



MÁSTERES de la UAM

Facultad de Psicología /12-13

Máster Universitario en
Psicología de la Salud



El Trastorno por déficit de Atención e hiperactividad (TDAH): Reflexión y análisis a partir del caso de M. Raquel Martínez Soto



ÍNDICE:

RESUMEN (ABSTRACT): **PÁG. 3**

1. INTRODUCCIÓN AL TDAH:

- Definición, diagnóstico y epidemiología: pág. 4-5
- Etiología y modelos teóricos del TDAH: pág. 5-6
- Evaluación del TDAH: pág. 6-8
- Tratamiento del TDAH: pág. 8-13

2. PRESENTACIÓN DEL CASO DE M.

- Historia clínica: pág.14-16
- Evaluación psicológica inicial: pág. 16-21
- Conclusiones de los resultados iniciales: pág. 21-22
- Objetivos de intervención: pág. 22- 28
- Resultados retest: pág. 29-42
- Conclusiones del caso: pág. 42-46

BIBLIOGRAFÍA **PÁG. 46-51**

RESUMEN

El presente trabajo se realiza a partir de la petición de los padres de M., un niño de 6 años de edad que cursa 1º de Educación Primaria, de realizar una evaluación psicológica que valore los posibles problemas atencionales y de hiperactividad de su hijo. El objetivo es corroborar si el diagnóstico de M. es un TDAH, y comprobar la eficacia de 12 meses de intervención con la TCC. Para ello comenzamos con una revisión sistemática acerca del TDAH. En cuanto a nuestro caso, tras una evaluación inicial, se derivan las orientaciones y objetivos de intervención a seguir con M. durante un año de terapia TCC. Finalmente se realiza un retest a los 12 meses del comienzo de la intervención, y se comprueba la evolución de éste en sesión, y en otros contextos en los que se desenvuelve: casa y colegio. Las conclusiones a las que llegamos con este caso confirman los resultados hallados en otros estudios de eficacia en casos de déficit de atención e hiperactividad. Por lo tanto, se comprueba que la terapia cognitivo-conductual en niños con TDAH es eficaz para reducir tanto los síntomas primarios del problema como los derivados de éstos: trastornos del aprendizaje, del lenguaje, conducta opositora, etc. También, queda corroborado que el entrenamiento a padres y profesores se trata de un elemento muy importante de la eficacia de la TCC, ya que tiene lugar en su ambiente natural, cosa que favorece la adquisición, mantenimiento y generalización de las habilidades adquiridas en sesión.

Palabras clave: TDAH, terapia cognitivo-conductual, diagnóstico, eficacia tratamiento, entrenamiento de padres y profesores.

ABSTRACT

The present study is realized from the request of the parents of M., a 6-year-old child who deals first of Primary Education, of realizing a psychological evaluation that values the possible attention-deficit hyperactivity disorder of his son. The aim is to corroborate if the diagnosis of M. is ADHD, and to verify the efficiency of 12 months of intervention with the cognitive- behavioral therapy. So that, the study begins with a systematic review about the ADHD. Regarding our case, this one begins with an initial evaluation, orientations and aims of intervention stem to continuing with M. during a year of therapy. Finally a retest is realized to 12 months of the beginning of the intervention, and the evolution is verified of this one in session, and in other contexts in those who are unrolled: house and college. The conclusions to which we come with this case confirm the results found in other studies of efficiency in cases of ADHD. Therefore, there is verified that the cognitive - behavioral therapy in children with this disorder is effective to reduce both the primary symptoms of the problem (attention and hyperactivity) and the derivatives of these: problems of the learning, language, conduct opponent, etc. Also, it can only corroborated that the training parents and teachers treats as a very important element of the efficiency of these therapy, since it takes place in his natural environment, thing that favors the acquisition, maintenance and generalization of the skills acquired in session.

Key words: ADHD, cognitive - behavioral therapy, diagnosis, efficiency treatment, training of parents and teachers

1. INTRODUCCIÓN AL TDAH

DEFINICIÓN, DIAGNÓSTICO Y EPIDEMIOLOGÍA:

Desde el DSM-IV (APA, 1994) este trastorno se conoce como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), nombre que se mantuvo en el DSM-IV-TR (APA, 2000) y que diferencia tres subtipos: predominantemente inatento (TDAH-IA), predominantemente hiperactivo-impulsivo (TDAH-HI), y mixto (TDAH-C). Se encuadra dentro de la categoría de “Trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador”.

Los síntomas, según el DSM-IV-TR (APA, 2000) deben presentarse en dos o más ambientes, antes de los siete años de edad y causar un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

Parece que los cambios del DSM-V para el TDAH van a ser:

- 1) Cambio en la categorización, pasando de la categoría “Trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador”, a la categoría “trastornos del neurodesarrollo”.
- 2) Se añaden ejemplos para los criterios y se tiene en cuenta a adolescentes y adultos.
- 3) Aumenta la edad de inicio en la que los síntomas deben estar presentes de los 7 años a los 12 años.
- 4) Cambia, de los tres subtipos a cuatro, agregándose el tipo restrictivo desatento.
- 5) Se elimina el Autismo de los criterios de exclusión.
- 6) Parece que el punto de corte para el diagnóstico en los adultos va a ser que cumplan la mitad de los criterios diagnósticos que los niños.

El TDAH es una condición transcultural, y uno de los trastornos de comportamiento infantil más frecuentes. Sus tasas de prevalencia son muy variables, en función de los métodos de evaluación utilizados, las fuentes de información, de la utilización de muestras clínicas o poblacionales, de la utilización de criterios más o menos restrictivos, del subtipo,

del género, edad, etc. Así, Biederman y Faraone (2005) señalan una prevalencia a nivel global de entre un 8-12%. Según el DSM-IV (APA, 1994), la prevalencia se ha estimado entre 4-12% en población en etapa escolar de 6 a 18 años, y los síntomas suelen persistir en la vida adulta hasta en el 50% de los casos, con una prevalencia estimada de 4% para TDAH en adultos, destacando que los síntomas de hiperactividad suelen disminuir con la edad, pero se mantienen los de inatención e impulsividad. Además, su prevalencia más alta se encuentra entre los 6 y los 9 años. Este trastorno generalmente predomina en hombres, siendo la ratio niños/niñas de 4 a 1 en la población general, y de 9 a 1 en la población clínica (APA, 2000), aunque en adultos la proporción es 1:1, por lo que puede deberse a un infradiagnóstico en mujeres por su menor asociación a conductas externalizantes y disruptivas, y al predominio en ellas del subtipo TDAH-IA de más difícil diagnóstico. Aunque la mayoría de estudios confirman que el subtipo de TDAH más frecuente es el femenino el subtipo más predominante es el inatento (Cardó y Servera, 2005).

Además, según el estudio llevado a cabo en EEUU(MTA,1999), siguiendo los criterios del DSM-IV(APA, 1994) los principales síntomas asociados al TDAH o complicaciones secundarias suelen ser los problemas de comportamiento(oposicionista-desafiante, y disocial en un 39,9% y 14,3% respectivamente), las dificultades en el aprendizaje escolar con un 15,5%, problemas de relaciones sociales, alteraciones emocional/bajo nivel de autoestima y trastornos de ansiedad principalmente con un 3,8 % y 33,5% respectivamente.

ETIOLOGÍA Y MODELOS TEÓRICOS DEL TDAH:

La transmisión hereditaria demuestra que los hijos de padres con TDAH tienen hasta un 50 % de probabilidad de tener el mismo problema, y parece que los factores genéticos explican entre un 50 y un 70 % de los síntomas del TDAH (Faraone S.V., Biederman J., Mick

E., Williamson S., Wilens T., Spencer T., 2002). Además, estudios neuropsicológicos (Barkley, 1997) recientes sugieren, en este trastorno, un mal funcionamiento del córtex prefrontal, del nucleus caudatus y el globus pallidus. La disfunción en el proceso de transmisión de la dopamina en los sujetos con TDAH se manifiesta en un déficit en la inhibición conductual y el autocontrol.

Sin embargo, a pesar del sustrato neurológico, la sintomatología inherente al cuadro se moldea en función de la acción educativa de la familia y de la escuela. Convendría tener en cuenta como señala Perellada (2009c), que aunque predomine la influencia genética en la etiología del TDAH, existe un amplio espectro de causalidad que conviene explorar en cada caso. Así, Del Corral (2003) también apunta que los problemas psicológicos de los padres, así como una escasa supervisión de éstos de la conducta de sus hijos y un sistema muy punitivo de disciplina aumentan los síntomas del TDAH. Por ello, los factores psicológicos y sociales inciden en la gravedad de los síntomas nucleares, en la aparición de mayor o menor número de síntomas secundarios, y en la mejor o peor evolución del trastorno.

EVALUACIÓN DEL TDAH:

Algunos de los componentes más importantes de una evaluación profesional y exhaustiva de un niño con TDAH son (Barkley, 2000): la entrevista clínica, el examen médico y neurológico, escalas de evaluación del comportamiento, administración de pruebas de capacidad general y aptitudes específicas implicadas en la aparición y curso del trastorno. Es importante también conocer el desarrollo prenatal y perinatal, información sobre la adquisición de los hitos evolutivos (desarrollo motor, control de esfínteres, lenguaje, etc.), cómo fue su adaptación en la educación infantil (relaciones interpersonales, apego con los padres, etc.), así como en la educación primaria conocer cómo adquirió la lectoescritura, su

nivel de atención en el aula, sus relaciones en clase, etc. Algunos de los instrumentos de evaluación más frecuentemente utilizados son:

ESTIMACIONES COMPORTAMENTALES

1. Escala Conners para padres y profesores (Conners, 1989).
2. Listado de síntomas del DSM-IV –TR (APA, 2000).
3. Escalas para la evaluación del déficit de atención e hiperactividad (E.D.A.H). (Farré y Narbona, 1997).

TESTS Y PRUEBAS ESPECÍFICAS PARA EVALUAR LA ATENCIÓN

1. Test de caras (Thurstone y Yela, 1989).
2. Test de ejecución continua (CPT; Rosvold et al, 1956).
3. Perfil atencional WISC-R (Wechsler, 2011).
4. DIVISA: Test de Discriminación Visual Simple de Árboles (Santacreu, J., Shih Ma, P. y Quiroga, M.A., 2011). Su aplicación es exclusivamente por ordenador, y puede ser de manera individual o colectiva, desde los 6 hasta los 12 años. La ventaja de esta prueba frente a otras que miden atención es su rapidez de ejecución y corrección, debido a su formato informático y su validez ecológica, por el tipo de estímulos que utiliza y su forma de presentación a modo de juego de ordenador. Además, la tarea se asemeja más a las propias del entorno escolar.
5. AULA NESPLORA (Nesplora, 2012): Test de actuación continua mediante realidad virtual.

PRUEBAS DE IMPULSIVIDAD

MFFT (Servera y Llabrés, 2000).

PRUEBAS DE CONTROL INHIBITORIO

1. Test de Stroop (Stroop, 1935).
2. Tarea de Stop (Logan y Cowan, 1984).

PRUEBAS DE ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN

1. Test Trail-Making (Partington 1949, Reitan 1993).
2. Figura compleja del Rey (Rey, 1994).

PERSEVERACIÓN DE LA RESPUESTA

Test de clasificación de cartas de Wisconsin (Heaton, 1981).

