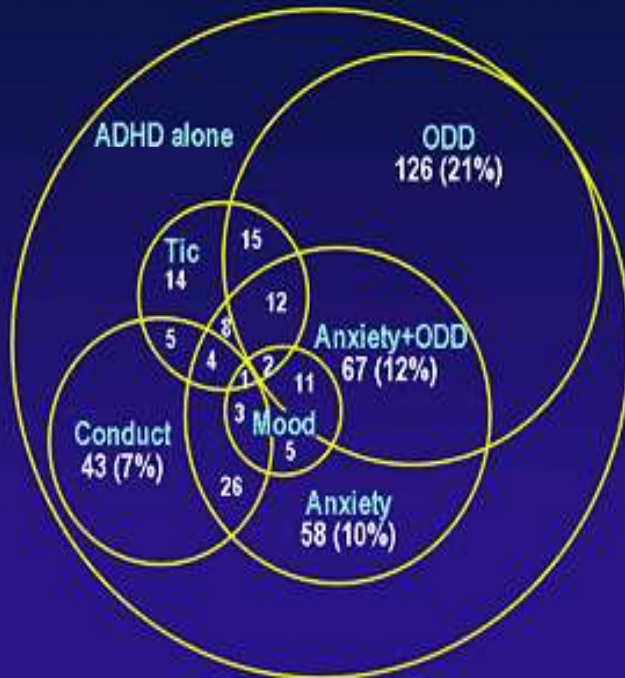
- Dificultad adaptación FAMILIAR, ESCOLAR y/o SOCIAL
- Presentan problemas EMOCIONALES, CONDUCTA y APRENDIZAJE



(APA, 2001)

# ¿Cuál es la comorbilidad del TDAH?

## Comorbidity in the MTA Sample (N=579)



Jensen PS, et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001;40(2):147-158.

- 85% presentan al menos 1 trastorno asociado.
- 60% presentan 2 trastornos asociados.
- Más frecuentes TND, T. Ansiedad, T. Aprendizaje y TD

**¿Qué tratamientos  
basados en la evidencia  
han demostrado  
eficacia para el TDAH?**

# Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS  
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD



MINISTERIO  
DE SANIDAD,  
POLÍTICA SOCIAL  
E IGUALDAD



MINISTERIO  
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL  
E IGUALDAD



Generalitat de Catalunya  
Departament  
de Salut

## Autoría y colaboraciones

### Grupo de trabajo de la GPC de TDAH

**José Ángel Alda Díez**, psiquiatra. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)  
**Cristina Boix Lluich**, neuropsicóloga. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)  
**Roser Colomé Roure**, neuropsicóloga. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)  
**Mónica Fernández Anguiano**, psicóloga. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)  
**Rosa Gassió Subirachs**, neuropediatra. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)  
**Jon Izaguirre Eguren**, psiquiatra. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)  
**Beatriz Mena Pujol**, psicopedagoga. Fundación Adana (Barcelona)  
**Juan Ortiz Guerra**, psiquiatra. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)  
**Anna Sans Fitó**, neuropediatra. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)  
**Eduardo Serrano Troncoso**, psicólogo clínico. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)  
**Anna Torres Giménez**, psicóloga clínica. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)

### Coordinación

#### *Coordinación clínica*

**José Ángel Alda Díez**, psiquiatra. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)

#### *Coordinación técnica*

**Mónica Fernández Anguiano**, psicóloga. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)

### Colaboración

#### *Asesoría metodológica*

#### **Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS)**

**Maria Dolors Estrada Sabadell**, médico preventivista y salud pública.  
AIAQS (Barcelona)

#### *Colaboraciones*

#### *Capítulo Aspectos éticos y legales*

**Sabel Gabaldón Fraile**, psiquiatra. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)  
**Núria Terribas Sala**, jurista. Institut Borja de Bioètica. Universitat Ramon Llull  
(Barcelona)

[www.guiasalud.es](http://www.guiasalud.es)

# ¿Cuál es el tratamiento del TDAH?

metilfenidato

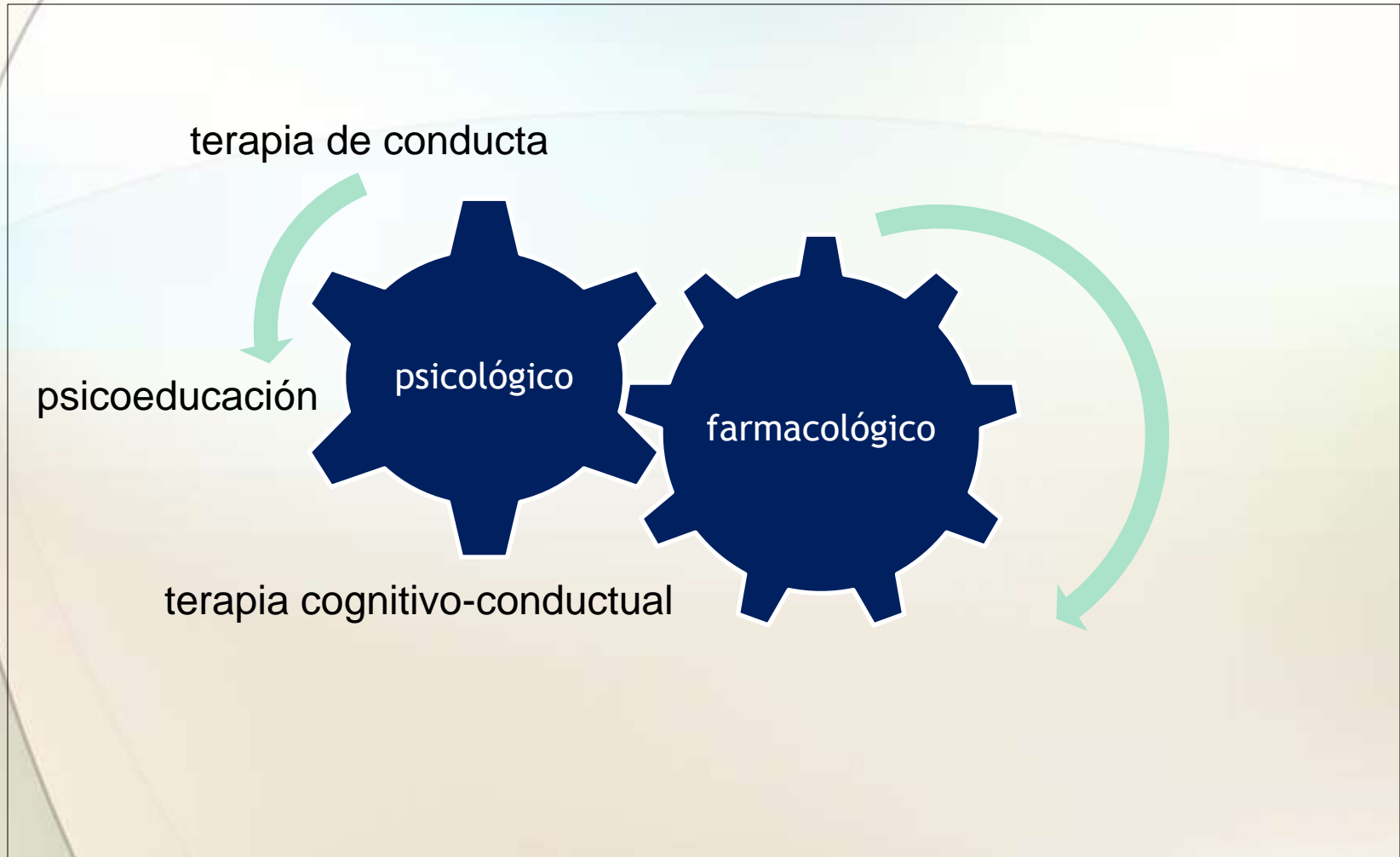


.....

