

## Resultados de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad\*

Caterina Calderón  
Universidad de Barcelona

*El presente estudio evalúa los efectos de un programa de auto-control y de entrenamiento en habilidades sociales diseñado para niños que presentan Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). El programa combina técnicas cognitivas (autoinstrucción, resolución de problemas, modelamiento, autocontrol y autoevaluación) y técnicas conductuales (refuerzo social y coste de respuesta). La aplicación se realizó en grupo, con niños de 8 a 12 años de edad, a lo largo de tres meses y con una frecuencia de una sesión por semana. Se realizaron tres evaluaciones: una en el momento de pre-tratamiento, otra en el post-tratamiento y la última un mes más tarde. Los resultados apoyan la eficacia del programa de autocontrol en niños con TDAH; se obtuvieron efectos positivos del tratamiento en las medidas de evaluación utilizadas.*

*Palabras clave: atención, hiperactividad, tratamiento cognitivo-conductual, autocontrol.*

*The purpose of this study was to determine the effectiveness of a self-management program for children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). The intervention combines the teaching of cognitive strategies, such as stepwise self-instruction, problem-solving, modeling, self-control, self-evaluation with behavior modification techniques, such as contingent reinforcement and token economy. The treatment was applied during three months, with children between 8 and 12 years, with one weekly session. Treatment outcome was assessed pre-treatment, post-treatment and at follow-up one month after the program finished. The results supported the efficacy of a self-management program for children with ADHD; positive treatment effects were obtained with the measures of assessment employed.*

*Key words: Inattention, Hyperactivity, Treatment Cognitive-Behavioral, Self-control.*

\* La autora agradece a Enriqueta Lloret, Maria Guiu, Matilde Candeas, Eugenia Oliete, Pilar Soler, Lourdes Ruiz y Fernando López su colaboración en todo el proceso de recogida de datos.

Correspondencia: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultat de Psicologia. Pg. de la Vall d'Hebron, 171. 08035 Barcelona. Correo electrónico: caterina@ctv.es

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH; American Psychiatric Association, 1994) tiene repercusiones en el ámbito familiar, escolar y social de los niños, tanto por el cuadro sintomatológico que presenta como por los síntomas asociados que le acompañan. Los niños con TDAH muestran dificultades para mantener la atención, problemas para autorregular su conducta, falta de control e hiperactividad (Dagenbach y Carr, 1994). Estas dificultades son, a menudo, incompatibles con un óptimo rendimiento escolar y con un comportamiento ajustado a las normas escolares y familiares. Se estima que entre un 3% y 5% de los niños menores de 10 años padecen TDAH (Richters, Arnold, Jensen, Abikoff, Conners, Greenhill, Hinshaw, Pelham y Swanson, 1995); por lo que es probable que los profesores tengan entre uno y tres alumnos por clase con este trastorno.

A los niños con TDAH les cuesta rendir y concentrarse en las explicaciones que se dan en el aula, su comportamiento puede resultar molesto e, incluso, inadecuado en contextos en los que hay una demanda explícita de autocontrol; son inquietos, impacientes, contestan cuando no se les pregunta, son incapaces de inhibir su conducta, no saben pararse, cambian de una actividad a otra continuamente, suelen tener problemas para relacionarse con su grupo de iguales y presentan déficits básicos en las habilidades sociales de interacción.

Los niños con TDAH representan un reto para sus educadores. Son niños que no suelen llamar la atención de forma positiva, y su inmadurez hace que necesiten constantemente a los adultos para autorregularse. Si las personas que conviven con ellos carecen de la suficiente calma, sensatez y claridad de criterios educativos es fácil que la situación les desborde y, sin pretenderlo, contribuyan a mantener y fomentar conductas desadaptativas.

En las últimas décadas ha aumentado el interés por encontrar tratamientos eficaces para niños y adolescentes con TDAH. Entre los motivos que han contribuido a ello está la constatación de que a medida que avanzan los años, y sin un tratamiento adecuado, los niños pueden mostrar desadaptación escolar, problemas de conducta, autoimagen negativa, autoconcepto erróneo (ya sea por infravaloración o hipervaloración) y, en algunos casos, síntomas de ansiedad-depresión. En una revisión realizada por Barkley, Guevremont, Anastopoulos y Fletcher (1992) se encontró que el 65% de estos niños presentaban, además de TDAH, síntomas propios del trastorno oposicionista desafiante y entre el 20% y el 30% del trastorno disocial. Entre un 20% y un 30% también presentan trastornos internalizantes (Schmidt, Stark y Anthony, 1998).

Se ha comprobado que los programas de tratamiento para los niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad son más efectivos cuanto antes se inician tras la aparición de síntomas, puesto que evitan que los niños experimenten reiteradas situaciones de fracaso, presenten una imagen deteriorada de sí mismos, muestren déficits en los aprendizajes escolares básicos, y desarrollen problemas de conducta. Actualmente se dispone de considerable número de investigaciones que indican que los programas de tratamiento cognitivo-conductual son eficaces en el abordaje del TDAH. Los antecedentes de este tipo de intervención vienen de la mano de Meichenbaum y Goodman (1981) con la introducción de la técnica de autoinstrucciones. Numerosas investigaciones señalan

las autoinstrucciones como elemento principal de la terapia cognitivo-conductual (véase Braswell, 1993, para una revisión).