COMORBILIDAD

1. Ansiedad: CAS (Gillis, J.S, 2003).
2. Dificultades de aprendizaje: TALE (Cervera, M. y Toro, J., 1.980), PROLEC-R (Cuetos, F., Rodríguez, B., Ruano, E. y Arribas, D., 2007), PROESC (Cuetos, F., Ramos, J.L. y Ruano, E., 2002).
3. Depresión: inventario de depresión infantil: CDI (Kovacs, M., 1983).
4. Comportamiento oposicionista/desafiante: Test de Conners (Conners, 1989).

TRATAMIENTO DEL TDAH:

El tratamiento multimodal es el preferido para tratar la mayoría de los casos de TDAH, debido a las complicaciones que suele acarrear, especialmente si presenta otros trastornos asociados (Smith, Barkley y Shapiro 2006). Para responder a las siguientes preguntas, nos

vamos a fundamentar para dar la respuesta en las guías de la NICE (2009), SIGN (2005), una RS Cochrane de Bjornstad y Montgomery (2008), y un MA de Van der Oord et al. (2008). Además, se ha actualizado la búsqueda con un ECA publicado en el 2007 (Pffiffner, 2007).

Respecto a qué tratamiento psicológico es eficaz en el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes, la práctica totalidad de la evidencia científica muestra la eficacia de intervenciones psicológicas basadas en la terapia conductual (TC) o terapia cognitivo conductual (TCC). En general, se han hallado mayores efectos en la eficacia sobre los síntomas TDAH en aquellos estudios con un tratamiento predominantemente conductual. Así, hay evidencia científica sobre la eficacia de la intervención psicológica (TC/TCC) sobre los síntomas TDAH y de conducta referidos por los padres. Sin embargo, la evidencia es limitada en lo que se refiere a la eficacia de la intervención psicológica indicada por los profesores. Adicionalmente, existe información de que el entrenamiento para padres es eficaz para el trastorno de conducta, incluyendo población con TDAH, además de que la inclusión de programas de entrenamiento para padres, aumenta la aceptabilidad de los tratamientos y alivia el malestar parental. En general, las intervenciones cognitivo-conductuales para niños en edad escolar con TDAH deben tener una duración óptima de al menos 8-12 sesiones de 50-90 minutos de TCC/HHSS para los niños, y más de 8 sesiones de 50-120 minutos para los padres (NICE, 2009).

En lo que respecta a si el tratamiento psicológico de niños y adolescentes ha demostrado eficacia/efectividad a corto y largo plazo, hay una fuerte evidencia científica que sugiere que la intervención psicológica mantiene efectos positivos sobre los síntomas TDAH y de problemas de conducta referidos por los padres en el seguimiento a corto-medio plazo (3-6 meses). Los tratamientos más útiles son aquellos que se dan en los ambientes naturales en el momento del desempeño y donde ocurre la conducta deseada. Así, los tratamientos aplicados por los padres y profesores en ambientes naturales, en los lugares y momentos en

los que la conducta es realizada, se ha comprobado que son los más efectivos. Muchas investigaciones han encontrado que los tratamientos más eficaces para el TDAH son los que implementan programas de modificación de conducta, ajustes al currículum, acomodaciones ambientales y otras intervenciones que reestructuran el ambiente natural y sus contingencias para lograr un cambio en la conducta deseada y mantenerla a lo largo del tiempo. Por lo tanto, la terapia conductual (que implica el entrenamiento de los padres y profesores en el manejo de contingencias en la casa y en la clase) es la más adecuada para los niños con TDAH (Kazdin, 2005).

Las conclusiones del estudio de MTA (1999), evidencian la mayor eficacia del tratamiento farmacológico y combinado frente al conductual y comunitario en cuanto al control de los síntomas nucleares. Sin embargo, el grupo combinado ofrece ventajas como la mejora de las habilidades sociales, académicas y familiares, permitiendo de esa manera reducir la dosis de los fármacos, además de incrementar el grado de satisfacción de padres y profesores. Por tanto, se afianza la idea de la necesidad de emplear en el TDAH un tratamiento multimodal que incluya medidas psicológicas educativas y sociales, sobre todo con niños que presentan trastornos comórbidos, además de para prevenir futuras complicaciones. Los estudios de seguimiento a los 24 meses muestran resultados similares (MTA, 2004). Por tanto, se puede decir que ningún enfoque terapéutico “cura” el TDAH, por lo que la intervención terapéutica más adecuada es un enfoque combinado (farmacología y psicoterapia) para reducir la sintomatología del problema, y actuar sobre las posibles complicaciones del mismo.

El tratamiento psicológico se aborda mediante psicoterapia y psicoeducación a nivel individual, familiar y escolar. El tratamiento individual tendrá como objetivo ayudar al niño a ser más autónomo e incrementar su autocontrol trabajando procesos cognitivos y entrenamiento en habilidades sociales. Por tanto, está indicado para el tratamiento de la

impulsividad, la ansiedad, la tristeza asociada al estrés familiar, y también a las dificultades con los compañeros y el fracaso escolar. En resumen, se pretenderá reducir la sintomatología del TDAH (atención, impulsividad/hiperactividad), además de prevenir o tratar otras complicaciones asociadas. El tratamiento psicológico cognitivo-conductual que ha mostrado una mayor eficacia (Del Corral, 2003; NICE, 2009; Pelham y Fabiano, 2008; Grupo de trabajo de la GPC del TDAH, 2010), se centra en el niño, en los padres y en la escuela; utiliza programas de entrenamiento a padres y profesores (con técnicas operantes), y técnicas cognitivo-conductuales con el propio niño. El tratamiento psicológico será individualizado, centrando sus objetivos en función de las características e intensidad de los síntomas, de las complicaciones o repercusiones sobre el desarrollo evolutivo o sobre el ámbito social, familiar y escolar. Para ello, se requerirá de la implicación y motivación de los padres y profesores para con la terapia. Un objetivo muy importante de la terapia cognitivo-conductual será el intentar lograr la generalización de los efectos a lo largo del tiempo y de las situaciones. Por tanto, este tratamiento está orientado fundamentalmente a la autorregulación, al control de la irritabilidad y a la mejora de la comunicación, así como a facilitar un entorno adecuado en el que el niño con TDAH pueda crecer y desarrollarse de forma adecuada. En él se emplean tanto técnicas de modificación de conducta como procedimientos cognitivo-conductuales. Las técnicas de modificación de conducta se basan en el análisis funcional de la conducta y de las contingencias que están operando en cada caso, y parten de la premisa de que las conductas están modeladas por contingencias ambientales, cuya modificación producirá a su vez cambios en comportamientos concretos. Las técnicas que suele emplear son las operantes: reforzamiento, extinción, coste de respuesta, tiempo fuera, etc.

Como el tratamiento debe ser multimodal, debe incluir una guía de acciones dirigidas a los otros contextos en los que se envuelve el niño con TDAH. Así, el tratamiento psicopedagógico incluirá pautas para los profesores, consideraciones metodológicas y

referencias para la organización de aula. La intervención psicopedagógica constituye un pilar fundamental en el tratamiento combinado del TDAH. Comprende las intervenciones encaminadas a mejorar el rendimiento académico del niño o adolescente (mediante reeducación psicopedagógica) y aquellas dirigidas a la mejora del entorno escolar y, por lo tanto, a su adaptación en éste (mediante un programa de intervención en la escuela y la formación a los docentes). La reeducación psicopedagógica es un refuerzo escolar individualizado que tiene como objetivo paliar los efectos negativos del TDAH en el niño o adolescente que lo presenta, en relación a su aprendizaje o competencia académica. Se trabaja sobre la repercusión negativa del déficit de atención, la impulsividad y la hiperactividad en el proceso del aprendizaje escolar.

Para el tratamiento en el contexto familiar, se instruirá a los padres sobre los principios conductuales, para que tengan conocimiento de las características del TDAH y adecuar las expectativas a la conducta y rendimiento académico del niño, además de disminuir culpabilidad, enfado o depresión. El entrenamiento para padres, normalmente se trata de un programa de tratamiento conductual que tiene como objetivo dar información sobre el TDAH, el entrenamiento a los padres en técnicas de modificación de conducta para mejorar el manejo de sus hijos, incrementar la competencia de los padres, mejorar la relación paterno-filial mediante una mejor comunicación y atención al desarrollo del niño. Los programas son estructurados, se desarrollan en un número específico de sesiones y se realizan habitualmente en grupo. Ejemplos de programas son: Triple P (Sanders, 2004); The Incredible Years (Webster-Stratton, 2004), etc.

Por último, en cuanto al tratamiento farmacológico, los estimulantes aumentan la disponibilidad de noradrenalina y dopamina en el espacio intersináptico. Tanto el metilfenidato como las sales de anfetamina actúan inhibiendo la recaptación de dopamina. El metilfenidato parece actuar preferentemente sobre la corteza prefrontal, responsable en gran

medida de los síntomas atencionales, mientras que serían necesarias dosis más elevadas para actuar en la vía nigroestriatal y mejorar así los síntomas de hiperactividad. En la actualidad el uso del metilfenidato es la práctica habitual, y para muchos clínicos es el fármaco de elección. Se estima que entre el 70-80% de los niños responden favorablemente a este tratamiento.

Una multitud de estudios respaldan que el metilfenidato induce mejoras en medidas de atención, impulsividad cognitiva, tiempo de reacción, memoria a corto plazo y aprendizaje de material verbal y no verbal en pacientes con TDAH. Los niños con sintomatología más intensa son los que mejor tasa de respuesta a metilfenidato tienen. La atomoxetina es el primer fármaco no psicoestimulante aprobado para el tratamiento del TDAH en niños, adolescentes y adultos. En España se comercializó en julio de 2007. La atomoxetina es un potente inhibidor selectivo de la recaptación de la noradrenalina, con escasa afinidad por transportadores o receptores de otros neurotransmisores, como la dopamina o la serotonina. En resumen, la atomoxetina es un fármaco seguro y eficaz para el tratamiento del TDAH, especialmente indicado en pacientes con riesgo de abuso, tics, ansiedad comórbida o trastornos del sueño, con la ventaja, además, de presentar un efecto continuo en el tiempo, a diferencia de los psicoestimulantes.

La premisa fundamental es que la medicación nunca debe ser la forma exclusiva de tratamiento. Aunque de forma general dan buenos resultados y son imprescindibles para mejorar síntomas, el tratamiento combinado es el que más resultado nos ofrece.