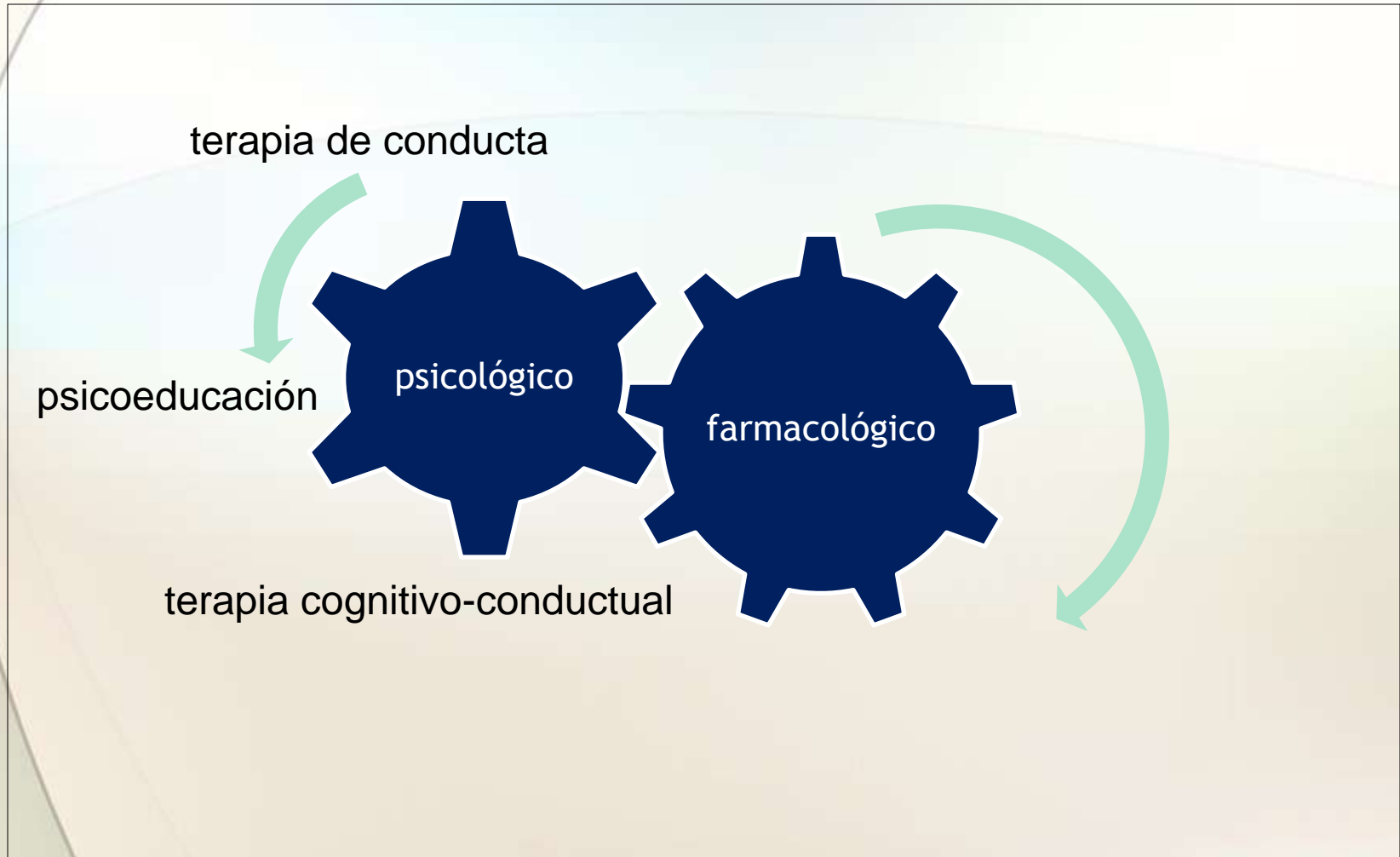
atomoxetina



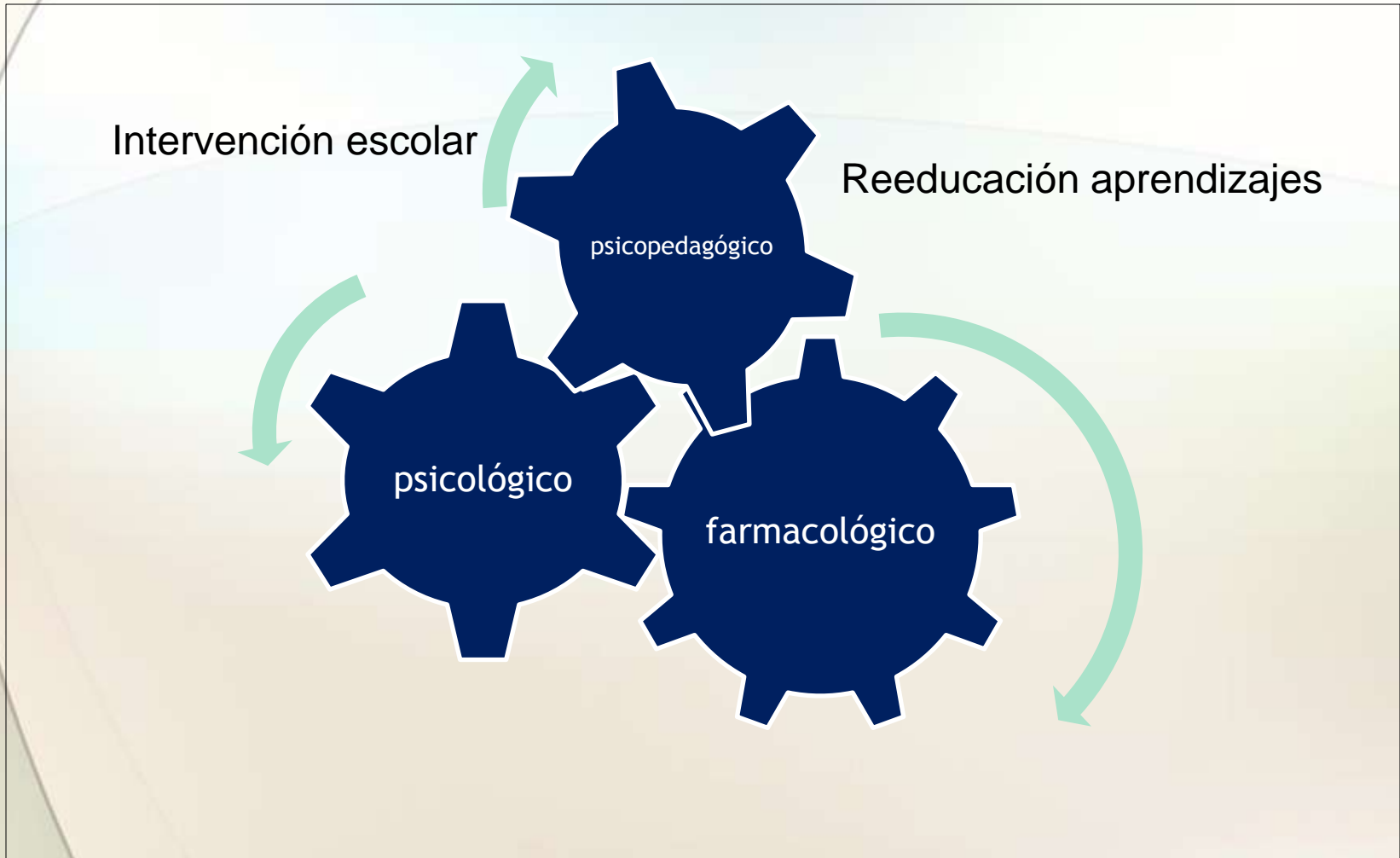
# ¿Cuál es el tratamiento del TDAH?