Los procedimientos cognitivo-conductuales se han dirigido primordialmente a dos áreas de intervención, una a los déficits en la atención sostenida, al control de la impulsividad y a la mejora en el rendimiento académico y las habilidades sociales, y la otra a reducir la actividad excesiva, las conductas oposicionistas-desafiantes y las conductas agresivas. En general, estos programas persiguen el objetivo de conseguir que el niño sea capaz de alcanzar por sí mismo una total autonomía en la regulación de su comportamiento (autocontrol, adaptación a las normas sociales, etc), una autonomía física (hábitos de la vida diaria, orden, colaboración, etc), una autonomía cognitiva (mejorar la capacidad para separar la información relevante de la irrelevante, autoevaluación de su rendimiento o conducta, autocorrección, selección de las estrategias de actuación más adecuadas para la situación concreta, etc) y una autonomía emocional (independencia de los adultos, mejora de su autoestima y relaciones interpersonales satisfactorias) (Frankel, Myatt, Cantwell y Feinberg, 1997).

El enfoque conductual combina el refuerzo positivo contingente y el coste de respuesta. Entre las técnicas cognitivas destacan la autoinstrucción, el modelamiento, la autoevaluación, el autorrefuerzo, la resolución de problemas, etc. El objetivo de todas ellas es mejorar la capacidad de los niños para procesar la información, mejorar sus habilidades para resolver los problemas, e incrementar su auto-control a fin de adecuar su conducta a las demandas del ambiente (Kazdin, Siegel y Bass 1992).

Los estudios que se han venido llevando a cabo durante las décadas de los ochenta y noventa han puesto de manifiesto que la aplicación de este tipo de intervenciones, como única estrategia terapéutica, no siempre genera unos resultados tan esperanzadores como se creía, ni produce una mejoría significativa en áreas importantes en el funcionamiento infantil (Hinshaw y Erhardt, 1991; Abikoff, 1992). Sin embargo, en una revisión de 36 estudios realizada por Baer y Nietzel (1991), se encontró que los grupos que recibieron tratamiento cognitivo-conductual mejoraron su conducta y su rendimiento escolar respecto al grupo placebo. Kavale, Mathuer, Forness, Rutherford y Quin (1997), en un meta-análisis realizado sobre los programas de entrenamiento en habilidades sociales, constataron mejoras en la resolución de problemas, la competencia social y la relación interpersonal en un 58% del total de la muestra estudiada. En otro estudio, llevado a cabo con 37 niños con TDAH que recibieron entrenamiento en habilidades sociales, Pffiffer y McBurnett (1997) concluyeron que los niños mejoraron sus conocimientos sobre las habilidades sociales y disminuyeron las conductas inadecuadas.

No todos los estudios presentan datos tan satisfactorios. En una revisión realizada sobre las técnicas cognitivo-conductuales (Abikoff, 1991) se indica una falta de mantenimiento de los progresos obtenidos, una vez finalizado el programa, y una escasa generalización de sus resultados. Kaduson y Finnerty (1995) no encontraron diferencias significativas entre el grupo de niños con TDAH, que recibieron tratamiento cognitivo-conductual, y aquellos que estuvieron en lista de espera. Otros autores, como Waschbusch, Kipp y Pelham (1998), en una revisión reciente, indican que la respuesta al tratamiento depende del do-

minio que se evalúe, del número e intensidad de síntomas del TDAH, y de la presencia de síntomas asociados, por lo que es difícil extraer conclusiones unívocas. Cabe señalar otros factores como los criterios de selección de la muestra, de los instrumentos de evaluación aplicados y, sobre todo, de la combinación de las técnicas utilizadas, así como de su aplicación. (Martín y Pear, 1998).

Una de las críticas que se realizan con más insistencia a los tratamientos cognitivo-conductuales, y a los tratamientos en general, es la falta de generalización de las habilidades aprendidas fuera del contexto terapéutico, y la carencia de resultados satisfactorios a largo plazo que asegure que las mejoras se mantengan (Dulcan y Benson, 1997).

A pesar de las discrepancias en los resultados obtenidos por los diferentes estudios, parece existir un cierto consenso sobre la eficacia de este tipo de intervención (Pisterman, McGrath, Firestone, Goodman, Webster y Mallory, 1989; Whalen, 1993; Anastopoulous, Shelton, DuPaul y Guevremont, 1993). Numerosas investigaciones indican que la asociación de diferentes procedimientos cognitivos y conductuales resulta más eficaz que la aplicación de cada uno de ellos por separado; siendo las autoinstrucciones junto con los procedimientos conductuales (el refuerzo contingente y el coste de respuesta) elementos básicos en este tipo de intervenciones.

El objetivo del presente estudio es mostrar los resultados obtenidos con la aplicación de un programa de tratamiento cognitivo-conductual a niños con TDAH. Los datos que se presentan a continuación son fruto de la aplicación de un programa de tres meses de duración a diversos grupos de niños. Los datos han sido recogidos entre los años 1998 y 2001. Para la elaboración de este programa se realizó una revisión de las técnicas cognitivo-conductuales que mostraban mayor eficacia en el tratamiento del TDAH (Calderón y Amador, 1998). Este análisis dio origen a un programa piloto, que se aplicó a un grupo de niños, y que constituyó la base de lo que sería el programa de tratamiento que aquí se presenta.