2. PRESENTACIÓN DEL CASO DE M.:

HISTORIA CLÍNICA

M. es un niño que acude a consulta hace un año aproximadamente cuando éste presenta 6 años, porque sus padres quieren realizarle una evaluación psicológica que valore la sospecha de problemas atencionales en su hijo, a partir de las conductas presentadas por éste en todos los entornos en los que se desenvuelve: casa, colegio, etc. Nació el 26 de diciembre del 2005, y actualmente cursa 2º de Educación Primaria en un colegio religioso concertado. Sólo tiene un hermano un año mayor que él, el cual acude a terapia desde que aproximadamente tiene 3 años inicialmente por problemas de lenguaje, pero actualmente por problemas de aprendizaje y atención, por los cuales está medicado. Añadido a los problemas de atención del hermano, M. tiene antecedentes de una tía materna por esquizofrenia y bulimia, y de una tía paterna por posibles problemas de atención y de anorexia. Además de ello, su madre comenta que tuvo dificultades de aprendizaje y problemas de atención durante la edad escolar, aunque sin embargo no hubo diagnóstico. Los padres refieren que M. nació a los 9 meses de embarazo mediante un parto a término y sin cesárea. Su peso fue de 3,100kg, y el test de Apgar fue normal. Hasta los dos años presentó vómitos y reflujos frecuentes que desaparecieron repentinamente sin volver a aparecer. Ingresó en el hospital por una infección a los 15 meses (sin complicaciones), y fue operado de vegetaciones a los 5 años. Fue un bebé tranquilo, que comenzó a ser inquieto cuando aprendió a gatear y andar, y fue entonces cuando empezó a pedir las cosas llorando o gritando. No presentó retraso de la marcha (anduvo sólo a los 14 meses), ni tampoco del habla (tuvo habla inteligible hacia los 2 años). Tampoco tuvo retraso en el control de esfínteres. Los síntomas de déficit de atención según los padres aparecieron en torno a los 3 años, y sobre todo aparecen en aquellas situaciones en las que de él se requiere un esfuerzo o la tarea no le motiva. En la guardería le llamaban la

atención porque pegaba a sus compañeros y porque era muy movido. En segundo de Educación Infantil también presentó muchos problemas de conducta e impulsividad que desaparecieron en tercero. Actualmente no presenta problemas sociales ni de conducta, ya que sólo responde agresivamente (pegando) si le provocan, pero él nunca es el que ataca. Por tanto, hoy en día no presenta problemas de conducta, aunque sí de atención tanto en casa, como en el colegio y en las actividades extraescolares que cursa (tenis, pintura, cálculo y música). A nivel académico no presenta problemas ni dificultades de aprendizaje. En casa no muestra conducta agresiva, pero intenta evitar aquellas tareas que no le motivan o le requieren de esfuerzo. Suele aceptar las normas, pero si puede transgredirlas lo hace. Además, los padres refieren que se trata de un niño muy impulsivo. Su lenguaje es adecuado para su edad. En cuanto a la psicomotricidad es ágil, pero en ocasiones se cae o se tropieza (creen que para llamar la atención). Suele sentarse bien aunque no para de moverse. En las conversaciones interrumpe el discurso de los demás, y le cuesta parar su discurso (se acelera), además de que tampoco respeta los turnos de palabra. Tampoco suele ser miedoso (no miedos identificables), aunque sí que sabe identificar el peligro.

Los profesores comentan que M. interrumpe frecuentemente el trabajo de sus compañeros en el aula, y que estudia o trabaja en clase porque se le obliga (sin interés ni motivación). Habitualmente no termina los trabajos que se le encomiendan porque pierde el tiempo (no planifica y trabaja sin previsión). Necesita constantemente la atención y aprobación de sus profesores. Acapara con asiduidad la atención del grupo, aunque su conducta social inicial es tímida, inhibida y cordial. Se trata de un miembro activo del grupo (líder). Es descuidado y bullicioso. Nunca se sabe lo que piensa o siente (le cuesta expresar sus sentimientos y deseos). Duda de sus posibilidades académicas o habilidades (inseguro). Ante las situaciones suele reaccionar con emocionalidad desproporcionada. Suele ser curioso

y muestra interés por aprender, aunque por poco tiempo. Las dificultades le desaniman (baja tolerancia a la frustración). Es despreocupado en sus tareas escolares. Las asignaturas que le producen más dificultades son las matemáticas (los problemas sobre todo, porque lo mecánico y automático lo resuelve sin dificultad), y el Lenguaje (sobre todo los conceptos y la lectura mecánica, ya que presenta buena comprensión lectora). Primero de educación primaria lo aprobó aunque con alguna dificultad en estas dos materias escolares, pero este año en el primer trimestre de segundo las ha suspendido (con un insuficiente alto, aproximadamente 4,5), ya que aunque los conceptos más o menos los tiene adquiridos, le falla lo procedimental (no planifica los tiempos, es descuidado en sus tareas, suele responder al azar sin razonar, etc.), y los criterios de evaluación del centro penalizan por ese tipo de conductas, además de también por lo actitudinal y conceptual. La tutora reporta que M. es un niño que habitualmente interrumpe el discurso del aula, y que le cuesta respetar el turno de palabra en un discurso. Sin embargo, sus relaciones sociales con los iguales en la clase son adecuadas.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA INICIAL(a los 6 años):

Antes de comenzar a describir los datos obtenidos en estas pruebas, conviene hacer una mención a los aspectos cualitativos de la conducta de M. durante la aplicación de las mismas. Así, se puede decir que la colaboración y motivación durante la evaluación fue irregular (variaba en función del interés que mostraba hacia la tarea). El estilo cognitivo que mostró durante su aplicación fue impulsivo, y mostró dificultades de atención selectiva y sostenida.

Además, se observaron indicadores fisiológicos (inquietud motora), cognitivos (anticipación de dificultades en la tarea) y conductuales (evitación) de ansiedad, sobre todo en aquellas tareas con alto contenido verbal, en las cuales su motivación era baja y le suponían más dificultades y esfuerzo. Por último, mencionar que durante la aplicación de las

pruebas de evaluación M. se mostró constantemente pendiente de la valoración y aprobación del adulto (psicólogas).

Las Capacidades cognitivas generales, funciones ejecutivas, la atención e hiperactividad-impulsividad se midieron a través de:

- **WISC-IV (Wechsler, D., 2011):**

ÍNDICE	PUNTUACIÓN COMPUESTA
COMPRENSIÓN VERBAL(CV)	120
RAZONAMIENTO PERCEPTIVO(RP)	129
MEMORIA DE TRABAJO(MT)	114
VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO(VP)	112
CIT(TOTAL)	125

Resaltar que en ninguna subescala del WISC-IV obtiene puntuaciones compuestas inferiores a la media, y en 5 obtiene puntuaciones por encima de ella. Con estos resultados, se puede decir que M. presenta un rendimiento alto en esta prueba de capacidades cognitivas generales, aunque su perfil es irregular.

- **DIVISA (Santacreu Mas, J., Shih Ma, P. y Quiroga, M.A., 2011):**

ÍNDICE	PC(percentil)
GLOBAL ATENCIÓN	4(muy bajo)
ERRORES COMISIÓN	90(muy alto)
ERRORES OMISIÓN	85(muy alto)
ORGANIZACIÓN Y ORDEN EN LA TAREA	25(bajo)
DISTRACCIÓN-PRECIPITACIÓN	15(P Directa: -0,45)

Los resultados obtenidos nos indican M. muestra un déficit general en la atención, así como que presenta baja capacidad de inhibición y control de la respuesta (muchos errores de comisión), que influyen negativamente en su ejecución y por ello presenta altos errores de omisión.

- **MFF-20(Buela-Casal, G., Carretero-Dios, H. y De los Santos-Roig, M. , 2002):**

PUNTUACIÓN TÍPICA ERRORES(TE)	-0,47	PC: 70
PUNTUACIÓN TÍPICA LATENCIA(TL)	0,53	PC: 55

$$TE-TL=IMPULSIVIDAD (-0,47)-(0,53)=1$$

$$TE+TL=INEFICIENCIA (-0,47)+0,53=0,06$$

Según los datos obtenidos en el MFF-20 podemos decir que el estilo cognitivo de M. se encuentra dentro de la media para su grupo de edad tanto en impulsividad como en ineficiencia. Sin embargo, conviene trabajar la impulsividad ya que aunque no se encuentra dentro de los límites del test (porque en los baremos para niños se requieren percentiles más altos que para adultos), sí que presenta un percentil moderadamente alto, además de que a nivel cualitativo se aprecia una clara tendencia a ser impulsivo e ineficiente (se precipita en sus respuestas sin llegar a razonarlas, etc.).

- **ENFEN (Portellano, J.A.; Martínez-Arias, R. ; Zumárraga, L. ,2009):**

TAREA	DECATIPO(1-10)
FLUIDEZ FONOLÓGICA	4
FLUIDEZ SEMÁNTICA	6
SENDERO GRIS	10(1 min y 23 seg)
SENDERO A COLOR	2(4 min y 10 seg)
ANILLAS	2
INTERFERENCIA	7

En esta prueba M. se encuentra por encima de su edad en resistencia a la interferencia, flexibilidad cognitiva e inhibición. Presenta además un rendimiento medio en lenguaje expresivo y comprensivo y en fluidez (amplitud de vocabulario). Sin embargo, puntúa por debajo de su grupo en aspectos tales como la programación de la conducta, secuenciación de comportamientos y habilidades para desarrollar y mantener estrategias de solución de problemas.

Criterios diagnósticos del **DSM-IV-TR (APA, 2000)** para el TDAH: según los padres cumple los criterios para TDAH tipo inatento (6 ítems de atención y 3 de HI), y según los profesores para TDAH tipo combinado (8 ítems de atención y 7 de HI).

El área del lenguaje se evaluó con las siguientes pruebas estandarizadas:

- **Repetición de pseudopalabras (Aguado, G., Cuetos, F., Domezain, M. & Pascual, B. 2006):** M. obtiene una puntuación equivalente a una edad normativa de 7 años. Por lo que en esta prueba no presenta problemas a nivel fonológico en la repetición de pseudopalabras.

- **CEG(Mendoza, E., Carballo, G., Muñoz, J. y Fresneda, M.D. , 2005):**

ACIERTOS	PD: 65	PC:45
Nº BLOQUES CORRECTOS	PD:11	PC:70

Podemos decir que M. no presenta dificultades en la comprensión gramatical de oraciones (dentro de la normalidad en función de su nivel de desarrollo).

- **PPVT-III(Dunn, L., Dunn, L. y Arribas, D., 2006):**

CI	98
EDAD EQUIVALENTE	5 años y 11 meses

Su vocabulario se encuentra por tanto aproximadamente dentro de su grupo de edad (no existen problemas en esta área).

Además, la capacidad lectoescritora y el aprendizaje fueron medidas mediante las siguientes tareas:

- **DST-J (Fawcett, A. J. & Nicolson, R. I.2010):** presenta una puntuación de -0,5(sin riesgo para la dislexia).

- **Figura compleja del Rey(Rey, A. 1994):**

COPIA	RECUERDO
TIEMPO: PC 50	TIEMPO: PC 75
TOTAL: PC 90	TOTAL: PC 75-80

- Por último, la capacidad psicomotora se evaluó mediante el **Test Gestáltico Visomotor de Bender (Bender, L., 1968)**. Presenta una motricidad fina con un rendimiento esperado dentro de los límites de su grupo normativo.

CONCLUSIONES DE LOS RESULTADOS INICIALES:

En conclusión, podemos decir que M. presenta unas capacidades cognitivas generales altas, aunque con un perfil actitudinal y aptitudinal irregular, en el que destaca en habilidades relacionadas con el razonamiento perceptivo y la comprensión verbal.