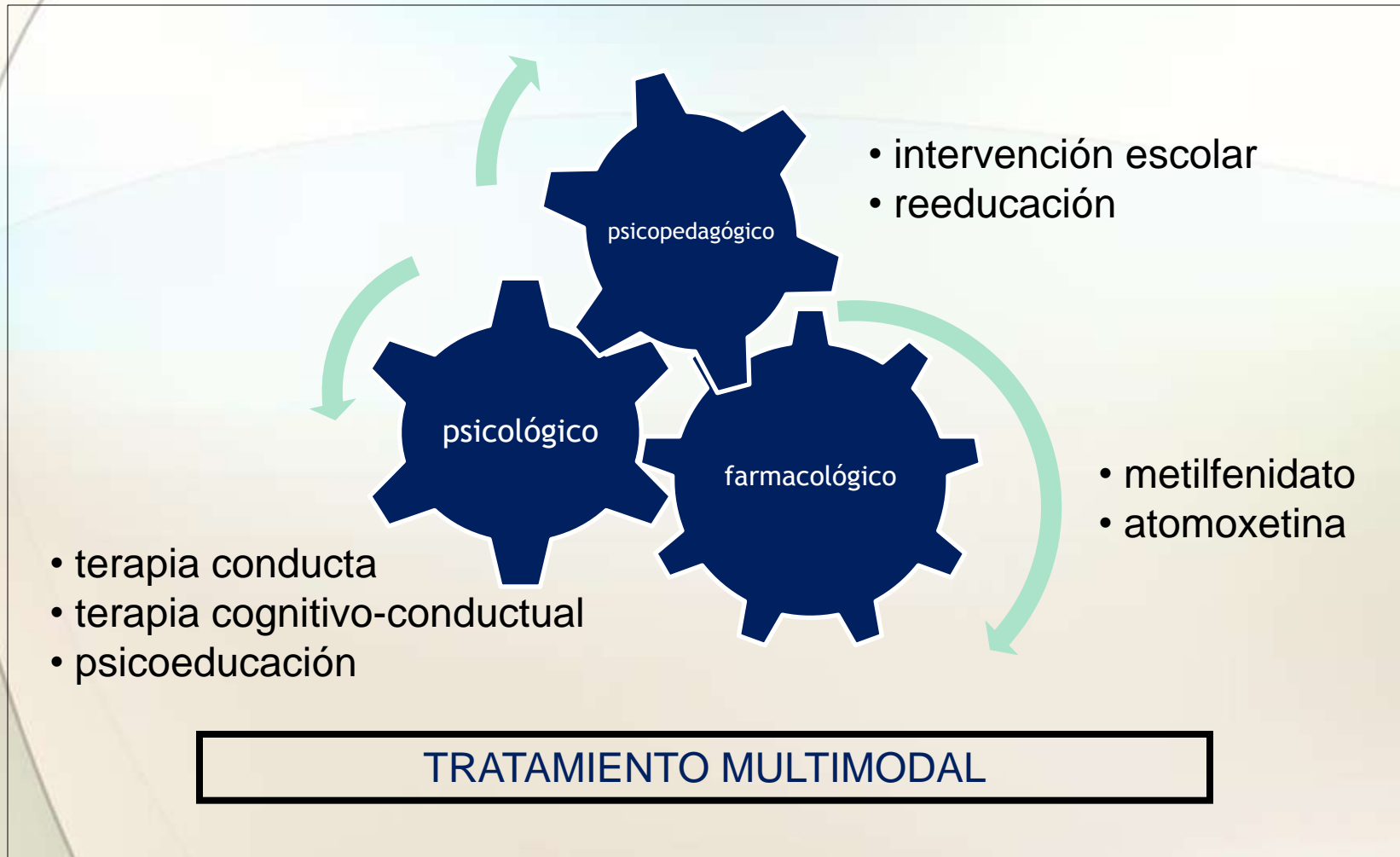
# ¿Cuál es el tratamiento del TDAH?



# ¿Cuál es el tratamiento del TDAH?



# ¿Cuál es el tratamiento del TDAH?



# Tratamiento Psicológico en el TDAH

- Psicología Basada en la Evidencia
    - Eficacia/Efectividad ➡ Ttos Psicológicos
  - Tto PSC ha demostrado evidencia TDAH:
    - ✓ Terapia de Conducta (TC)
    - ✓ Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)
-

# GPC TDAH: Recomendaciones

## Tratamiento Psicológico

7.1.2. ¿Qué tratamiento psicológico es eficaz en el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes?

Recomendaciones		
B	7.1.2.1.	Se recomienda la aplicación de un <u>programa de entrenamiento conductual</u> para los padres de los niños y adolescentes diagnosticados de TDAH, con o sin comorbilidad.
D	7.1.2.2.	Se recomienda la <u>terapia cognitivo-conductual como tratamiento inicial</u> para el TDAH en niños y adolescentes en cualquiera de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"><li>• los síntomas del TDAH son leves</li><li>• el impacto del TDAH es mínimo</li><li>• hay una notable discrepancia sobre la frecuencia e intensidad de los síntomas entre los padres, o entre éstos y los profesores</li><li>• el diagnóstico de TDAH es incierto</li><li>• los padres rechazan el empleo de medicación</li><li>• en niños menores de 5 años (aunque este grupo de edad queda fuera del alcance de esta guía).</li></ul>

# GPC TDAH: Recomendaciones

## Tratamiento combinado

7.4.2. En el TDAH en niños y adolescentes: ¿Cuál es la intervención o combinación de intervenciones que han demostrado más eficacia a corto y largo plazo?

Recomendaciones		
B	7.4.2.1.	En niños y adolescentes con <u>TDAH moderado o grave</u> , se recomienda el <u>tratamiento combinado</u> , que incluye el tratamiento psicológico conductual, el farmacológico y la intervención psicopedagógica en la escuela.

# Tratamiento Psicológico en el TDAH

## Tratamiento Cognitivo-Conductual

- **Padres**
  - Psicoeducación TDAH
  - Entrenamiento en Técnicas de Modificación Conducta
- **Niños/adolescentes**
  - Técnicas de autocontrol emocional
  - Entrenamiento en HHSS
  - Técnicas de resolución de problemas
  - Entrenamiento en relajación (comorbilidad ansiedad)

# Tratamiento Psicológico en el TDAH


Control externo conducta  
(terapia conducta)



Control interno/estrategias Autocontrol  
(terapia cognitiva)

# Tratamiento Psicológico en el TDAH

Control externo conducta  
(terapia conducta)



Control interno/estrategias Autocontrol  
(terapia cognitiva)

# TDAH: TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

- **TERAPIA DE CONDUCTA:**

- Análisis Funcional de la Conducta -----

- Delimitar las conductas a cambiar
    - Operativizar la conducta
    - Observar y registrar las conductas a cambiar (línea base)
    - Analizar las contingencias existentes (mantenedores conducta)
    - Aplicar la técnica de modificación de conducta
    - Cambiar las contingencias según conductas objetivo
    - Evaluar el programa de tratamiento
    - Entrenamiento en generalización

# TERAPIA DE CONDUCTA

## OPERATIVIZAR CONDUCTAS

- Definir la conducta de forma OBSERVABLE, MEDIBLE y OBJETIVA.
- Descomponer conducta general en conductas específicas y concretas.

La definición se referirá a la conducta en sí y no a la persona.

Ej: no podemos decir que Ana es agresiva, diremos que Ana pega a los otros niños, a sí misma, rompe objetos y muerde a los demás en la clase.

- Definir la conducta con exactitud:
  - Frecuencia, intensidad, duración y forma de la conducta
  - Situación en que se produce la conducta

# TERAPIA DE CONDUCTA

## MODIFICAR CONDUCTAS

- Aumentar
- Enseñar
- Mantener
- Reducir
- Eliminar



# TERAPIA DE CONDUCTA

## TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS

---

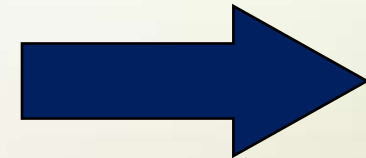
- REFORZAMIENTO POSITIVO
- REFORZAMIENTO NEGATIVO
- ECONOMÍA DE FICHAS
- EXTINCIÓN
- COSTE DE RESPUESTA
- SOBRECORRECCIÓN
- CASTIGO



# TERAPIA DE CONDUCTA

## TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS

- TÉCNICAS PARA INCREMENTAR CONDUCTAS
  - REFORZAMIENTO POSITIVO
  - REFORZAMIENTO NEGATIVO
  - ECONOMÍA DE FICHAS
- TÉCNICAS PARA MANTENER LA CONDUCTA
  - REFORZAMIENTO INTERMITENTE
- TÉCNICAS PARA REDUCIR/ELIMINAR CONDUCTAS
  - EXTINCIÓN
  - TIME-OUT
  - CASTIGO
  - COSTE DE RESPUESTA
  - SOBRECORRECCIÓN