La evaluación de la eficacia terapéutica se obtuvo mediante la valoración de la conducta por parte de los padres y de los profesores con pruebas aplicadas a los niños en tres momentos diferentes de la investigación: al inicio del programa, al finalizarlo y un mes más tarde de haberlo aplicado.

## Método

### *Sujetos*

La muestra está compuesta por 20 sujetos (13 chicos y 7 chicas) entre 8 y 12 años que presentan un Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). A todos estos sujetos se les administró una batería de pruebas que se especifican en el apartado de instrumentos. El programa de tratamiento consta de 12 sesiones, que se realizaron en grupos de tres sujetos con una frecuencia semanal, durante un periodo de tres meses.

Los criterios de inclusión utilizados fueron: 1) presentar seis o más síntomas de los especificados por el DSM-IV (APA, 1995) para el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad según información dada por los padres y profesores, 2) presentar seis o más síntomas del TDAH en la entrevista semiestructurada DICA-P (Reich, Shayka y Taiblenon, 1991) aplicada a padres, 3) obtener puntuaciones T iguales o superiores a 65 en el índice de TDAH de los cuestionarios de Conners para padres y profesores (Conners, 1997), 4) tener una edad comprendida entre los 8 y los 12 años y 5) obtener una puntuación en la escala de procesamiento mental compuesto del K-ABC (Kaufman y Kaufman, 1983) superior a 85. Entre los criterios de exclusión se encuentran: 1) no cumplir con alguno de los criterios anteriormente citados y 2) estar bajo tratamiento farmacológico.

El 40% de la muestra estudiada procede del Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales del Departamento de Bienestar Social y el 60% restante de dos centros escolares.

### **Instrumentos**

La eficacia del tratamiento en los diversos momentos de la intervención se valoró mediante una serie de pruebas que se administraron antes de iniciar el tratamiento, inmediatamente después de finalizarlo y tras un periodo de un mes o mes y medio a partir de la finalización del mismo. Las pruebas seleccionadas han sido ampliamente utilizadas en la valoración de tratamientos del TDAH.

Los cuestionarios utilizados en la valoración de la presencia de síntomas del TDAH y síntomas asociados, en el ambiente familiar y escolar, fueron:

a) *Inventario de Conductas Infantiles de Achenbach*. *Child Behavior Checklist/4-18: CBCL* (Achenbach, 1991a)<sup>1</sup>, es un heteroinforme contestado por los padres de niños entre los 4 y 18 años. El *Teacher's Report Form/5-12: TRF* (Achenbach, 1991b)<sup>1</sup> es la versión para profesores de niños entre 5 y 18 años. Ambas versiones constan de 113 ítems sobre conductas psicopatológicas que dan origen a ocho síndromes. Éstos se agrupan en dos factores denominados Internalización y Externalización. El factor de internalización agrupa síndromes conductuales como ansiedad/depresión, quejas somáticas y aislamiento. El factor de externalización agrupa síndromes conductuales como conducta agresiva y conducta delictiva. Otras agrupaciones conductuales saturan tanto en el factor internalización como externalización y tienen carácter mixto como son los problemas sociales, problemas de pensamiento y problemas de atención.

b) *Conner's Parent Rating Scale-Revised* (CPRS-R, Conners 1997) y *Conner's Teacher Rating Scale-Revised* (CTRS-R, Conners 1997)<sup>2</sup>. Cuestionario para padres y profesores compuesto por 27 y 28 ítems, respectivamente. La versión

1. Ambas versiones son bilingües (castellano-catalán) y han sido traducidas del original por los profesores Forns, Amador y Abad, del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Barcelona.  
2. Ambas versiones son bilingües (castellano-catalán) y han sido traducidas del original por el profesor Amador y el equipo de colaboradores del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Barcelona.

abreviada se compone de cuatro factores: oposicionismo, desatención, hiperactividad-impulsividad y un índice del TDAH. El índice del TDAH está formado por los 12 ítems que mejor discriminan entre niños con o sin TDAH. Las escalas de Conners son uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación del TDAH.

c) *Listado de síntomas derivados del DSM-IV para la valoración del TDAH.* (APA, 1995). Los síntomas de este listado son valorados por padres y profesores según una escala de Likert que va de 0 a 3 (para más información véase Amador, Forns y Martorell, 2001). El listado evalúa conductas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad. Se utilizó la misma versión para padres y profesores, ambas constan de 18 ítems con cuatro alternativas de respuestas.

d) *Escala de Problemas de Conducta (EPC)* de Navarro, Peiró, Llácer y Silva, (1993). Cuestionario dirigido a padres que consta de 98 ítems, destinado a detectar problemas de conducta en el ambiente extraescolar.

e) *Escala de autocontrol de Kendall y Wilcox (1979) (Self-Control Rating Scale: SCRS)*. Escala que consta de 33 ítems que evalúan la habilidad del niño para inhibir conductas o controlar reacciones impulsivas. Diez ítems están referidos a problemas de autocontrol, trece a problemas de impulsividad y los diez restantes describen problemas de ambos tipos.