Su rendimiento interperfil es elevado, aunque intraperfil es heterogéneo, y obtiene puntuaciones inferiores en las tareas relacionadas con la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento, aunque su rendimiento se encuentra dentro de la media en comparación de su grupo de edad en estas dos áreas. Muestra mayores dificultades en los procesos relacionados con las funciones ejecutivas, atención selectiva y sostenida.

El estilo cognitivo predominante en sus respuestas es el impulsivo, y toda esta información recogida parece compatible con un posible diagnóstico de TDAH (existen sospechas). En cuanto a la lectoescritura, y lenguaje se encuentra dentro de la media de su edad y curso, aunque aparecen algunos errores relacionados con su estilo cognitivo impulsivo y su baja motivación hacia la tarea. En resumen, el posible diagnóstico de TDAH quedará pendiente de confirmación a la espera de la evolución que M. realice con la ayuda del tratamiento psicológico. Para ello, se realizarán evaluaciones periódicas (retest) anuales, que tendrán el objetivo de mostrar el progreso de M. en todas las funciones que han sido objetivos

de tratamiento. Cabe precisar que aunque M. muestra alguna dificultad atencional, el diagnóstico se decanta más bien por el tipo predominantemente hiperactivo/impulsivo.

OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN:

La hipótesis de nuestro caso va a ser que M. gracias a la terapia cognitivo-conductual que recibirá durante 12 meses va a tener una mejoría en los síntomas de inatención, hiperactividad-impulsividad, así como en otros secundarios como el aumento de la tolerancia a la frustración, mejora de su lenguaje comprensivo y expresivo, disminución de la frecuencia de conductas disruptivas, etc. Esta mejoría conductual la vamos a evaluar tanto cuantitativamente (test) como cualitativamente mediante la observación realizada durante la sesión, todo ello al final de los primeros 12 meses de terapia. Para ello, los objetivos de intervención en los que nos vamos a centrar para comprobar la evolución de M., y comprobar la eficacia de la terapia psicológica que se ha seguido durante estos 12 meses de tratamiento en todos los contextos en los que se desenvuelve (casa, colegio, etc.) van a ser los siguientes:

1.- Mejorar la atención selectiva y sostenida:

Para mejorar la atención selectiva, se realizarán en sesión ejercicios que consistirán en: reconocer estímulos dentro de conjuntos, localizar y cuantificar las veces que se repite un elemento en un conjunto, reconocer elementos que tengan una determinada característica, señalar elementos diferentes dentro del mismo conjunto, hallar diferencias o semejanzas entre dibujos, etc. En cuanto a la atención sostenida, es necesario aumentar su capacidad de concentración en una misma tarea. Para ello se pueden emplear ejercicios como: copiar dibujos iguales o simétricos, construir o completar modelos diversos partiendo de elementos

(verbales, numéricos o gráficos) que los constituyen, , ordenar conjuntos de elementos de acuerdo a distintos criterios, etc.

2.- Control del estilo impulsivo de respuesta, entrenar estilo reflexivo.

Para ello, aplicamos el entrenamiento en autoinstrucciones de Isabel Orjales (Orjales, I., 2000), basadas en las autoinstrucciones de Meichenbaum y Goodman (Meichenbaum, D. y Goodman, J., 1981).

Así, hicimos unos dibujos de un niño que se plantea estas mismas preguntas o autoinstrucciones. Los pasos del entrenamiento en autoinstrucciones que se llevaron a cabo con M. son:

- 1) Ver lo que hay en la hoja. Fijarnos (Ojo de detective).
- 2) Leer el enunciado y comprobar qué se nos pide.
- 3) Pensar en un plan para ejecutar aquello que se nos pide.
- 4) Hacerlo siguiendo el plan.
- 5) Revisar si lo hemos hecho correctamente.
- 6) ¡Genial! / ¿En qué he fallado? Repaso y la próxima vez no cometeré ese error.

Las autoinstrucciones se aplicaron en un principio modelados por la terapeuta, quien tenía que actuar como modelo, planteándose todos los pasos y alternativas en voz alta, pero en las siguientes sesiones fue el niño el que iba pasando las cartulinas diciéndose a sí mismo las autoinstrucciones en presencia de la terapeuta. Cuando esto fue adquirido, se las dijo en voz baja, y por último, terminó interiorizándolas, sin necesidad de articularlas.

3.- Eliminar o reducir las rabietas explosivas.

Las rabietas se refieren a las situaciones en las que el niño presenta baja tolerancia a la frustración y como consecuencia reacciona de manera desproporcionada y explosiva (pataletas, gritos, golpes, etc.). En este caso, empleamos el programa de TEA del libro “qué puedo hacer cuando estallo por cualquier cosa” (Huebner, 2008). Éste explica detalladamente las dificultades las reacciones explosivas, adaptado a niños de 6 a 12 años. En este programa se contemplan gradualmente ejercicios infantiles inicialmente para tomar conciencia del problema, identificar emociones y situaciones que le hacen explotar, motivar hacia el cambio y locus de control interno. También les enseña un entrenamiento en métodos de extinción de la ira, como la respiración, tensión relajación muscular o actividad incompatible. Por último, se trabaja el reconocimiento de estímulos desencadenantes, las consecuencias negativas a largo plazo, trucos para no explotar y recuerdo de la motivación para el cambio y el locus de control interno.

En sesión, se comenzó con la identificación de emociones y situaciones que le hacen explotar, y también se instruyó a los padres sobre el programa para que lo apliquen en casa, y periódicamente se conversó con ellos sobre las dificultades que han aparecido con su implantación. Esta identificación emocional también fue de utilidad para fomentar el objetivo de aumentar la tolerancia a la frustración de M., que es un factor emocional que afecta a su funcionamiento diario. Otra alternativa que se empleó para reconocer emociones fue que éstas se presentaran en diferentes tarjetas donde M. tenía que identificar qué emoción está sintiendo cada una de las caras de las tarjetas. Tras el reconocimiento, propusimos a M. que recordase situaciones en las que haya experimentado cada una de las emociones, así como que describa las consecuencias positivas y negativas que le han llevado el tener una u otra emoción. Por otro lado, trabajamos este objetivo mediante la elaboración de una serie de

cartas escritas por un niño anónimo y en la que cuente alguna situación en la que ha tenido sentimientos de frustración. El trabajo de M. en este caso fue el de leer atentamente la carta y contestarle proponiendo una solución y una manera adecuada de afrontamiento de la situación.

4.- Aumentar el cumplimiento de normas y eliminar las conductas disruptivas

Para modificar estas conductas, como ya hemos comentado utilizamos técnicas operantes tales como el aumento de la tasa de reforzadores positivos, extinción de conductas inadecuadas y refuerzo positivo de conductas alternativas. Estas técnicas se aplicaron en sesión, pero también los padres y profesores fueron instruidos para que las aplicasen en el contexto familiar y escolar.

Se potenció el trabajo con M. en el contexto familiar, ya que se trata de uno de los entornos en los que se desenvuelve más frecuentemente, de ahí la importancia de que generalice lo aprendido con la psicóloga. Para ello, se propuso realizar en casa el ejercicio: “Pille a su hijo portándose bien”, el cual se realizó en casa sin previo aviso a M. y se potenció de esta manera el refuerzo positivo, además de que la atención se desvió hacia las cosas positivas que M. hace más que a las negativas. Todo esto se acompañó del proceso de extinción (castigo negativo o retirada de atención), sobre aquellas conductas de M. que son negativas o desadaptativas para la interacción familiar.

El momento de realizar los deberes es el más conflictivo de las situaciones del entorno familiar. Esto se produce porque su madre en estos momentos presta más atención a su hermano mayor, el cual presenta mayores dificultades académicas. Así, en estas circunstancias M. se frustra, y evita el empezar ponerse a hacer sus deberes, ya que su baja tolerancia a la frustración hace que evite aquellas situaciones en las que percibe dificultad, y unido a ello se encuentra su bajo autoconcepto y autoestima. Así, estos factores emocionales

se unen a la situación estresante para M. como es la de realizar sus deberes, ya que presenta celos a su hermano. Así, se aconsejó al centro para que empleasen una economía de fichas como herramienta para solucionar esta situación conflictiva en el ambiente familiar.

La variable a canjear por fichas fue la de realizar los deberes correctamente. Para ello, inicialmente cada tarde M. y su madre desarrollaron una agenda o panel, para que M. planificase la realización de los deberes por asignaturas, con el objetivo de que él se estructure la tarde y lo tenga plasmado de manera visual. En la agenda diaria constaba el orden de las materias que se seguía para realizar los deberes (una vez que se empezaba con una asignatura, se debía acabar con la misma, no saltar a realizar ejercicios de otras asignaturas). El orden de realización se decidía entre ambos, pero las materias con ejercicios menos “densos” se realizaron al final de la tarde.

Su madre pactaba con él un tiempo estimado para realizar los deberes de cada asignatura dependiendo de los ejercicios que tuviera de cada materia (aproximadamente 10 minutos por cada cara de folio). Cuando hubo acabado los ejercicios de cada materia M. podía acudir a donde se encontrase su madre para enseñárselos, preguntar dudas, etc., de esta manera obtenía su refuerzo social y le permitía cierto movimiento). Se trabajaba con el reloj. El programa fue explicado a M. para que éste entendiese el contrato de contingencias al que se le expuso, y así relacionase la conducta deseable acordada con consecuencia agradable, y la conducta indeseable con consecuencia desagradable o negativa.

Hubo tanto refuerzo diarios (debido a que en el TDAH la demora no es muy efectiva), como semanales en los que las recompensas fueron mayores y grupales (para fomentar la interacción en familia y se trabajen los celos que siente hacia el hermano al realizar con él actividades gratificantes). Las fichas se le repartieron inmediatamente al haber finalizar los deberes de cada asignatura, y cuando M. hubo acabado los deberes de todas las asignaturas M. colocaba los gomets en la tabla. Fue M. quien colocaba diariamente los gomets en la tabla

para fomentar su autonomía y motivación. Por cada asignatura se le dieron inmediatamente como máximo 2 fichas si realizaba más del 80% de las actividades correctamente, 1 si realizaba al menos el 50% de las actividades correctamente y ninguna si realizaba menos del 50%. Además de las fichas que se le ofrecieron al realizar los ejercicios de cada materia, al acabar los ejercicios de cada asignatura M. acudía a la tabla o panel y pegaba un gomet verde si le habían dado 2 fichas por cada una de ellas, amarillo si le habían dado 1 y rojo si no había obtenido ninguna, además de que iba tachando de la agenda la asignatura de la que ya no tenía deberes (le estructuraba, sabía qué le quedaba por hacer, le motivaba).

Adicionalmente, como a M. le supone mucho esfuerzo realizar los deberes en el tiempo estimado y sin levantarse de la silla, podía obtener dos puntos extras si también cumplía estas dos condiciones al realizar los deberes.