# TERAPIA DE CONDUCTA

## TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS

- TÉCNICAS PARA INCREMENTAR CONDUCTAS
  - REFORZAMIENTO POSITIVO
  - REFORZAMIENTO NEGATIVO
  - ECONOMÍA DE FICHAS



# TÉCNICA DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

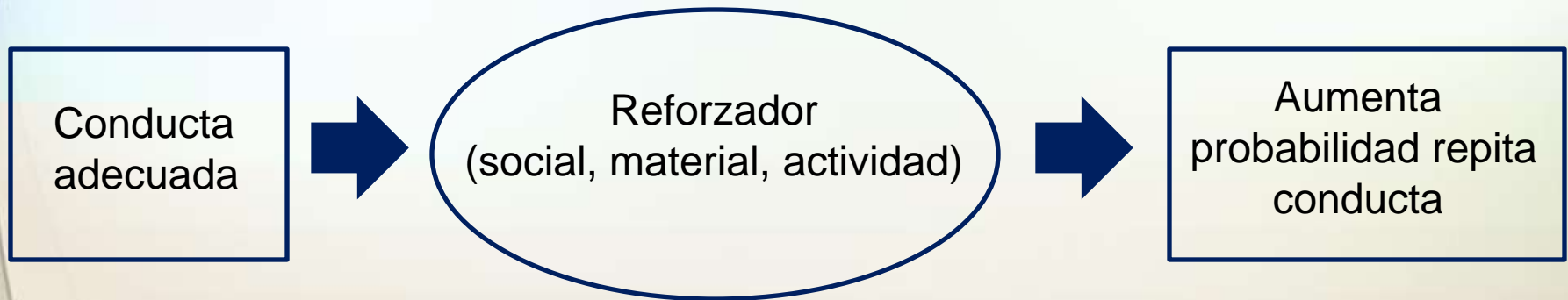
## REFORZAMIENTO POSITIVO

- Presentamos inmediatamente después de la conducta deseada un estímulo que aumenta dicha conducta. El estímulo que se presenta después de la conducta es el **refuerzo positivo**.
- **PASOS DE APLICACIÓN:**
  - Observar y registrar la conducta
  - Definir la conducta problema
  - Definir la conducta objetivo
  - Seleccionar los reforzadores
  - Explicar al niño/a la conducta que premiaremos
  - Aplicar el reforzamiento continuo
  - Planificar el reforzamiento intermitente y la generalización.

# TÉCNICA DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

## REFORZAMIENTO POSITIVO

---



# TÉCNICA DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

## REFORZAMIENTO POSITIVO

---

### ➤ PARA ELEVAR AL MÁXIMO LA EFICIENCIA:

- Realizar una lista de reforzadores
  - Reforzador ha de ser inmediato
  - Entregar la cantidad suficiente (evitar saciedad)
  - Usar variedad de reforzadores sobretodo naturales
  - Programar el reforzamiento intermitente
-

# TÉCNICA DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

## REFORZAMIENTO NEGATIVO

- Una conducta ha sido reforzada negativamente si se incrementa o mantiene porque elimina un estímulo **aversivo**.
- ✓ Ej.: El profesor pone un negativo cada vez que un alumno llega tarde. Decide practicar el reforzamiento negativo y por cada tres días que llegue puntual le elimina un negativo. Si aumenta la conducta de llegar puntual ha sido reforzada negativamente.
- Ej.: “Mientras no acabes la tarea (conducta deseada) no saldrás al recreo (elimino el estímulo aversivo si hago la tarea)”.
- No es un castigo porque no se presenta un estímulo aversivo después de la conducta.
- Es una técnica negativa que puede ocasionar evitación y conductas agresivas.

Tipos de condicionamiento	Se presenta una consecuencia	Se retira una consecuencia
Aumenta la frecuencia de una conducta	Reforzamiento +  Ej: Carga para el móvil por estudiar	Reforzamiento -  Ej: Salir antes de clase por terminar la tarea
Disminuye la frecuencia de una conducta	Castigo positivo  Pegar al niño en las manos por pintar la pared	Castigo negativo  Se retira el móvil por insultar a los padres

# TÉCNICA DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

## ECONOMÍA DE FICHAS

- Entregamos un estímulo (fichas, “gomets”, puntos) inmediatamente después de la conducta deseada.
- El estímulo se cambia más tarde por un refuerzo.
- ✓ Permite trabajar diferentes conductas a la vez.
- ✓ Necesita elevada programación y experiencia.
- APLICACIÓN:
  - Definir operativamente las conductas deseadas
  - Determinar las fichas o puntos que se conseguirán para cada conducta
  - Confeccionar una lista de refuerzos
  - Establecer un sistema de registro
  - Establecer cómo y cuándo se cambiarán las fichas.
  - Se puede introducir coste de respuesta (no en TND)
  - Programar el desvanecimiento o finalización



# TÉCNICA DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

## ECONOMÍA DE FICHAS

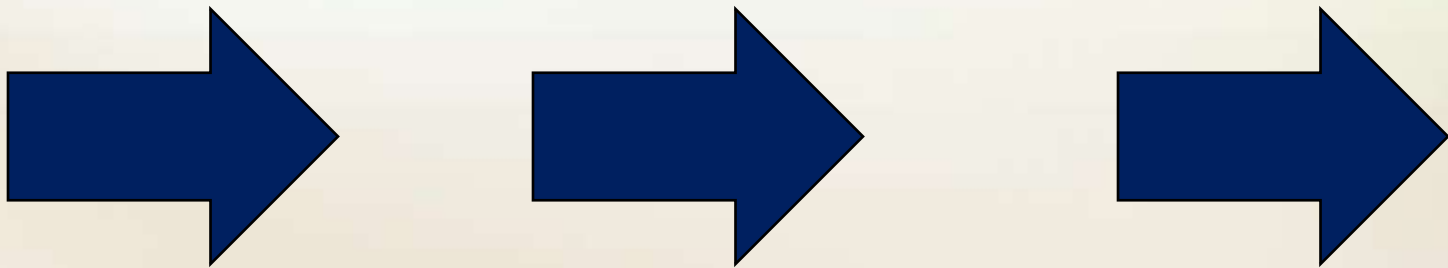
- PROGRAMA DE DESVANECIMIENTO:
  - Aumentar el tiempo que transcurre entre la emisión de la conducta y la entrega de fichas (a diario, cada tres días, semanalmente).
  - Incrementar la tasa de conducta para obtener las mismas fichas (ej.: cada 10, 20, 30 minutos sentado → 2 puntos)
  - Ofrecer menos fichas por la misma conducta (ej.: cada 20 minutos sentado → 4,3,2 fichas)
  - Sustituir las fichas y refuerzos por reforzadores naturales.

# TERAPIA DE CONDUCTA

## TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS

### TÉCNICAS PARA MANTENER CONDUCTAS

- REFORZAMIENTO INTERMITENTE



# TÉCNICA DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

## REFORZAMIENTO INTERMITENTE

- Consiste en reforzar algunas (no todas) las emisiones de la conducta que anteriormente se estableció mediante refuerzo continuo.
- Reforzamiento Intermitente puede ser de razón fija si se aplica cada “x” veces que se presenta la conducta o de razón variable si se aplica después de varias emisiones de la conducta.
- Aplicación:
  - Reducir la frecuencia del refuerzo.
  - Sustituir el refuerzo artificial por refuerzo natural.

# TERAPIA DE CONDUCTA

## TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS

### ■ TÉCNICAS PARA REDUCIR CONDUCTAS

- EXTINCIÓN
- TIME-OUT
- CASTIGO
- COSTE DE RESPUESTA
- SOBRECORRECCIÓN



# TÉCNICA DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

## EXTINCIÓN

- Consiste en evitar que la conducta indeseada sea reforzada por las contingencias ambientales.
- Es necesario identificar las consecuencias ambientales que mantienen la conducta y controlarlas para que no se presenten.
- Es el método más eficaz y menos aversivo para eliminar conductas perturbadoras.