Las pruebas aplicadas a los niños y utilizadas para valorar las posibles mejoras en la aplicación del programa en los diferentes momentos de la evaluación fueron:

a) *Test de Emparejamiento de Figuras Familiares (MFFT-20)* de Cairns y Cammock (1978). Prueba que consta de 20 ítems en los que la tarea consiste en escoger una figura entre seis posibles que debe ser igual a la que se presenta como modelo. Una de las seis figuras es idéntica a la del modelo, mientras que las otras cinco difieren en algún pequeño detalle. La prueba proporciona dos indicadores: el número de errores y la latencia a la primera respuesta. En esta investigación también se tuvo en cuenta el tiempo total que tardaba cada niño en finalizar la prueba.

CUADRO 1. PRUEBAS UTILIZADAS EN LAS DIFERENTES FASES DE ESTE ESTUDIO

		Informantes		
		Padres	Niño	Profesores
Pruebas	Pre-tratamiento,	CBCL	CPT	TRF
	Post-tratamiento	CPRS-R	MFFT-20	CTRS-R
	y Seguimiento	Listado de síntomas del TDAH		Escala TDAH
		EPC		
		AUTO-CONTROL		

b) *Test de Ejecución Continua (CPT)* de Conners (1995). Utilizado para evaluar la atención sostenida en una tarea de 14 minutos de duración. Se presentan a los niños una serie de estímulos en una pantalla y se les pide que respondan (pulsando el cursor del ordenador) cuando aparezca un estímulo determinado. Para esta investigación se tuvieron en cuenta los siguientes indicadores: respuestas correctas, errores de omisión (no responder cuando aparece el estímulo) y errores de comisión (responder sin que aparezca el estímulo).

### **Procedimiento**

El programa de entrenamiento en auto-control y habilidades sociales se basa en las aportaciones de Kendall y Braswell (1985) y Braswell y Bloomquist (1991). El programa se estructura en 12 sesiones de una hora, que se realizan con una frecuencia semanal.

Las técnicas utilizadas en este programa fueron las autoinstrucciones (contenido y secuencia), la resolución de problemas, el modelamiento, el auto-control, la autoevaluación, la autovaloración de la conducta al final de cada sesión realizada por el propio niño, y la valoración de dicha conducta realizada por el terapeuta. El procedimiento diseñado por Meichenbaum y colaboradores (Meichenbaum, 1981; Meichenbaum y Goodman, 1981) para enseñar las autoinstrucciones fue el utilizado en esta investigación.

También se aplicaron el refuerzo social, el coste de respuesta, el recuento de los puntos y la elección de alguna de las actividades sociales propuestas para realizar dentro del grupo, durante los últimos cinco minutos de la sesión.

Las sesiones se llevaron a cabo en salas habilitadas para tal fin, tanto en el centro ICASS como en los centros escolares. Una vez constituidos los grupos, se fijó un día y una hora de tratamiento que se mantuvo siempre igual a lo largo de todo el programa de intervención. Las sesiones se iniciaban una vez estaban todos los niños presentes, tenían delante el cuaderno de tratamiento y, sobre todo, una vez que firmaban la primera hoja del programa en donde se hacía constar su presencia.

Las sesiones se estructuraron de la siguiente forma:

CUADRO 2. SESIONES, CONTENIDO, OBJETIVOS Y DESARROLLO DE LA SESIÓN EN LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

#### SESIÓN 1

##### *Objetivos*

- Introducción de la organización y la estructura del programa.
- Inicio a las técnicas de tratamiento.

##### *Contenido*

Presentación e introducción de las técnicas.

*Desarrollo de la sesión*

- Información sobre las normas del grupo.
- Presentación de la mascota del programa.
- Ejemplo de cómo realizar la valoración del comportamiento por parte del niño y del terapeuta.
- Introducción del sistema de puntos.
- Introducción del coste de respuesta.
- Ejemplo del uso del recuento de puntos y del menú de recompensas.

## SESIÓN 2

*Objetivos*

Potenciar el autocontrol personal, la atención y la autoevaluación del comportamiento.

*Contenido*

Entrenamiento en solución de problemas sociales y en autoinstrucción

*Desarrollo de la sesión*

- Presentación de tres conflictos de interacción social.
  - Definición operativa de los conflictos.
  - Búsqueda de alternativas de solución.
  - Análisis de consecuencias.
  - Selección de la alternativa más adecuada.
- Todo este proceso es ejemplificado por autoinstrucciones del terapeuta.
  - Se presta especial atención al *análisis de la situación* de forma operativa que nos sirva de guía para poder después decidir cuál será la alternativa más adecuada.
  - Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y terapeuta).
  - Recuento de puntos.
  - Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera.

## SESIÓN 3

*Objetivos*

Potenciar el autocontrol personal, la atención y la autoevaluación del comportamiento.

*Contenido*

Técnicas de solución de problemas y autoinstrucción.