Como máximo, se obtuvieron 2 fichas por cada asignatura, y para obtener el refuerzo diario se requería que al menos hubiera obtenido la mitad de las fichas que podía alcanzar. Para obtener los refuerzos semanales, se requería que de las fichas semanales posibles de alcanzar, M. hubiera conseguido al menos $\frac{2}{3}$ de ellas. El conteo del fin de semana se realizó a partir de los gomets del panel o agenda (2 fichas por cada gomet verde de cada asignatura, 1 por cada gomet amarillo y ninguna por los rojos).

Los refuerzos semanales se realizaron en familia para potenciar la interacción entre ellos, especialmente con su hermano. Antes de implantar la economía de fichas se realizaron registros de lo que habitualmente suelen hacer para implantarla de manera adecuada a la rutina diaria de la familia. Añadir, que aquellos días en los que M. consiguió los 2 puntos extra o adicionales por hacer los deberes en el tiempo pactado y sin levantarse de la silla, el refuerzo también fue un poco más especial (por ejemplo jugar 10 minutos más con el móvil de su madre, etc.).

Al inicio, su implantación fue continuada y sistemática, pero el objetivo era que M. realizase estas tareas de manera rutinaria sin depender de reforzadores artificiales, y generalizar la realización de tareas obteniendo únicamente reforzadores que existen en su ambiente natural (sobre todo de tipo social como alabanzas o elogios). Así, su extinción fue gradual y no drástica, aumentando el número de fichas necesarias para obtener la recompensa diaria y la semanal (al máximo). De la misma manera, como uno de los objetivos del programa fue que M. se habituase a tolerar la demora en la recompensa, con el paso del tiempo el intercambio de fichas fue cada vez más dilatado en el tiempo y de manera intermitente, no continua.

5.- Eliminar las estrategias de escape de la tarea. Aumentar la motivación por el trabajo autónomo.

En nuestro caso, M. realiza el escape mediante la demora en el comienzo de la tarea, cambio de actividad, o interrumpir. Estas estrategias de escape aparecen por factores emocionales asociados a la tarea, anticipación de la dificultad o fracaso.

Una vez evaluado el nivel del niño en las tareas escolares (test de capacidad, test de lectoescritura), utilizamos actividades sencillas que garantizaran el éxito (comenzando por un nivel por debajo, es decir, por habilidades ya adquiridas y asentadas). Además, las tareas fueron cortas y multisensoriales en la medida de lo posible. Por último, se aplicó mucho refuerzo positivo (sobre todo social) para que le llevase a realizar atribuciones internas de los logros “qué bien lo has hecho”, etc.

Esto lo comenzamos desde la primera sesión y lo mantuvimos durante todo el tratamiento, aumentando el nivel según sus logros. En casa también se trabajó este objetivo con la economía de fichas expuesta anteriormente.

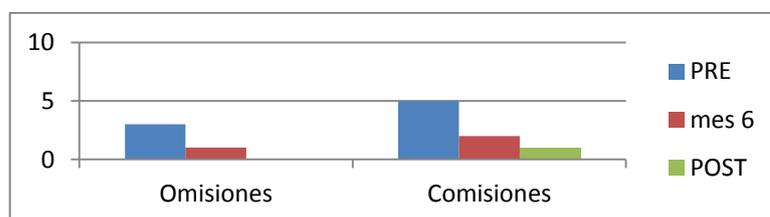
RESULTADOS RETEST: FEBRERO-MARZO 2013(7 AÑOS Y 2-3 MESES)

Siguiendo la política del centro, se le aplicó a M. un retest de todas las pruebas de evaluación cuando llevaba un año de terapia, para comprobar si los objetivos fijados con anterioridad se van cumpliendo cuantitativamente, además de cualitativamente como se podía apreciar día a día en sesión. El plan de evaluación del retest fue semejante al de la evaluación inicial.

-Objetivo 1. Mejorar la atención selectiva y sostenida: En las tareas realizadas en sesión se observan mejoras significativas. Por ejemplo, M. disminuyó en el número de errores en las fichas. Aplicamos una ficha de trabajo de atención selectiva de formato similar antes de la intervención, a mitad y al final de la intervención.

Contabilizamos el número de errores por omisión y comisión. Para una ficha de 60 símbolos, antes de la intervención, comete 3 errores por omisión y 5 errores por comisión, y en el mes 12 para una ficha del mismo formato, compuesta por 60 imágenes o símbolos, no comete ningún error por omisión y 1 por comisión.

	COMISIONES	OMISIONES
PRE	5	3
MES 6	2	1
POST	1	0



Evaluamos la atención sostenida con el test de Atención Sostenida **CSAT (Servera M, Llabrés J., 2004)**. En este caso no se le pasó esta prueba en la evaluación inicial, aunque sí en el retest o post un año después. Tras el año de intervención, M. obtiene en esta prueba una

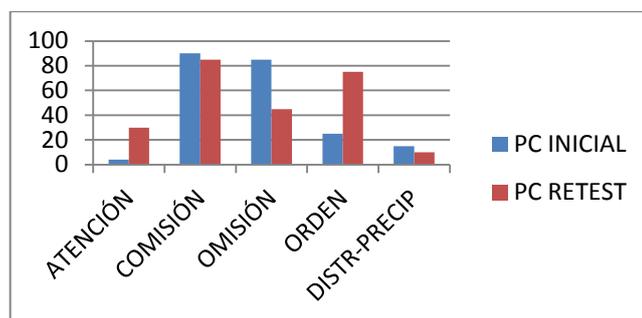
capacidad atencional normal, aunque se aprecia un estilo de máxima inhibición (debido a que durante su administración durante varios intervalos M. no respondía y verbalizaba que estaba cansado: errores de omisión). Además, su capacidad de discriminación en esta prueba también se encuentra dentro de la normalidad para su rango de edad. También hay datos de la evolución de la atención sostenida con las fichas realizadas en sesión. Por ejemplo, al inicio de la intervención, M. no es capaz de mantenerse en la tarea más de 45 segundos. Con el trabajo realizado en las sesiones, va aumentando el tiempo el tiempo que se mantiene en una tarea, sin necesidad de incitarle durante la misma tarea, hasta 360 segs (6 minutos).

PRE	mes 5	mes 7	mes 9	POST(12 meses)
45"	150"	240"	310"	360"



Además de todo ello, podemos adjuntar los resultados de M. en otras pruebas de atención como **DIVISA (Santacreu Mas, J., Shih Ma, P. y Quiroga, M.A. ,2011):**

ÍNDICE	PC RETEST
GLOBAL ATENCIÓN	30
ERRORES COMISIÓN	85
ERRORES OMISIÓN	45
ORGANIZACIÓN Y ORDEN EN LA TAREA	75
DISTRACCIÓN-PRECIPITACIÓN	10



Como se puede observar, M. obtiene mejores puntuaciones en el retest que en la evaluación inicial en todos los índices, salvo en el global, el cual nos indica que todavía sigue siendo un niño muy precipitado (impulsivo). Destacar que en los índices en los que más ha mejorado han sido los de atención, errores de omisión (muy relacionado con esta última), y organización y orden en la tarea, aspecto muy asociado con la eficacia o ineficacia a la hora de resolver esta prueba. Así, a nivel general se puede decir que en los aspectos de esta prueba en los que más ha mejorado han sido los relacionados con la atención, uno de los objetivos perseguidos con la terapia.

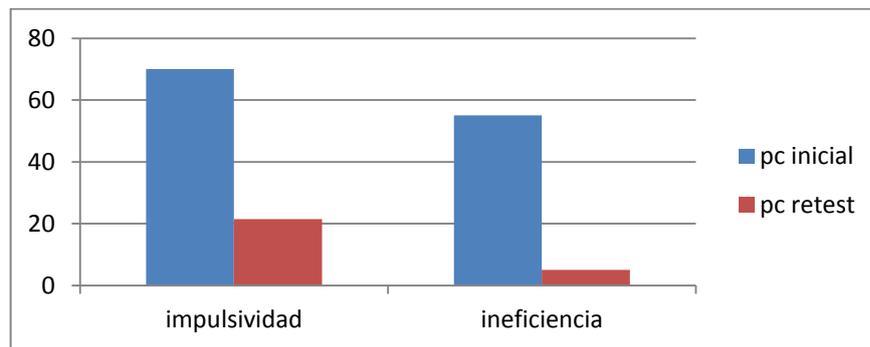
- Objetivo 2. Entrenar en estilo reflexivo y el control de las respuestas impulsivas:

Este objetivo lo evaluamos cuantitativamente mostrando los resultados que M. presenta en el MFF-20(Buela-Casal, G., Carretero-Dios, H. y De los Santos-Roig, M. , 2002):

PUNTUACIÓN ERRORES (TE)	TÍPICA	-1, 19	PC: 20-23
PUNTUACIÓN LATENCIA (TL)	TÍPICA	0,27	PC: 5

TE-TL=IMPULSIVIDAD: -1,46

TE+TL=INEFICIENCIA: -0,92



Según los gráficos obtenidos, podemos decir que el estilo cognitivo de M. se encuentra dentro de la media para su grupo de edad en impulsividad, y obtiene un percentil alto en eficiencia. Aunque los datos de la evaluación inicial situaban a M. igualmente en la media de impulsividad, se puede decir que durante este año de intervención psicológica ha mejorado tanto en impulsividad (se encuentra en la media en impulsividad pero con un percentil mucho más bajo), como en el centil de eficiencia, ya que anteriormente se encontraba en la media de esta característica.

Además de ello, en esta área también se observan ciertos cambios conductuales en los que M. ha obtenido una mejoría después del tratamiento. Ejemplos de éstos son:

- Aumento en el tiempo de latencia de respuesta, por ejemplo en sesión, piensa antes de escribir la respuesta de un ejercicio.

- Disminuye el número de ejercicios erróneos, ya que ahora sí que lee las instrucciones antes de comenzar a realizar el ejercicio.

- Divide las instrucciones de las fichas por apartados.

En sesión utiliza la pizarra con las autoinstrucciones, y también las aplica autoinstrucciones en casa cuando realiza los deberes, y en el colegio, ya que las ha pegado en el pupitre. Esto facilitó que el uso de las autoinstrucciones se generalizase a las tareas escolares y al comportamiento en el aula. Gracias a ello, y a las pautas marcadas a los padres y profesores, el estilo de respuesta de M. es actualmente mucho más reflexivo en todos los contextos (familiar, escolar y en sesión), y todo ello se ha traducido en la mejora de su rendimiento académico (ha aprobado todas las asignaturas).

- Objetivo 3. Eliminar las rabietas. Entrenar a los padres en manejo conductual de las reacciones explosivas. Entrenar al niño en autocontrol emocional y conductual:

Para ello, cuantificamos el número de rabietas o reacciones explosivas y desproporcionadas que aparecen a la semana, sobre todo a la hora de hacer los deberes. Mantuvimos este registro a lo largo de todo el tratamiento.