# TÉCNICA DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

## EXTINCIÓN

- APLICACIÓN:
  - Definir operativamente la conducta a eliminar.
  - Identificar los estímulos reforzadores ambientales que mantienen la conducta.
  - Ignorar de forma constante: no mirar, no escuchar, no hablar ni razonar, no gesticular ni realizar comentarios en voz baja.
  - Reforzar conductas incompatibles con la que deseamos extinguir.
  - Explicar las condiciones de la extinción al niño/a antes de aplicarla.
  - Mantener el procedimiento el tiempo suficiente

# TÉCNICA DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

## EXTINCIÓN

### ASPECTOS A TENER EN CUENTA AL REALIZAR EXTINCIÓN:

- La extinción no puede ser utilizada si la conducta perturbadora es peligrosa.
- Se debe ignorar las conductas que se mantienen por la atención de los padres/profesor.
- Al empezar a ignorar una conducta INADECUADA que hasta ahora ha sido reforzada cabe esperar un aumento de la frecuencia / intensidad de la conducta.

# TÉCNICA DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

## TIME-OUT

- Consiste en aislar al niño/a inmediatamente después de realizar la conducta perturbadora a un lugar carente de reforzadores durante un periodo preestablecido de tiempo.
- Aplicación:
  - Explicación de la norma (conducta esperada)
  - Si conducta indeseada, se coge al niño/a se le pide que marche al lugar del tiempo fuera.
  - Pasados unos minutos si ha permanecido en silencio se le va a buscar sin hacer ningún comentario.
  - Reforzarle cuando realice la conducta deseada.



# TÉCNICA DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

## TIME-OUT

- ¿Cuándo y cómo utilizar TIME-OUT?
- Eliminar conductas ⊖ que se mantienen por la atención del ambiente.
- Cuando extinción no está indicada: conductas peligrosas, difícil ignorar la conducta inadecuada.
- Combinar TIME-OUT con el reforzamiento de conductas incompatibles.
- La zona de tiempo fuera debe carecer de distracciones y de peligros.
- No aplicar TIME-OUT si sirve para escapar de situación.
- Time-out: Orientativo 1 minuto por año de edad (hasta los 6-7 años)

# TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS

## SOBRECORRECCIÓN

- Útil para reducir conductas que han alterado el ambiente.
- La sobrecorrección restitutiva consiste en reparar el daño causado por la conducta hasta el estado original.
- La sobrecorrección de práctica positiva consiste en restaurar el daño ocasionado y repetir la conducta de reparación varias veces.
- La conducta elegida para la sobrecorrección debe estar relacionada con la conducta.

# TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS

## SOBRECORRECCIÓN

- APLICACIÓN:
  - Valorar otras técnicas de reducción de conductas.
  - Explicar las normas antes de aplicar la técnica.
  - Cuando el niño/a realiza la conducta indeseada aplicar inmediatamente la sobrecorrección.
  - Controlar la duración.
  - No reforzar durante la sobrecorrección e ignorar las conductas perturbadoras.
  - Registrar la evolución de la conducta.

# TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS

## SOBRECORRECCIÓN

- **VENTAJAS:**
  - Técnica constructiva.
  - Reduce las desventajas del castigo.
- **INCONVENIENTES:**
  - Técnica aversiva
  - Dificultad de aplicación inmediata.
  - Dificultad para restaurar determinadas conductas
  - Se debe permanecer al lado del niño/a durante la sobrecorrección.

# TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS

## COSTE DE RESPUESTA

- Consiste en retirar una cantidad específica de reforzadores de una respuesta ganados previamente.
- Método rápido, eficaz y duradero.
- Método aversivo que puede generar conductas de agresión o evitación.
- Requiere que el niño/a disponga de reforzadores.
- La eficacia depende de la tolerancia a las penalizaciones del niño/a.

# TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS

## COSTE DE RESPUESTA

- APLICACIÓN:
  - Revisar otras técnicas menos aversivas.
  - Explicar el método previamente al niño/a.
  - Combinarlo con el refuerzo de las conductas alternativas.
  - Retirar un refuerzo para el niño/a.
  - Retirar una cantidad importante desde el primer momento.
  - No permitir saldos negativos o que pierda todos los refuerzos.
  - Aplicarlo rigurosamente y de forma inmediata
  - Registrar los refuerzos ganados y perdidos.

# TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS

## CASTIGO

- Consiste en presentar un **ESTÍMULO AVERSIVO** inmediatamente después de la conducta perturbadora con el objetivo de eliminarla.
- **VENTAJAS:**
  - Detención rápida de la respuesta.
  - Facilita la discriminación
  - Instructivo para los hermanos
- **INCONVENIENTES:**
  - No enseña la conducta adecuada
  - Tolerancia al castigo
  - Pérdida de la autoestima
  - Crea rabia y agresividad contra la persona que lo aplica



ÚTIL PARA ELIMINAR CONDUCTAS  
MUY NEGATIVAS Y POCO FRECUENTES

# TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS

## RESUMEN

---

- ✓ Los reforzadores han de ser inmediatos a la conducta adecuada.
  - ✓ Es mejor aplicar recompensas a la conducta deseada que castigos a la conducta a evitar.
  - ✓ Ser coherente.
  - ✓ Cumplir los pactos.
  - ✓ Planificar con antelación las situaciones problemáticas.
  - ✓ Mantener la perspectiva de las dificultades. No culpabilizar.
  - ✓ No querer cambiar todas las conductas. Priorizar las más graves.
-

# Programas de entrenamiento a padres

- Parent training

- Triple P (Sanders et al., 2004)
- Incredible Years Programme (Jones et al., 2007,2008)
- New Forest Parenting Package (Weeks et al., 1999)

# Positive Parenting Program (Triple P)

- Parentalidad positiva y relaciones adecuadas (niños de 2 a 16 años).
- Basado en modelos de aprendizaje social.
- Técnicas de cambio conductual (padres/niño).
- Objetivos principales (10 sesiones individuales):
  - Mejorar la armonía familiar y reducir los conflictos entre padres-hijo.
  - Modificación del contexto ecológico parental.
- Aspectos que se trabajan:
  - Relaciones seguras padres-hijos: positivas y no-violentas.
  - Respuestas efectivas ante los problemas de los hijos.
  - Autorregulaciones en las habilidades parentales.



# Incredible Years (IY)

- Manejo de conductas agresivas y oposicionistas (12 sesiones-grupal)
- Parenting Programme, Child Program y Teacher Program.
- **Objetivos Parenting Program:**
  - Parentalidad positiva.
  - Aumentar y mejorar las relaciones padres-hijo.
  - Incrementar el uso de estrategias positivas.
- **Subprogramas por edades:**
  - Babies and Toodles (0 a 3 años).
  - Basic Early Childhood (3 a 6 años).
  - Basic school-age (6 a 12 años).
  - Advanced (6 a 12 años).
- **Estrategias:**
  - Juego directo.
  - Habilidades Sociales y Emocionales.
  - Disciplina positiva - Limites efectivos.



# New Forest Parenting Program (NFPP)

- Intervención psicosocial específica para TDAH.
- Dirigido a padres con niños de 3 a 5 años (8 sesiones)
- Objetivos del NFPP:
  - Reducción de las reacciones negativas de los padres.
  - Establecimiento de autoridad coherente.
  - Aumentar cantidad y calidad de interacciones constructivas.
  - Aprender a ser “entrenadores” de sus hijos.
- Etapas del NFPP:
  - 1) Psicoeducación.
  - 2) Juego.
  - 3) Revisión con padres.
  - 4) Tareas.
  - 5) Revisión final.

• Técnicas



- Juego diario
- Role-Playing
- Habla autoritaria



# Eficacia EP

- 3 ECAs han demostrado mejoras significativas:
  - Síntomas nucleares TDAH.
  - Problemas de conducta asociados.

---

  - NFPP: TAMAÑO EFECTO comparable a ESTIMULANTES en niños más mayores.
  - IY/Triple P -> Evaluado eficacia a largo plazo:
    - Efectos beneficiosos se mantienen durante al menos 1 año.

---

  - Baja respuesta a IY se asocia a problemas int. y conducta agresiva (previa)
  - Síntomas TDAH y Depresivos en la madre -> reducción de la eficacia EP
  - Gravedad de los síntomas TDAH se asocia a mejor respuesta al EP.