*Desarrollo de la sesión*

- Repaso de los pasos de solución de problemas, en un ejercicio concreto.
- Presentación del primer ejercicio.
- Seguimiento de instrucciones.
- Se presta especial atención a la *propuesta de alternativas*. No se pone límite a los niños a la explicación o a la hora de escribir posibles alternativas para resolver los problemas. Parecido a la técnica de *brainstorming* o tormenta de ideas.
- Auto-imposición de demora en la realización de la tarea.
- Corrección en grupo del ejercicio: análisis de las alternativas propuestas por cada niño, evaluación de pros y contras de cada una de ellas, elección de la alternativa adecuada.
- Refuerzo social.
- Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y terapeuta).
- Recuento de puntos.
- Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera.

## Sesión 4

*Objetivos*

Potenciar la demora temporal, la atención, el autocontrol verbal y la autorregulación.

**Contenido**

Guía auto-dirigida para la utilización de estrategias de solución de problemas y autoinstrucción.

**Desarrollo de la sesión**

- Repaso de los pasos de solución de problemas, mediante un ejercicio concreto.
- Ejemplificación por parte del terapeuta de la aplicación de las técnicas de solución de problemas y autoinstrucciones para resolver el problema.
- Presentación del segundo ejercicio.
- Seguimiento de instrucciones.
- Se presta especial atención al *análisis de las posibles consecuencias* tanto positivas como negativas de cada posibilidad de actuación.
- Auto-imposición de demora en la realización de la tarea.
- Corrección en grupo del ejercicio: análisis de las alternativas propuestas por cada niño, evaluación de pros y contras de cada una de ellas, elección de la alternativa adecuada.
- Refuerzo social.
- Se anima a los niños a utilizar el procedimiento de cinco pasos de solución de problemas en diversas situaciones escolares y/o familiares.
- Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y terapeuta).
- Recuento de puntos.
- Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera.

**SESIÓN 5****Objetivos**

Incrementar la reflexividad formulando diversas soluciones hipotéticas a los problemas planteados y analizar sus pros y contras, anticipando las posibles consecuencias.

**Contenido**

Entrenamiento en estrategias sociales: analizar situaciones, buscar alternativas, planificar la solución.

**Desarrollo de la sesión**

- Repaso de los pasos de solución de problemas, en un ejercicio concreto.
- Presentación del primer ejercicio.
- Actuación como modelo por parte del terapeuta que presenta un problema hipotético y lo resuelve.
- Se presta especial atención *al plan de actuación y a su rectificación*, en caso de ser necesario.
- Auto-imposición de demora en la realización de la tarea.
- Corrección en grupo del ejercicio: análisis de las alternativas propuestas por cada niño, evaluación de pros y contras de cada una de ellas, elección de la alternativa adecuada. Se hace especial hincapié en la evaluación de pros y contras de cada propuesta.
- Modelado participativo del profesor en el análisis de los problemas planteados y en la corrección de los ejercicios.
- Auto-imposición de demora en la realización de la tarea.
- Refuerzo social.
- Se proponen dos ejercicios más en los que se sigue este mismo procedimiento.
- Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y terapeuta).
- Recuento de puntos.
- Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera.

**SESIÓN 6****Objetivos**

Entrenar en resolución de problemas, en previsión y anticipación de consecuencias y en toma de decisiones. Potenciar la demora forzada y el autocontrol y la autorregulación.

**Contenido**

Solución de problemas en situaciones formales e informales.

*Desarrollo de la sesión*

- Presentación del primer ejercicio.
- Actuación como modelo por parte del terapeuta que presenta un problema hipotético y lo resuelve.
- Se presta especial atención a la *previsión y la anticipación de consecuencias* y al análisis de la conducta en función de sus consecuencias.
- Auto-imposición de demora en la realización de la tarea.
- Corrección en grupo del ejercicio: análisis de las alternativas propuestas por cada niño, evaluación de pros y contras de cada una de ellas, elección de la alternativa adecuada.
- Reflexión colectiva sobre el impacto tanto cognitivo como conductual de llevar a cabo la solución propuesta.
- Se proponen dos ejercicios más en los que se sigue este mismo procedimiento
- Refuerzo social.
- Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y terapeuta).
- Recuento de puntos.
- Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera.

## SESIÓN 7

*Objetivos*

Incrementar la capacidad de resolver problemas, el autocontrol y la autorregulación.

*Contenido*

Aplicación del procedimiento de solución de problemas y autoinstrucción para mejorar el autocontrol.

*Desarrollo de la sesión*

- Presentación del primer ejercicio.
- Los niños resuelven de manera autónoma los ejercicios planteados.
- Actuación como modelo por parte del terapeuta que presenta un problema hipotético y lo resuelve.
- Se presta especial atención a las *conductas de cooperar y compartir*, análisis de la conducta en función de sus consecuencias.
- Reflexión colectiva sobre el impacto que tiene nuestra conducta en la opinión y la forma de actuar de los demás.
- Modelado participativo por parte del profesor en el análisis de los problemas planteados y en la corrección de los ejercicios.
- Auto-imposición de demora en la realización de la tarea.
- El terapeuta dirige todo el proceso de solución de problemas de los ejercicios de los niños.
- Corrección en grupo del ejercicio: análisis de las alternativas propuestas por cada niño, evaluación de pros y contras de cada una de ellas, elección de la alternativa adecuada. Se hace mayor hincapié en el análisis de la conducta en función de las consecuencias de su implementación.
- Se trabaja la *generalización* de la resolución de problemas y las autoinstrucciones en problemas y situaciones cotidianas de los niños.
- Refuerzo social.
- Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y terapeuta).
- Recuento de puntos.
- Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera.