A partir del 4º mes las rabietas y reacciones explosivas disminuyen notablemente, y al terminar la intervención, las rabietas desaparecen durante varias semanas consecutivas. Además, de todo ello M. emplea verbalizaciones de que se encuentra más contento con el cambio, sobre todo porque la relación con su hermano ha mejorado considerablemente. A continuación proporcionamos la tabla con los datos referentes al número de rabietas por semana de M. durante el transcurso de los meses de intervención:

PRE	2º mes	3er mes	4º mes	5º mes	6º mes	9º mes	POST
6	4	4	1	1	1	0	0

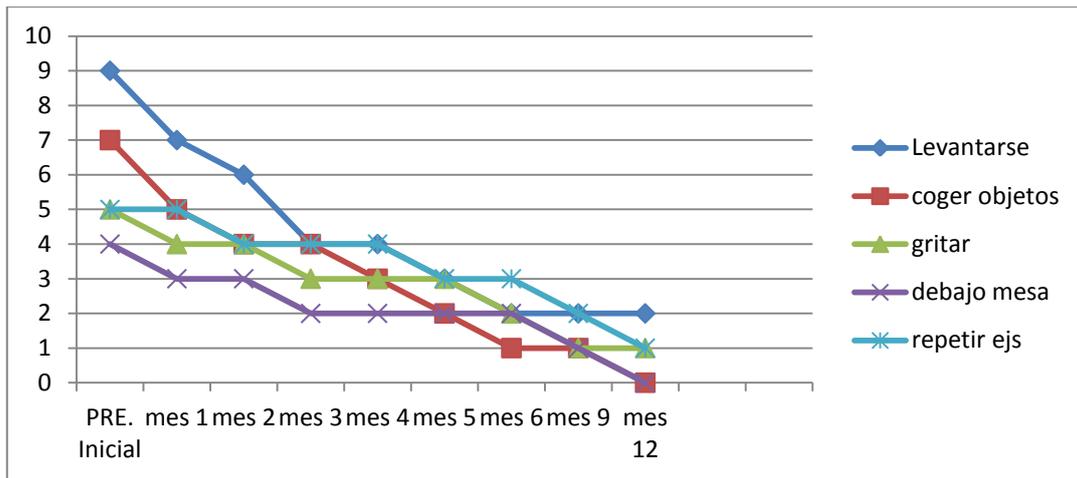


- Objetivo 4. Cumplimiento de normas:

- Cumplimiento de normas en sesión:

En sesión la mejoría en el cumplimiento de normas e instrucciones comienzan a verse pronto. Sin embargo, aunque la mejoría es continuada, ésta se produce de manera gradual. Para ello, contabilizamos la frecuencia de las conductas inadecuadas fijadas con anterioridad, y fueron medidas en sesión dos veces al mes, realizando para cada mes una media de las mismas. Aquí se encuentra la tabla y gráfica de evolución de las mismas en el primer año de tratamiento:

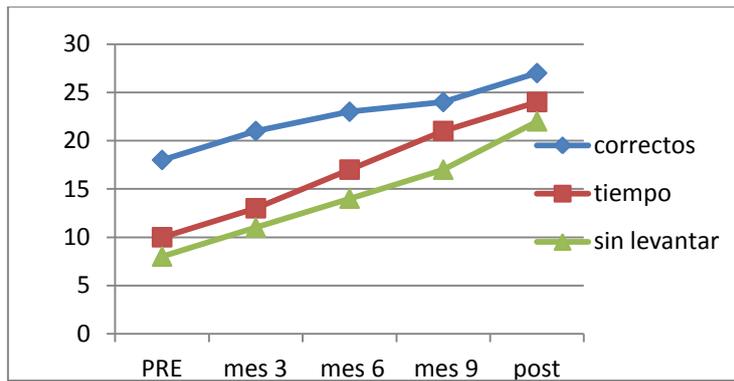
	LEVANTA	OBJETOS	GRITAR	MESA	REPETIR
PRE	9	7	5	4	5
MES 1	7	5	4	3	5
MES 2	6	4	4	3	4
MES 3	4	4	3	2	4
MES 4	4	3	3	2	4
MES 5	3	2	3	2	3
MES 6	2	1	2	2	3
MES 9	2	1	1	1	2
MES 12	2	0	1	0	1



- Cumplimiento de normas en casa:

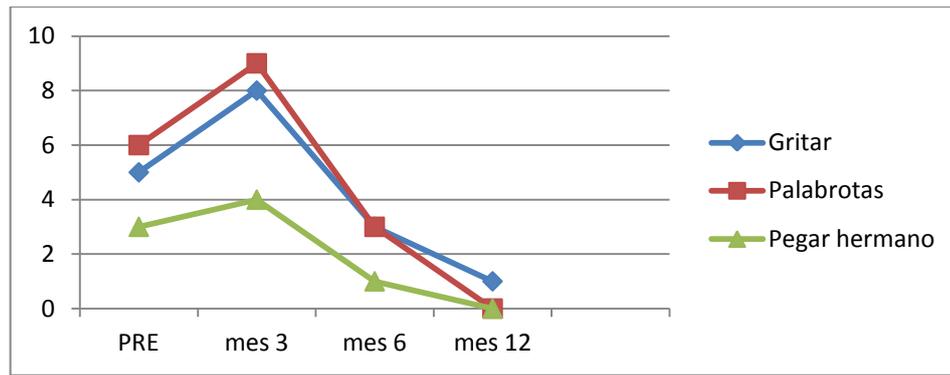
En este caso pactamos previamente con los padres las 3 conductas que van a tener que reforzar progresivamente, y que trabajar con la economía de fichas antes descrita. En este caso, se trata de conductas relacionadas con los deberes de M. ya que se trata del momento de mayor tensión en la casa: realizar los deberes correctamente, hacerlos en el tiempo pactado y sin levantarse de la silla. En éstas, se obtiene un aumento significativo y progresivo. La contabilización de los resultados fue realizada por parte de los padres antes de instaurar el programa, a los 3 meses, 6, 9 y 12 (retest). En los registros, que se realizaban durante un mes entero cada 3 meses, tenían que anotar el número de días del mes que M. cumplía con los objetivos fijados en el aspecto de los deberes. Así, de esta manera, los padres aprendieron la importancia y utilidad del reforzamiento positivo para instaurar o mantener conductas positivas. La tabla y el gráfico de evolución de estas conductas fue el siguiente:

	DEBERES BIEN	TIEMPO	SIN LEVANTARSE
PRE	18	10	8
MES 3	21	13	11
MES 6	23	17	14
MES 9	24	21	17
RETEST	27	24	22



Además de ello, pedimos a los padres que contabilizasen la frecuencia de las conductas disruptivas o inadecuadas, que también disminuyen. Las conductas elegidas fueron las que se daban con más frecuencia en el contexto familiar: gritar, pegar a su hermano y decir tacos. En las mediciones del tercer mes, se aprecia cómo aumentan las conductas disruptivas, por el efecto paradójico que supone la extinción cuando comienza a aplicarse. Previamente se había explicado a los padres que esto podía suceder para que no se alarmasen y continuasen aplicando las pautas de manera sistemática. En las siguientes mediciones se observa como la aplicación consistente de las contingencias adecuadas produce el efecto deseado sobre las conductas. Las conductas disruptivas finalmente disminuyeron paulatina y gradualmente.

	GRITAR	TACOS	PEGAR
PRE	5	6	3
MES 3	8	9	4
MES 6	3	3	1
RETEST	1	0	0



- Objetivo 5. Eliminar las estrategias de escape de la tarea. Aumentar la motivación intrínseca por el trabajo realizado en sesión, casa y colegio:

En esta área, se aprecia como también M. disminuye el uso estrategias de escape de la tarea tanto en sesión como en casa.

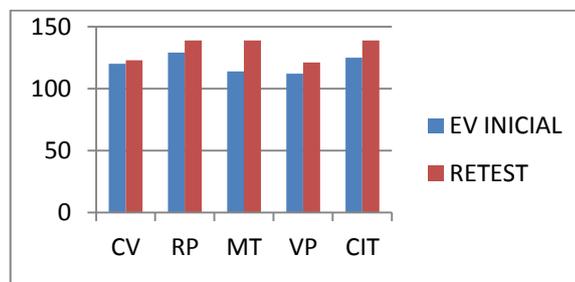
En sesión aparecen autoverbalizaciones positivas indicadoras de una mejora en su autoconcepto, ej.: “ahora lo hago mucho mejor, ya puedo hacer las cosas yo sólo”. Además, normalmente con el paso de las sesiones M. suele comenzar las fichas motivado, no se niega o evita el realizarlas y no pone quejas para ejecutarlas, por lo que se observa que ha disminuido la anticipación de dificultad.

En casa los padres informan de que gracias a la economía de fichas y las pautas encomendadas que ponen en marcha, su motivación y predisposición hacia la realización de los deberes es mucho mejor, hasta el punto de que al realizarle diariamente la agenda al inicio de la tarde, habitualmente como sabe la estructura de las actividades que tiene que realizar, además de hacer los ejercicios correctamente, y en el tiempo pactado, acude a realizarlos de manera autónoma, sin que su madre tenga que recordarle que es la hora de empezar los deberes. Por último, en el colegio han cesado las quejas diarias sobre su mala conducta en el aula, y los profesores informan de que es capaz de mantenerse haciendo una ficha, sin

levantarse de la silla o demandar la atención de los compañeros o profesora. Esta mejoría también se debe a las pautas que siguen los profesores con M. en el aula, y las autoinstrucciones que tiene pegadas en el pupitre y que habitualmente emplea.

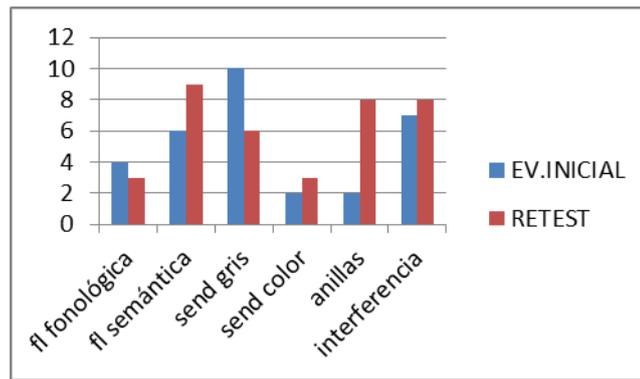
Además de la evolución de M. realizada en los objetivos de intervención que nos hemos marcado, a continuación podemos observar la mejora de éste en otras pruebas utilizadas en el retest, sobre todo relacionadas con el ámbito del lenguaje, aprendizaje y de las capacidades cognitivas generales:

- WISC-IV: funciones cognitivas generales (Wechsler, D., 2011):



Tal y como se refleja en el gráfico, se puede decir que M. ha mejorado en todos los subíndices de la prueba, por lo que se puede decir que sus capacidades cognitivas generales han aumentado y son por lo general altas. Sin embargo, los índices que más han mejorado son los de RP, MT y VP, que son los que más debilitados se encuentran en el TDAH, y por tanto, en los que más se ha incidido con las tareas del plan de tratamiento. Por tanto, M. presenta un rendimiento interperfil por encima de la media, y a nivel intraperfil ha mejorado considerablemente, además de con una tendencia a homogeneizarse (sobre todo la MT).