(Sonuga-Barke et al., 2001; Jones et al., 2007; Bor et al., 2002)

# Tratamiento Psicológico en el TDAH

Control externo conducta  
(terapia conducta)



Control interno/estrategias Autocontrol  
(terapia cognitiva)

# Tratamiento Psicológico en el TDAH

## Tratamiento Cognitivo-Conductual

- **Padres**
  - Psicoeducación TDAH
  - Entrenamiento en Téc. Modificación Conducta
- **Niños/adolescentes**
  - Técnicas de autocontrol emocional
  - Entrenamiento en HHSS
  - Técnicas de resolución de problemas
  - Entrenamiento en relajación (comorbilidad ansiedad)

# Tratamiento cognitivo TDAH

## Autocontrol emocional

### Entrenamiento en autoinstrucciones

- Objetivos:
  - Mejorar la comprensión de tareas o situaciones.
  - Generar espontáneamente estrategias
  - Utilización de mediadores para guiar y controlar el comportamiento

# Tratamiento cognitivo TDAH

## Autocontrol emocional

### Entrenamiento en autoinstrucciones

- Lenguaje de los niños guía y ordena la conducta externa

LENGUAJE INTERNO



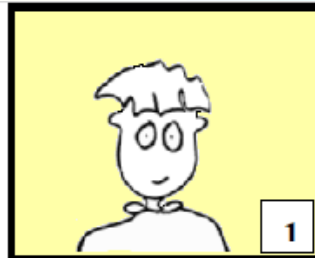
“DIRECTOR” Y “CONTROLADOR” DEL COMPORTAMIENTO

# Entrenamiento Autoinstruccional

(Meichenbaum y Goodman, 1971)

1. **Modelado cognitivo:** el terapeuta modela instrucciones en voz alta (el niño escucha y observa).
2. **Guía externa:** el niño realiza la misma tarea, siguiendo las instrucciones del terapeuta, éste verbaliza las autoinstrucciones.
3. **Autoguía manifiesta:** el niño ejecuta la tarea verbalizando en alto y para sí mismo las autoinstrucciones.
4. **Autoguía manifiesta atenuada:** El niño trabaja para sí mismo las autoinstrucciones.
5. **Autoinstrucción encubierta:** el niño utiliza su lenguaje interno para guiar en silencio su proceder.

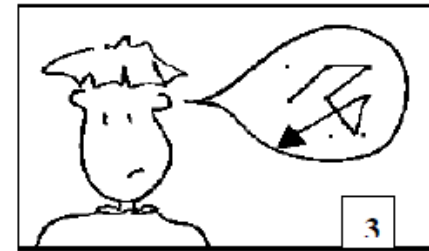
# Entrenamiento en autoinstrucciones



Primero, miro y digo  
todo lo que veo



¿Qué es lo que tengo que  
hacer?



¿Cómo lo voy a hacer?



Tengo que estar muy  
atento (y ver todas las  
posibilidades de  
respuesta)



¡Ya puedo hacerlo!



¡Genial! Me ha  
salido bien



No me ha salido bien.  
¿POR QUÉ? (reparo  
todos los pasos)  
Ah! ¡era por eso!. Bien,  
la próxima vez no  
cometeré ese error.

Cuadro 1: Esquema de Autoinstrucciones Adaptado de Meichenbaum (1971) por Orjales (1991, pasos 2 al 6) y Esquema de Autoinstrucciones Ampliado (Orjales, 1999, pasos del 1 al 6).

# Entrenamiento en autoinstrucciones

## Instrucciones:

Intenta usar uno de estas autoinstrucciones la próxima vez que sientas que te estás enfadando ¡Hazlos tuyos!

1. Mientras mantengas la calma, podrás controlar la situación.
2. Vamos a tomar las cosas sin exageración. No te salgas de tus casillas
3. Piensa en lo que quieres conseguir.
4. No necesitas demostrarle nada a nadie.
5. No hay motivo para molestarse.
6. Busca las cosas positivas.
7. No permitirás que esto te moleste.
8. Probablemente no es feliz, por eso se muestra tan molesto.
9. No puedes esperar que la gente actúe como tú quieras.
10. Tus músculos están tensos. Es hora de relajarte.
11. Probablemente está buscando que pierdas los papeles ¡contrólate!
12. ¡Alto!. Respira hondo varias veces.
13. Intenta resolver el problema. Puedes tratar con respeto a esa persona.

# ¿Por qué entrenamiento en autoinstrucciones?

- Conciencia de los procesos de pensamiento implicados en la resolución de problemas.
- Reducir las respuestas impulsivas inmediatas a la presentación de una tarea.
- Conseguir un procesamiento de la información más reflexivo y sistemático.
- Favorecer el desarrollo de estrategias de resolución de problemas.
- Conseguir entrenamiento en autoevaluación y entrenamiento atribucional.

# Técnica de la Tortuga (Schneider y Robin, 1990)

Antiguamente había una hermosa y joven tortuga, tenía 6 años y acababa de empezar el colegio. Su nombre era Pequeña Tortuga. A ella no le gustaba mucho ir al Cole (...) No le gustaba aprender cosas en el colegio, ella quería correr, jugar... era demasiado difícil y pesado hacer fichas y copiar de la pizarra (...) Así que el colegio para ella era un poco duro.

a la más grande y vieja Tortuga que ella hubiera

no te das cuenta que la solución a tus problemas

tienes tu concha? Tú te puedes esconder en tu concha siempre que tengas sentimientos de rabia, de ira, siempre que tengas ganas de romper, de gritar, de pegar... Cuando estés en tu concha puedes descansar un momento,

este nuevo secreto de la escuela.

Al día siguiente

la idea, y estaba muy contenta de intentar

de encontrarse a su profesor sonriéndole, contento y orgulloso de ella (...)

# TERMÓMETRO DE LA RELAJACIÓN

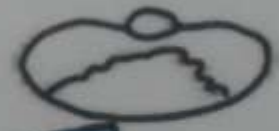
PARA Y PIENSA



RESPIRA 3 VECES

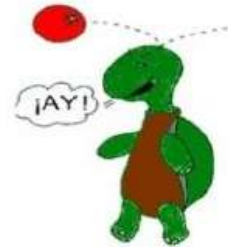


PIENSA UNA SOLUCIÓN



# La técnica de la tortuga

1. Reconoce tus emociones



2. Piensa y para



3. Métete en tu caparazón y respira



4. Sal de tu caparazón y piensa una solución



# Tratamiento cognitivo TDAH

## Técnicas de resolución de problemas:

- 5 Pasos para resolver un problema:
  - 1º- Especificar el problema.
  - 2º- Concretar la respuesta que como hábito damos al problema.
  - 3º- Hacer una lista con soluciones alternativas.
  - 4º- Valorar las consecuencias de cada alternativa.
  - 5º- Valorar los resultados.

(D´Zurilla y Goldfried, 1971)

# Tratamiento cognitivo TDAH

## Entrenamiento en Habilidades Sociales

- Educación emocional:
  - Discriminación de sentimientos
  - Reconocimiento de sentimientos
- Entrenamiento en habilidades cognitivas:
  - Pensamiento causal
  - Pensamiento alternativo
  - Pensamiento consecuencial
  - Pensamiento de perspectiva
  - Pensamiento de medios-fines
  - Técnicas de resolución de problemas sociales
- La respuesta asertiva y las habilidades sociales básicas:
  - Respuesta agresiva, pasiva y asertiva
  - Entrenamiento en habilidades sociales básicas

# Tratamiento cognitivo TDAH

- ¿Por qué entrenamiento en Habilidades Sociales?
  - Dificultades de relación social
  - Mal ajuste social
  - Rechazo iguales
  - Predictor negativo de TND-TC

---

  - Efectividad combinada con otros tratamientos
  - No efectiva en TDAH+TND
  - Mayor eficacia: Ent. Padres+HHSS+CBT (NICE, 2009)

---

# Tratamiento cognitivo TDAH

## Entrenamiento en técnicas de relajación

- Entrenamiento en respiración lenta
- Relajación progresiva de Jacobson
- Relajación Muscular de Koeppen
- Entrenamiento Autógeno de Schultz



# GPC TDAH: Recomendaciones

## Tratamiento Psicológico

7.1.5. En el TDAH en niños y adolescentes: ¿Qué variables clínicas e instrumentos estandarizados existen para valorar la eficacia del tratamiento psicológico? ¿En qué momento del tratamiento se debería valorar su eficacia?