## SESIÓN 8

*Objetivos*

Potenciar los procedimientos adecuados en resolución de problemas sociales, mejora del autocontrol y autorregulación del comportamiento ante señales de enfado.

*Contenido*

Reconocimiento de las señales de enfado y pérdida de control.

**Desarrollo de la sesión**

- Presentación de los ejercicios relacionados con la *identificación de señales de enfado y pérdida de autocontrol*.
- Guía por parte del terapeuta en la realización de los ejercicios.
- Corrección en grupo del ejercicio: análisis de las alternativas propuestas por cada niño, evaluación de pros y contras de cada una de ellas, elección de la alternativa adecuada.
- Se analizan con los niños aquellas situaciones en las que más fácilmente se enfadan y pierden el control. Se pide que reflexionen sobre aquellas situaciones en las que les cuesta más trabajo controlarse.
- Se trabaja la *generalización* de la resolución de problemas y las autoinstrucciones en problemas y situaciones cotidianas de los niños.
- Refuerzo social.
- Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y terapeuta).
- Recuento de puntos.
- Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera.

**SESIÓN 9****Objetivos**

Potenciar los procedimientos adecuados en resolución de problemas sociales, mejora del autocontrol y autorregulación del comportamiento ante señales de enfado.

**Contenido**

Ejemplificación de la utilización de solución de problemas y autoinstrucciones en el control del enfado.

**Desarrollo de la sesión**

- Presentación de los ejercicios relacionados con la *identificación de señales de falta de autocontrol y señales de enfado*.
- Guía por parte del terapeuta en la realización de los ejercicios.
- Corrección en grupo del ejercicio: análisis de las alternativas propuestas por cada niño, evaluación de pros y contras de cada una de ellas, elección de la alternativa adecuada.
- Se analizan con los niños aquellas situaciones en las que más fácilmente se enfadan y pierden el control. Se pide que reflexionen sobre aquellas situaciones en las que les cuesta más trabajo controlarse.
- Modelado participativo del terapeuta en la solución de los problemas que plantean los niños.
- Se trabaja la *generalización* de la resolución de problemas y las autoinstrucciones en problemas en situaciones cotidianas de los niños.
- Refuerzo social.
- Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y terapeuta).
- Recuento de puntos.
- Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera.

**SESIÓN 10****Objetivos**

Incrementar la capacidad de resolución de problemas e identificación de sentimientos, mejora del autocontrol y la autorregulación.

**Contenido**

Tomar conciencia de la «autoimagen social».

**Desarrollo de la sesión**

- Presentación de los ejercicios relacionados con la autoimagen.
- Presentación de los ejercicios relacionados con la imagen que creen que tienen los demás sobre ellos mismos.
- Guía por parte del terapeuta en la realización de los ejercicios.
- Discusión en grupo de esta *imagen social* que presenta cada niño.
- Modelado participativo por parte del profesor ante los casos de hipervaloración o infravaloración.

- Se trabaja la *generalización* de la resolución de problemas y las autoinstrucciones en problemas y situaciones cotidianas de los niños.
- Refuerzo social.
- Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y terapeuta).
- Recuento de puntos.
- Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera.

#### Sesión 11

##### *Objetivos*

Incrementar la capacidad de resolución de problemas e identificación de sentimientos, mejora del autocontrol y la autorregulación.

##### *Contenido*

Exposición de los pensamientos positivos y negativos hacia uno mismo.

##### *Desarrollo de la sesión*

- Presentación de los ejercicios relacionados con la autoimagen.
- Guía por parte del terapeuta en la realización de los ejercicios.
- Discusión en grupo de esta *autoimagen* que presenta cada niño.
- Modelado participativo por parte del profesor ante los casos de hipervaloración o infravaloración.
- Se trabaja la *generalización* de la resolución de problemas y las autoinstrucciones en problemas y situaciones cotidianas de los niños.
- Refuerzo social.
- Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y terapeuta).
- Recuento de puntos.
- Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera.

#### SESIÓN 12

##### *Objetivos*

Repasar los cinco pasos de resolución de problemas.

##### *Contenido*

Revisión de las estrategias utilizadas durante el programa, con especial atención a la solución de problemas y autoinstrucción.

##### *Desarrollo de la sesión*

- Presentación de tres problemas hipotéticos.
- Los niños resuelven de manera autónoma los ejercicios propuestos.
- Corrección en grupo del ejercicio: análisis de las alternativas propuestas por cada niño, evaluación de pros y contras de cada una de ellas, elección de la alternativa adecuada.
- *Valoración personal* por parte de los niños de las técnicas que han aprendido durante la aplicación del programa y de su utilidad en su vida cotidiana.
- Refuerzo social.
- Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y terapeuta).
- Recuento de puntos.
- Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera.
- Entrega de un diploma.
- Entrega de un «pin» con la mascota del programa.