-Funciones ejecutivas: ENFEN (Portellano, J.A.; Martínez-Arias, R.; Zumárraga, L., 2009):

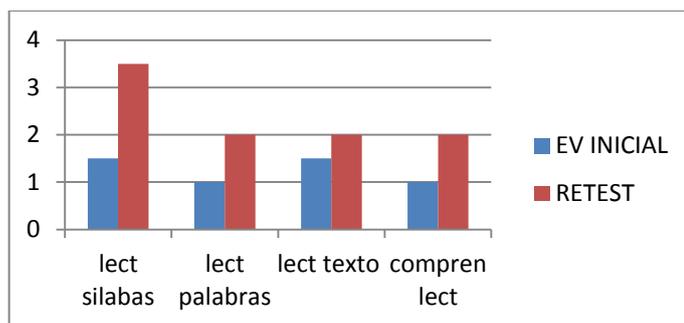


Como se puede apreciar en el gráfico, M. ha mejorado en las tareas de fluidez semántica, sendero a color, interferencia, y sobre todo en la de anillas (que evalúa la planificación). Sin embargo, ha empeorado en fluidez fonológica y sendero gris. Así, M. sigue estando por debajo de la media en la fluidez fonológica y sendero a color (lo hace muy lento y comete varios errores).

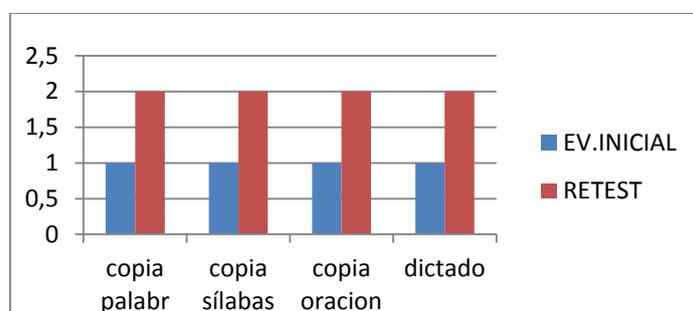
Para evaluar el aprendizaje (escritura y lectura), se le ha pasado la siguiente prueba:

TALE (Cervera, M. y Toro, J., 1.980): En la parte de lectura se puede decir que M. se encuentra en el nivel II (dentro de su grupo de edad y curso). Por tanto, M. ha mejorado en esta prueba ya que en la evaluación inicial se encontraba en el nivel I de comprensión lectora, lectura de palabras y textos, aspectos que han sido potenciados con el trabajo en sesión. Respecto a la escritura, M. también se encuentra en su nivel de edad y curso (II), mejorando en este aspecto con respecto a la anterior evaluación (la cual lo situaba aproximadamente en el nivel I).

El grafico de evolución de M. en la parte de lectura ha sido:

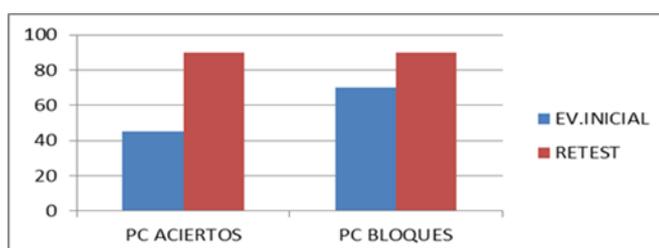


El gráfico de evolución de la parte de escritura se muestra a continuación:



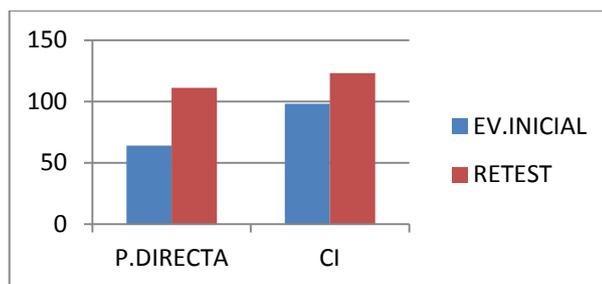
Algunas de las pruebas del retest que se han centrado en evaluar el lenguaje han sido:

- **CEG (Mendoza, E., Carballo, G., Muñoz, J. y Fresneda, M.D., 2005):**



Como se puede ver en el gráfico, M. ha mejorado considerablemente en la comprensión de estructuras gramaticales, tanto en el número de aciertos, como en el número de bloques enteros correctos.

-**PPVT-III (Dunn, L., Dunn, L. y Arribas, D., 2006):**



Como se puede observar acerca de la evolución en esta prueba, M. ha mejorado considerablemente en vocabulario (específicamente de imágenes). Así, en la actualidad se encuentra situado en el percentil 94, obteniendo una edad equivalente muy por encima de su edad cronológica, a diferencia de lo que obtenía en la evaluación inicial.

- **Prueba de segmentación lingüística (Jiménez, 1986):** M. realiza bien el conteo de sílabas, así como las tareas de adición de sílabas al principio, medio y final de la palabra. Así, se puede decir que en la segmentación lingüística M no muestra dificultades, al igual que ocurría en la evaluación inicial.

Además de ello, también se han pasado en el retest pruebas que evaluaban planificación y motricidad fina:

- **Figura compleja del Rey(Rey, A. 1994):**

COPIA INI	COPIA RET	RCDO INI	RCDO RET
PC 90	90-99	PC 75-80	PC 90

Como se puede apreciar en los resultados de la tabla, M. ha mejorado considerablemente tanto en la copia como en el recuerdo de la figura, la cual implica funciones de planificación. Sobre todo, en lo que más ha mejorado ha sido en el recuerdo, y en el tiempo que ha necesitado para realizar las dos partes de la prueba.

- **Test Gestáltico Visomotor de Bender (Bender, L., 1968):** Presenta una motricidad fina con un rendimiento esperado ligeramente superior a su grupo normativo, obteniendo una puntuación equivalente a 7-8 años en todos los componentes de la prueba (ángulo, orientación, posición, etc).

Algunas pruebas que también se le han aplicado en el retest para evaluar la parte conductual de M. han sido:

- **CRITERIOS DSM-IV-TR (APA, 2000):** según los padres M. sólo cumple 5 criterios de atención y 3 de hiperactividad/impulsividad, y los profesores consideran que M. no cumple ningún criterio de atención y sólo 2 de hiperactividad/impulsividad. Así, siguiendo estos criterios ni los padres ni los profesores consideran que M. cumple los criterios para un diagnóstico de TDAH (han percibido una mejoría significativa en los síntomas). Además, su rendimiento académico en el segundo trimestre de segundo de primaria también ha mejorado aprobando todas las asignaturas.

CONCLUSIONES DEL CASO:

Vamos a analizar los datos obtenidos en el retest recogidos a los 12 meses de la terapia psicológica empleada en el centro. La terapia empleada fue de corte cognitivo-conductual, llevada a cabo no sólo en sesión, sino también en otros contextos naturales en los que se desenvuelve M. como son el familiar y el escolar. M. acudía a sesión 2 veces por semana durante aproximadamente sesenta minutos. Habitualmente la estructura de la terapia seguía el siguiente orden: se comenzaba la sesión conversando sobre las dificultades que hubieran podido aparecerle a M. durante la semana (posibles problemas de generalización de las habilidades aprendidas a los contextos naturales), a continuación se le recordaba lo aprendido en sesiones anteriores y si era necesario se plasmaba visualmente en la pizarra que había en el

despacho para que sirviera como apoyo visual de lo explicado (por ejemplo las autoinstrucciones). Seguidamente se procedía a realizar las tareas programadas para la sesión (centradas en atención, lenguaje, etc.) que normalmente procedían del programa ENFÓCATE (García Pérez, E.M., 1998), y para finalizar la sesión de manera lúdica, se realizaban juegos que también fortalecieran las funciones ejecutivas pero de una manera más divertida, cosa que le motivaba más, y por tanto le servía como refuerzo, además de que así se potenciaba el uso de otras modalidades sensoriales. En algunas ocasiones también se le encomendaba a M. que realizase tareas para casa para fortalecer lo aprendido en sesión, y que aprendiese a generalizarlo a su vida diaria. Además de la terapia llevada a cabo individualmente con M., ya se ha comentado que se realizó una intervención paralela con sus padres y profesores. Cabe mencionar que M. aunque inicialmente tuvo una sospecha de diagnóstico de TDAH, en ningún momento a lo largo de estos 12 meses ha sido medicado por ello. Conviene decir que el entrenamiento de tipo atencional se llevó a cabo de manera directa mediante las tareas realizadas en sesión. Sin embargo, la parte más conductual se trabajó de manera indirecta sobre todo con las técnicas operantes de conducta (extinción, reforzamiento, contrato de contingencias, economía de fichas, etc.), acompañándolas con otras de corte más cognitivo (autoinstrucciones, solución de problemas, etc.).

Así, en función de los datos obtenidos a la luz de las pruebas realizadas en el retest, y de la observación cualitativa de M. a lo largo de todo el tratamiento, se puede decir que M. ha cumplido todos los objetivos que nos planteábamos al principio de la terapia, ya que ha mejorado en todas las áreas psicológicas: atención, hiperactividad/impulsividad, comprensión y expresión del lenguaje, planificación, aumento de conductas dirigidas a normas y disminución de conductas disruptivas, lectura y escritura, mejora del auto concepto, aumento de la tolerancia a la frustración, etc. Por tanto, se puede decir que nuestra hipótesis inicial ha quedado verificada, puesto que la conducta de M. ha mejorado en todas esas áreas, gracias a

la terapia TCC realizada durante los 12 meses de intervención. La mejora se ha producido hasta el punto de que actualmente, ni los padres ni los profesores consideran que en la actualidad M. cumpla los criterios diagnósticos para el TDAH ni de tipo inatento, ni combinado. Todo esto nos hace reflexionar una vez más acerca de las categorías diagnósticas, llegando a la conclusión de que no se trata de entidades estancas, sino que se basan en una serie de síntomas conductuales que pueden remitir, y que por tanto su utilidad es más bien escasa, debiendo hacerse un uso de ellas con extrema precaución, tomándolas solamente como un mero instrumento de comunicación entre profesionales. Es importante no hacer un abuso de ellas debido a que producen mucha estigmatización, sobre todo en el caso del TDAH en el que estamos tratando con niños. Sin embargo, lo que sí se puede decir es que en la actualidad las conductas de M. de inatención e hiperactividad/impulsividad se han reducido considerablemente, además de otros síntomas asociados (bajo autoconcepto, baja tolerancia a la frustración, etc.) hasta el punto de que el funcionamiento de M. en su vida diaria ha mejorado. Me gustaría dejar constancia que la actitud que se ha tomado en el centro acerca del diagnóstico de M. ha sido de enorme prudencia, dejando de lado la categorización de él o no en un diagnóstico, y centrándose en trabajar sobre las conductas disfuncionales que en él aparecían, a la par que potenciar sus habilidades y conductas que tenía ya adquiridas, y que resultaban adaptativas. Cabe decir además, que han sido varios los factores que han influenciado en que la terapia llevada a cabo con M. sea efectiva, como por ejemplo: la aceptación del problema por parte de los padres, un diagnóstico precoz de los síntomas disfuncionales, actitud positiva ante el tratamiento, la fijación de objetivos realistas y expectativas alcanzables, implicación familiar y educativa, la coordinación entre los agentes de intervención y el tomar como objetivo de la eficacia de la terapia la funcionalidad de las habilidades adquiridas en el ambiente natural. Sin embargo, aunque la actitud que ha tomado la terapeuta, y las pautas de intervención que ha puesto en marcha el centro han sido las

adecuadas, al haber seguido las líneas de actuación que la literatura sobre el TDAH confirma que son las más eficaces, se puede añadir que la estructuración y la programación de las sesiones con el objetivo de cumplir los objetivos de tratamiento hubiera necesitado de mayor planificación y sistematización, aunque no hay que olvidar que al tratar con niños, la improvisación, el ingenio y los imprevistos son más comunes de lo habitual, y se trata de habilidades muy funcionales, necesarias y a valorar en un psicólogo clínico a la hora de enfrentarse a niños con esta problemática.