Recomendaciones		
✓	7.1.5.1.	En los programas de tratamiento psicológico de niños y adolescentes con TDAH deben <u>evaluarse la eficacia,</u> los posibles efectos adversos y el cumplimiento terapéutico. La evaluación del tratamiento se realizará a los <u>3 meses del inicio, al finalizarlo</u> (en caso de tener un límite temporal definido), o en el momento que el clínico lo considere oportuno.

# Conclusiones



## Revisión

Eduardo Serrano-Troncoso<sup>1</sup>  
Monica Guidi<sup>2</sup>  
José Ángel Alda-Díez<sup>1</sup>

¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)?  
Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH

<sup>1</sup>Unidad de TDAH, Servicio de Psiquiatría y Psicología  
Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España

<sup>2</sup>Caudex Medical  
Oxford, Reino Unido

*Actas Esp Psiquiatr* 2013;41(1):44-51

## Revisión

Eduardo Serrano-Troncoso<sup>1</sup>  
Monica Guidi<sup>2</sup>  
José Ángel Alda-Díez<sup>1</sup>

# ¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH

<sup>1</sup>Unidad de TDAH, Servicio de Psiquiatría y Psicología  
Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España

<sup>2</sup>Caudex Medical  
Oxford, Reino Unido

### Preescolares

- Entrenamiento a padres

### Escolares

- Entrenamiento a padres
- HHSS
- Intervenciones a nivel escolar

### Adolescentes

- Intervenciones a nivel escolar
- TCC
- Entrenamiento en HHSS

**¡Gracias por su atención!**



**[eserrano@hsjdbcn.org](mailto:eserrano@hsjdbcn.org)**

# CASO CLÍNICO

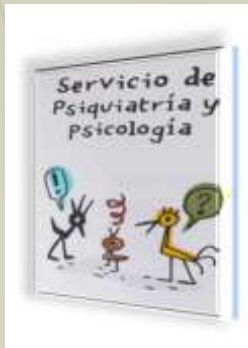
AD/HO

# FORMACIÓ EN TRACTAMENT PSICOLÒGIC COGNITIU-CONDUCTUAL

## Teràpia Cognitiu-Conductual en el TDAH

### CASO CLÍNICO

MANIA PEDIÀTRICA Y/O TDAH  
Controversias diagnósticas

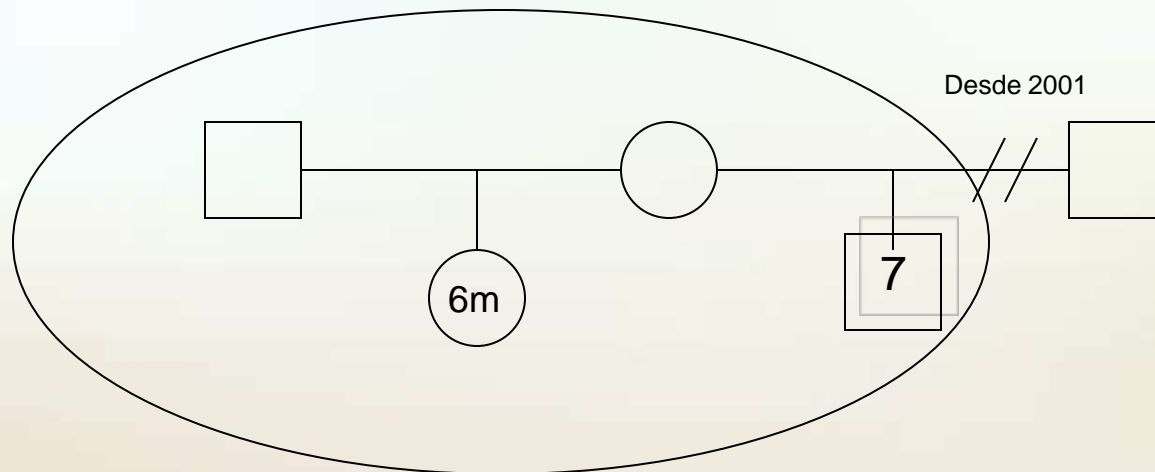


**Sant Joan de Déu**   
HOSPITAL MATERNOINFANTIL - UNIVERSITAT DE BARCELONA

# A propósito de un caso...

## 1ª visita Unidad de Crisis

- MC: Niño 7a y 3m derivado de Ucies (HSJD) por TDAH vs. T. AFECTIVO
- AF:



- AP: 2005 Dx TDAH. Servicio NRL H. Germans Tries i Pujol
  - Tratado con Rubifen, Concerta y Medikinet (no tto últimos 7d)
  - 2007 presenta episodio compatible con crisis de ausencias (EEG, RM y PSG: normal)

# A propósito de un caso...

EA: Desde hace 2 meses y de forma intensificada último mes presenta:

- Aumento significativo de la hiperactividad (agitación psicomotora)
- Verborreico
- Fuga de ideas
- Irritabilidad (pega ante cualquier frustración)
- Episodios de heteroagresividad (compañeros de clase, profesora)
- Conducta social inadecuada
- Conducta sexual desinhibida (tocamientos a la hermana de 6m)
- Disminución de la necesidad de dormir (últimas 72h duerme 2-3h/noche)
- Autoestima exagerada-ideas de grandiosidad
- Episodio de alucinaciones visuales (Altavoces y lagartija)

OD: TDA-H+ Síndrome maníaco

Pla: Ingreso en sala de Hospitalización

# Anamnesis

## ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Padre: Abuso OH+cocaína. Ludopatía. Madre refiere celotipia+maltratos físicos a ella y al niño.
- Madre: T. Ansioso-depresivo reactivo a separación. Seguimiento y tto irregular (Paroxetina) en CSMA.
- Prima madre: Esquizofrenia

# Anamnesis

## Historia familiar

Padres pareja desde los 14 a.

Maltratos físicos.

Embarazo a los 17 años.

De los 9m a los 3a visitas con padre+familia paterna.

A los 3 años retiran custodia al padre por maltratos físicos

A los 3 años viven solos madre e hijo.

Desde los 4 años madre nueva pareja.

Desde los 6 años viven juntos.

# Anamnesis

## ANTECEDENTES MÉDICOS

- Sin AMC.
- Seguimiento en NRL del Hospital Germans Trias i Pujol para estudio de crisis compatibles con crisis de ausencias, que no se han confirmado. EEG, PSG y RMN normal.

# Anamnesis

## HISTORIA EVOLUTIVA

### Gestación

- 1ª gestación de la madre, a los 17 años
- 8 semanas amenaza de aborto.
- 16/17 ingreso por APP, tratamiento tocolítico durante 3 meses.
- Parto a término, distócico (fórceps)
- PRN: 3650 gr. Apgar: 9-10-10.

# Anamnesis

- Sonrisa social 5m. Bebé reactivo
- Alimentación: Alimentación artificial. Sin problemas para introducir triturados ni sólidos. Buen comedor.
- Inicio deambulación 10 m, no gateo previo. Muy movido desde que camina. Mala psicomotricidad fina.
- Lenguaje: Bisílabos 12m. Hasta los 3 años no frases más complejas.
- Sueño: Hasta los 2 años durmió en la habitación de la madre. Desde los 2 y medio en habitación propia. Miedo a la oscuridad, necesita adulto para dormirse.

# Anamnesis

- Esfínteres: Control a los 2 años. Episodios de enuresis+encopresis secundarias, coinciden después visitas del padre.
- Describen niño cariñoso, expresivo, más bien miedoso.
- Muy movido, distraído, algunas rabietas pero reconducible en casa y en la escuela.
- Se cansa muy rápido de los juegos, dificultades para acabar tareas, poco constante.
- Guardería (2 años), no ansiedad de separación. Buena interacción con iguales. Disperso y movido. Retraso en la adquisición del lenguaje.

# Anamnesis

- Escuela:
  - Dificultades de aprendizaje en lecto-escritura.
  - Problemas de atención.
  - Refuerzo con psicóloga del centro. Desde 1º E.P. adaptación curricular (no era capaz de distinguir las vocales).
  - No problemas de conducta graves
  - Socialización adecuada
- Exploración WISC-IV (CI:111). Perfil homogéneo

# Anamnesis

## ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

- 1ª consulta CSMIJ, 2 años.
  - Reacciones de ira, retraimiento, encopresis y enuresis secundaria. Lo relacionan con visitas del pare.
  - Seguimiento unos meses y alta.
- 2ª consulta a CSMIJ, 5 años.
  - Derivados desde la escuela por dificultades de aprendizaje, hiperactividad e inatención.
  - OD: TDAH combinado. No Tto farmacológico hasta los 6 años

➤ Junio '07. Ingreso NRL Can Ruti

Coincidiendo con 2º embarazo madre, durante 3-4 semanas se siente triste, no tiene ganas de salir ni jugar, hipersomnía.