## Resultados

La Tabla 1 recoge las medias y desviaciones típicas de las diferentes escalas de valoración para padres, así como los valores correspondientes a las compara-

ciones entre pre y post-tratamiento y, entre el tratamiento y seguimiento. La misma información se ofrece en la Tabla 2 con las escalas de valoración para profesores y en la Tabla 3 se presentan los resultados de las pruebas aplicadas a los niños.

En los Gráficos 1 y 2 se pueden observar las medias de las diferentes subescalas de valoración de conducta según la información proporcionada por padres y profesores durante el pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento.

TABLA 1. MEDIAS, DESVIACIONES TÍPICAS Y VALORES «T» DE LAS COMPARACIONES ENTRE EL PRE-TRATAMIENTO, EL POST-TRATAMIENTO Y EL SEGUIMIENTO. INFORMACIÓN DE PADRES

	Pre-tratamiento		Post-tratamiento		Seguimiento		Pre-post	Pre-seguimiento
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	t	t
<i>Child Behavior Checklist</i> (puntuación T)								
Problemas internalizantes	63.95	11.10	59.30	9.61	59.28	9.10	3.24**	3.22**
Problemas externalizantes	62.80	9.46	60.20	9.11	58.17	10.21	1.59	2.26
Problemas conducta total	67.05	6.53	62.05	7.96	60.50	7.95	4.56**	4.83**
<i>CPRS-R (Conners)</i> (puntuación T)								
Oposicionismo	66.35	14.46	56.95	11.30	56.39	11.71	3.52**	3.68**
Desatención	75.25	12.24	69.05	12.05	68.67	11.82	2.72	2.94**
Hiperactividad-Impulsividad	76.00	14.05	70.40	15.44	67.33	14.54	2.32	3.13**
Índice de TDAH	75.35	11.31	67.45	9.99	67.00	9.62	4.59**	3.63
<i>Escala TDAH</i> (número de síntomas)	12.8	3.91	8.00	4.39	8.72	6.14	4.31**	3.17
<i>EPC</i> (puntuación centil) Escala escolares'	83.25	12.59	78.50	16.79	79.44	11.10	2.11	2.06
<i>AUTOCONTROL</i> (puntuación directa) Índice de Kendall y Willcox	20.40	6.22	14.65	5.02	13.17	4.93	3.99**	5.56**

\*\*  $p \leq 0.01$

Según la información suministrada por los padres tras el tratamiento se aprecia una disminución de las puntuaciones T en las escalas de problemas internalizantes ( $t = 3.24$ ,  $p = 0.01$ ) y en el total de problemas de conducta ( $t = 4.56$ ,  $p = 0.01$ ); estas diferencias se mantienen durante el periodo de seguimiento en las escalas de problemas internalizantes,  $t = 3.22$ ,  $p = 0.01$ , y total de problemas  $t = 4.83$ ,  $p = 0.01$ . No se aprecia un descenso estadísticamente significativo respecto a la fase de pre-tratamiento, en las puntuaciones de la escala de problemas externalizantes.

El mismo patrón se repite con las puntuaciones de las escalas de Conners: se aprecia una disminución significativa entre las fases pre y post-tratamiento, en el factor de oposicionismo ( $t = 3.53$ ,  $p = 0.01$ ), y en el índice general de TDAH

( $t = 4.59$ ,  $p = 0.01$ ). Asimismo se aprecia un mantenimiento de los logros durante el seguimiento en la conducta oposicionista ( $t = 3.68$ ,  $p = 0.01$ ), y en hiperactividad-impulsividad ( $t = 3.13$ ,  $p = 0.01$ ).

También se aprecia descenso en los síntomas del TDAH tras la intervención ( $t = 4.31$ ,  $p = 0.01$ ), descenso que se mantiene durante el seguimiento, aunque ya no es estadísticamente significativo.

Respecto a la escala de problemas escolares del cuestionario EPC se observa una disminución de los problemas informados por los padres tras la intervención, aunque esta disminución no alcanza valores significativos. En la escala de Auto-control también se aprecian mejoras significativas entre las fases de pre y post-tratamiento ( $t = 3.99$ ,  $p = 0.01$ ) y en el seguimiento ( $t = 5.56$ ,  $p = 0.01$ ).