Por lo tanto, en nuestro caso la TCC sí que ha funcionado en la mejoría de los síntomas de atención, hiperactividad e impulsividad (aspectos nucleares del TDAH), además de también prevenir y atajar posibles complicaciones relacionadas (dificultades de aprendizaje, lenguaje, etc.). Estos resultados obtenidos se encuentran en la línea de las investigaciones ya comentadas que avalan la eficacia de la TCC en el tratamiento del TDAH. Si bien, en nuestro caso no podemos dilucidar qué parte de la terapia (si la de tipo más conductual, o la de tipo más cognitivo) es la que realmente hace que la intervención en conjunto sea eficaz. Habitualmente los estudios apuntan a que es la parte conductual la que hace que la TCC tenga eficacia en el TDAH. Un aspecto en el que nuestros resultados difieren de los estudios realizados sobre el tema, es que en nuestro caso, los profesores no sólo advierten una mejoría conductual en los síntomas del TDAH, sino que incluso la perciben en mayor medida que los padres, a diferencia de lo que los estudios sobre el tema apuntan.

En cualquier caso, convendría realizar un seguimiento no sólo mientras se está realizando la terapia, sino una vez que ésta ha finalizado, para comprobar si la mejoría se mantiene en el tiempo.

El que la TCC haya tenido eficacia en nuestro caso ha ocurrido probablemente debido a que desde el primer momento, los padres y profesores se han mostrado muy motivados y colaboradores con la terapia. Por tanto, esta mejoría ha tenido mucho que ver con la puesta en

práctica de lo aprendido en sesión en los ambientes naturales de M., lo que le ha permitido que generalice las habilidades aprendidas. Así, tal y como advierten las investigaciones sobre el tema de la eficacia de la TCC en niños con TDAH, ésta terapia tanto más eficaz es, cuanto más se generaliza lo aprendido en sesión a sus ambientes naturales, como ha quedado constatado. En resumen, podemos concluir diciendo que la terapia llevada a cabo en sesión, casa y colegio con M. ha sido efectiva a la hora de reducir las conductas disfuncionales iniciales, y además de todo ello, han aumentado el número y la frecuencia de conductas adaptativas de M. en su vida diaria, cosa que ha generado una mejora general del funcionamiento en su ambiente natural en todas las áreas. Por tanto, varios son los indicadores de mejora de M. gracias a la intervención cognitivo-conductual llevada a cabo con M.: el rendimiento académico ha mejorado, al igual que su comportamiento en clase, sus interacciones en el seno familiar, sus relaciones con sus compañeros al igual que una mejora de su autoconcepto y autoestima.

BIBLIOGRAFÍA:

- Aguado, G., Cuetos, F., Domezáin, M. & Pascual, B. (2006). Repetición de pseudopalabras en niños españoles con trastorno específico del lenguaje: marcador psicolingüístico. *Revista de Neurología*, 43 (Suppl. 1), 201-208.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Diagnostic Criteria From DSM-IV*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Barkley, R. A. (1997b). *ADHD and the nature of self-control*. Nueva York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. y Benton, Ch.M. (2000). *Hijos desafiantes y rebeldes. Consejos para recuperar el afecto y lograr una mejor relación con su hijo*. Barcelona: Paidós.

- Bender, L. (1968): *Test Gestáltico Visomotor*. Buenos Aires, Paidós.
- Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *American journal of psychiatry*, 157(5), 816-818.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S.V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T. et al. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *The American Journal of Psychiatry*, 159(1), 36-42.
- Bjornstad, G., & Montgomery, P. (2005). Family therapy for attention-deficit disorder or attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, 2.
- Buela-Casal, G., Carretero-Dios, H. y De los Santos-Roig, M. (2002). *Test de Emparejamiento de figuras conocidas-20*. Madrid: TEA Ediciones.
- Cardó, E. y Servera, M. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad: revisión metodológica. *Revista de neurología*, 40(Supl.1), 11-15.
- Cervera, M. y Toro, J. (1.980): *Test de Análisis de Lecto-Escritura (TALE)*. Madrid: Visor.
- Conners, C.K. (1989). *Conners' Rating Scales*. Toronto, Ontario: Multi- Health Systems.
- Cuetos, F., Ramos, J.L. y Ruano, E. (2002): *PROESC: Evaluación de los procesos de escritura*. Madrid: TEA.
- Cuetos, F., Rodríguez, B., Ruano, E. y Arribas, D. (2007). *Evaluación de los procesos lectores revisada PROLEC-R*. Madrid: TEA.
- Del Corral, P. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la hiperactividad. En M. Pérez-Álvarez, J.R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez e I. Amigo(comp.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia* (pp.137-149). Madrid: Pirámide.

- Dunn, L., Dunn, L. y Arribas, D. (2006). *PEABODY. Test de vocabulario en imágenes*. Ed. TEA.
- Farré-Riba, A. y Narbona, J. (1997). *Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: TEA.
- Fawcett, A. J. & Nicolson, R. I. (2010). *Test para la detección de la dislexia en niños, DST-J*. Madrid: TEA Ediciones.
- García Pérez, E.M. (1998): *ENFÓCATE. Programa de Entrenamiento en Habilidades Atencionales*. Bilbao: COHS, Consultores en Ciencias Humanas.
- García-López, C., Sánchez-Carpintero, R., Crespo-Eguílaz, N., & Narbona-García, J. (2012). *AULA Nesplora como medida de la atención: Validación* presentado en el XVI Curso Internacional de Actualización en Neuropediatría y Neuropsicología Infantil. Marzo 2012.
- Gillis, J. S. (2003). *CAS. Cuestionario de Ansiedad Infantil*. TEA.
- Grupo de trabajo de la GPC sobre el TDAH en niños y adolescentes del SNS y Fundació Sant Joan de Déu (2010). *Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/18*.
- Heaton, R.K. (1981). *Wisconsin Card Sorting Test Manual*. Odessa (FL). Psychological Assessment Resource Inc.
- Huebner, D. (2008). *Qué puedo hacer cuando estallo por cualquier cosa: Un libro para ayudar a los niños a superar sus problemas con la ira*. Madrid: TEA.
- Jiménez, J. E., y Ortiz, M. R. (1995). *Conciencia fonológica y aprendizaje de la lectura. Teoría, evaluación e intervención*. Madrid: Síntesis.
- Kazdin, A. E., & Rotella, C. (2005). *Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Oxford University Press.
- Kovacs, M. (1983). *The children's Depression Inventory: a self-rated depression scale for school-aged youngster*. University of Pittsburgh School of Medicine.

- Logan, G. D., & Cowan, W. B. (1984). On the ability to inhibit thought and action: A theory of an act of control. *Psychological review*, 91(3), 295-327.
- Lord J, Paisley S. *The Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Methylphenidate for Hyperactivity in Childhood*, Version 2. London: NICE; 2000.
- Maciá Antón, D. (2012). *TDAH en la infancia y adolescencia: Concepto, evaluación y tratamiento*. Colección ojos solares. Madrid: Pirámide.
- Meichenbaum, D. y Goodman,J.(1981). Entrenar a niños impulsivos a hablarse a sí mismos: un método para desarrollar el autocontrol. En A. Ellis y F. GRieger(comp.)(1981). *Manual de terapia racional emotiva* (pp.397-414). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Mendoza, E., Carballo, G., Muñoz, J., & Fresneda, M. D. (2005). Test de comprensión de estructuras gramaticales (CEG). *Lexicografía y enseñanza de la lengua española*, 151.
- MTA Cooperative Group(1999). “A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHA”. *Arch. Gen. Psychiatry*, 56, 1073-1086.
- MTA Cooperative Group. National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2004 Apr;113(4):754-61.
- Orjales, I.(2000). Programa de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención e hiperactividad. En I. Orjales y A. Polaino-Lorente(comp.). *Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención e hiperactividad* (pp. 57-201). Madrid:CEPE.
- Partington J, Leiter R. Partington’s. (1949). *Test de trazos Trail Making Test (TMT)*. Pathways Test. Psychological Service Center Bulletin.

- Pelham, W.E. y Fabiano, G.A. (2008). Evidence based psychosocial treatments for attention – déficit/hyperactive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Disorders* (pp. 311-340). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Perellada, M. (2009c). Concepto y antecedentes históricos. En M. Perellada(comp.). *TDAH. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta* (pp.17-44). Madrid: Alianza Editorial.
- Pfiffner LJ, Yee MA, Huang-Pollock C, Easterlin B, Zalecki C, McBurnett K. A randomized, controlled trial of integrated home-school behavioral treatment for ADHD, predominantly inattentive type. 2007. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.46(8):1041-50.
- Portellano, J.A.; Martínez-Arias, R. ; Zumárraga, L. (2009). *Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Rey, A. (1994). *Test de copia de una figura compleja*. Madrid: TEA ediciones.
- Rosvold, H.E. ,Mirsky, A., Sarason, M., Bransome, E.D., y Beck, L.H.(1956). A continuous performance test of brain damage. *Journal Consulting Psychology*, 20, 343-350.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., & Turner, K. M. (2003). *Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence* (Vol. 1). Parenting and Family Support Centre, The University of Queensland.
- Santacreu Mas, J., Shih Ma, P. y Quiroga, M.A. (2011). *Manual del DiViSA: Test de Discriminación Visual Simple de Árboles*. Madrid: TEA.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *Attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people*. 2005.
- Servera M, Llabrés J. (2004). *CSAT: Children Sustained Attention Task*. Madrid: TEA.
- Servera, M. y Llabrés, J. (2000a). *Escala Magallanes de Impulsividad Computarizada (EMIC)*. Bilbao: Albor-Cohs.

- Smith, B., Barkley, R. & Shapiro, C (2006). Attention-deficit/hyperactivity disorder. En E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders* (3rd ed., pp. 65-136). New York: Guilford Press.
- Stroop, J.R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 643 – 662.
- Thurstone, L.L. y Yela, M. (1979). *Percepción de diferencias (caras)*. Madrid:TEA.
- Van der Oord, S., Prins, P. J., Oosterlaan, J., & Emmelkamp, P. M. (2008). Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(5), 783-800.
- Webster-Stratton, C. & Reid, M. J. (2004). Strengthening social and emotional competence in young children. *Infants and Young Children: An Interdisciplinary Journal of Special Care Practices*, 17(2), 96-114.
- Wechsler, D. (2011). *Escala de inteligencia de Wechsler para niños IV*. Madrid: Pearson. PsychCorp.