(episodio depresivo?)

# Anamnesis

## TRATAMIENTOS

- Dic '06: Rubifen 10 mg 1-1-0, no efectivo
  - Feb '07: Concerta 18 mg respuesta parcial
  - Sep '07: Medikinet 30mg: respuesta parcial
  - Feb '08: Concerta 18mg + Rubifen 5 mg 1-1-0
- STOP 7 días antes del ingreso.

# Enfermedad actual (I)

## Episodio de tres semanas (sin desencadenante):

- Incremento hiperactividad, más “movido y acelerado”,
- Duerme menos horas (2-3 h/noche últimos 3 d).
- Más inatento, disperso, incapaz de organizarse para realizar actividades básicas (se viste mal, con la ropa del revés)
- Habla más y más rápido, pasa de un tema a otro, no se le entiende.
- Contacto social indiscriminado, descarado, habla a desconocidos por la calle, muestras de excesiva confianza y de afecto inapropiados. Regala cosas.

# Enfermedad actual (II)

- Sale desnudo del vestuario, se hace fotos con el móvil desnudo, tocamientos a niñas de la escuela y hermana pequeña.
- Delante de límites cambia de actitud, se muestra desafiante, irritable y agresivo. Amenaza de escaparse, sale de casa o de la escuela corriendo.
- Dice que “es el rey”, que es “el más listo de la escuela”, dice que es capaz de “saltar por las ventanas”.
- Veía unas orejas de burro que salían de unos altavoces y en el patio comenzó a correr y a gritar diciendo que le estaba persiguiendo una lagartija.

# EPP en el ingreso

- Consciente y bien orientado.
- Colabora parcialmente.
- Inquieto, distraible.
- Contacto expansivo, alegre, juguetón (se pone a cantar, se esconde dentro del armario).
- Verborreico, interrumpe constantemente, lenguaje poco comprensible, acelerado. Taquipsíquico.
- Discurso saltatorio, pierde el hilo conductor y cuesta mucho centrarlo (fuga de ideas).

# EPP en el ingreso

- Ideas de grandiosidad, nula percepción del peligro
- Hipertímico.
- Sensación de mayor energía.
- Insomnio.
- Hiporexia
- No alteraciones perceptivas en el momento de la exploración.

# HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA

## ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

- TDAH grave
- TDAH+TND grave
- Síndrome maníaco 2ario a psicoestimulants
- Episodio maníaco (debut TB prepuberal)
- Episodio maníaco+TDAH

# HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- TDAH grave
- TDAH+TND grave
- Síndrome maníaco 2ario a psicoestimulants
- Episodio maníaco (debut TB prepuberal)
- Episodio maníaco+TDAH

**OD: Episodio maníaco+TDAH**

# Criterios DSM-IV Episodio Maníaco

A. Periodo diferenciado de Estado de Ánimo anormal (ELEVADO, EXPANSIVO O IRRITABLE)

Duración: 1 semana o < si ingreso

B. ÁNIMO ELEVADO-EXPANSIVO + 3 SÍNTOMAS

ÁNIMO IRRITABLE + 4 SÍNTOMAS

- Autoestima exagerada-grandiosidad
- Disminución necesidad de dormir
- Verborreico
- Fuga de ideas o pensamiento acelerado
- Distraibilidad
- Aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora
- Implicación excesiva en actividades placenteras (consecuencias graves)

C. No episodio mixto

D. Deterioro social, escolar, familiar

E. No sustancias ni enfermedad médica

# Evolución ingreso

- Se inicia Tto Risperidona hasta 3mg/d y Valproato hasta 800mg/día
- 1ª -2ª semana:
  - Hipertimia-disforia
  - Conducta hiperactiva y dispersa
  - Interacción iguales intrusiva
  - Desafiante ante imposición de límites
  - Normalización del sueño
- A partir 2ª semana mejora significativa:
  - Conducta más organizada y apropiada
  - Mayor capacidad de participar y compartir actividades grupales
  - Poco abordable a nivel individual
    - Persiste dificultades de atención
    - Negativismo “pasivo”
- Escasa capacidad de contención de la madre

# Diagnóstico y Tratamiento

- Dx:
  - Eje I: Trastorno Bipolar (I)  
TDAH tipo combinat
  - Eje II: sin diagnóstico
  - Eje III: sin diagnóstico
  - Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo  
Abuso físico del niño
  - Eix V (CGAS): 50
- Tto:
  - Depakine 400 1-0-1
  - Risperdal flas 1-0-3
  - Akineton 2 mg 1-0-0
- Derivación a CCEE Unidad de TDAH

# OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- **Objetivos a CORTO plazo:**
  - Estabilización sintomatología afectiva
  - Entrenamiento a padres Téc. Modificación Conducta
  - Pautas a profesores en el manejo conductual en el aula
  - Valoración Social: “Centre Obert”
- **Objetivos a MEDIO-LARGO plazo:**
  - Estabilización sintomatología afectiva
  - Tratamiento Farmacológico para el TDAH
  - Tratamiento Psicológico individual
  - Valoración Trastornos específicos del aprendizaje

# Seguimiento CCEE

- Clínica afectiva estable
- Síntomas propios TDAH+TND (casa y escuela)
- Buen manejo conductual padres y profesores
  - Desde verano:
    - ✓ Disminución progresiva Risperidona (0-0-1)
    - Septiembre: inicio Atomoxetina (40mg), buena tolerancia y respuesta clínica.
      - Mejora significativa comportamiento y rendimiento escolar
      - Acude a “Centre Obert” con buena adaptación.

---

# **Psychometric Properties of the Young Mania Rating Scale for the Identification of Mania Symptoms in Spanish Children and Adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder**

Eduardo Serrano<sup>a, b</sup> Lourdes Ezpeleta<sup>b</sup> José A. Alda<sup>a</sup> José L. Matalí<sup>a</sup>  
Luis San<sup>a, c</sup>

<sup>a</sup>Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology, Hospital Sant Joan de Déu, and

<sup>b</sup>Unitat d'Epidemiologia i de Diagnòstic en Psicopatologia del Desenvolupament, Universitat Autònoma de Barcelona, and <sup>c</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Barcelona, Spain

# Comorbidity and Phenomenology of Bipolar Disorder in Children With ADHD

Journal of Attention Disorders  
XX(X) 1–9  
© 2011 SAGE Publications Reprints  
and permission:  
sagepub.com/journalsPermissions.nav  
DOI: 10.1177/1087054711427553  
<http://jad.sagepub.com>



Eduardo Serrano<sup>1,2</sup>, Lourdes Ezpeleta<sup>2</sup>, and  
Josefina Castro-Fornieles<sup>3,4,5</sup>

## Abstract

**Objective:** To assess the comorbidity of bipolar disorder (BPD) in children with ADHD and to study the psychopathological profile of ADHD children with and without mania. **Method:** A total of 100 children with ADHD were assessed with a semistructured diagnostic interview and questionnaires of mania, ADHD, and general psychopathology. **Results:** 8% of children met criteria for BPD and 6% for BPD—not specified. ADHD children with bipolar spectrum disorder had greater comorbidity with disruptive behavior disorders and scored higher on the Young Mania Rating Scales and on the Child Behavior Checklist (CBCL) Scales of rule-breaking behavior, externalizing problems, and total problems; however, significance on the CBCL Scales was lost when controlling for disruptive behavior disorders. **Conclusion:** BPD is frequently associated with ADHD; it has important implications for prognosis and choice of treatment. Differences on the CBCL Scales could be explained by the comorbidity with disruptive behavior disorders rather than by a specific manic profile. (*J. of Att. Dis.* 2011; XX(X) 1-XX)

## Keywords

ADHD, bipolar disorder, bipolar spectrum disorder, children and adolescents, comorbidity