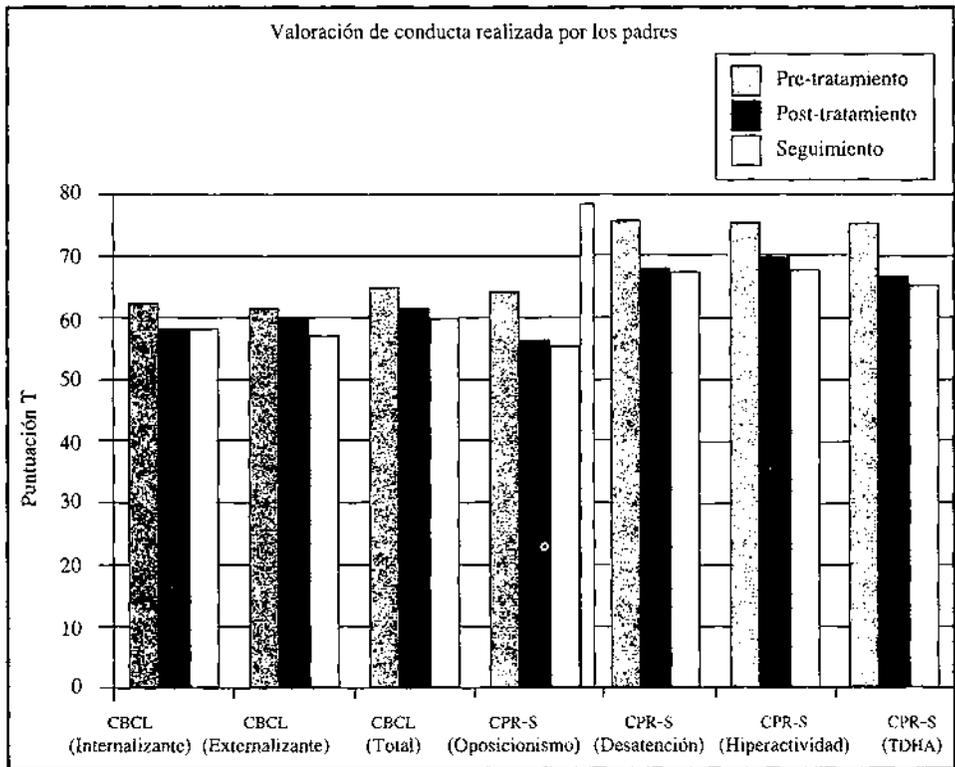


Gráfico 1. Medias de las diferentes subescalas de valoración de conducta según la información proporcionada por padres durante el pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento.

Como puede comprobarse en el Gráfico 1, hay una disminución significativa en los problemas de conducta, según aprecian los padres, tanto en el cuestionario CBCL como en la escala de Conners. En general, disminuye el número de conductas internalizantes, externalizantes (conductas de oposicionismo, de-

satención e hiperactividad). Es especialmente notorio el cambio efectuado en la adquisición de autocontrol.

Según la información suministrada por los profesores, tras el tratamiento, se aprecia una disminución de las puntuaciones T en las escalas de problemas externalizantes ( $t = 2.99$ ,  $p = 0.01$ ) y en el total de problemas ( $t = 2.91$ ,  $p = .001$ ). Estos cambios no se mantienen en la fase de seguimiento.

TABLA 2. MEDIAS, DESVIACIONES TÍPICAS Y VALORES «T» DE LAS COMPARACIONES ENTRE EL PRE-TRATAMIENTO, EL POST-TRATAMIENTO Y EL SEGUIMIENTO. INFORMACIÓN DE PROFESORES

	Pre-tratamiento		Post-tratamiento		Seguimiento		Pre-post	Pre-seguimiento
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	t	t
<i>Teacher Report Form (TRF)</i> (puntuación T)								
Problemas internalizantes	60.60	7.33	58.65	8.86	60.29	9.03	1.09	0.30
Problemas externalizantes	62.00	10.35	58.05	8.05	59.05	7.81	2.99**	2.48
Problemas conducta total	64.90	8.25	61.15	6.90	62.26	6.66	2.91**	2.22
<i>CTRS-R (Conners)</i> (puntuación T)								
Oposicionismo	58.55	14.28	50.40	7.89	52.89	8.54	3.02**	2.46
Desatención	65.15	12.39	58.30	10.50	58.95	9.34	3.06**	3.81**
Hiperactividad-Impulsividad	66.75	16.12	59.15	16.33	59.42	16.85	3.19**	3.59**
Índice de TDAH	71.55	13.84	62.20	11.85	62.26	12.49	4.20**	4.36**
<i>Escala de TDAH</i> (número de síntomas)	10.90	4.63	11.10	18.88	6.95	3.57	-0.48	3.576**

\*\*  $p \leq 0.01$

El mismo patrón se repite en las puntuaciones de las escalas de Conners: se aprecia una disminución significativa entre las fases pre y post-tratamiento, en los factores de oposicionismo ( $t = 3.02$ ,  $p = 0.01$ ), desatención ( $t = 3.06$ ,  $P = 0.01$ ), hiperactividad-impulsividad ( $t = 3.19$ ,  $p = 0.01$ ) y en el índice general de TDAH ( $t = 4.20$ ,  $p = 0.01$ ). Esta disminución se mantiene durante el seguimiento en desatención ( $t = 3.81$ ,  $p = 0.01$ ), en hiperactividad-impulsividad ( $t = 3.59$ ,  $0 = 0.01$ ) y en el índice de TDAH ( $t = 4.36$ ,  $p = 0.01$ ).

Respecto al listado de síntomas de TDAH se aprecia descenso en el número de síntomas del TDAH entre las fases de pre-tratamiento y seguimiento ( $t = 3.57$ ,  $p = 0.01$ ).

Como puede apreciarse en el Gráfico 2, hay una disminución significativa de los problemas que presentan los niños en el ambiente escolar, según la valoración realizada por los profesores. Concretamente, se observa una mejora en las conductas que indican problemas externalizantes y en la puntuación total de problemas del *Teacher's Report Form* (TRF), así como un descenso en las puntuaciones de conductas características del TDAH, según la escala de Conners. Estas mejoras se mantienen en la evaluación realizada un mes más tarde en el seguimiento.

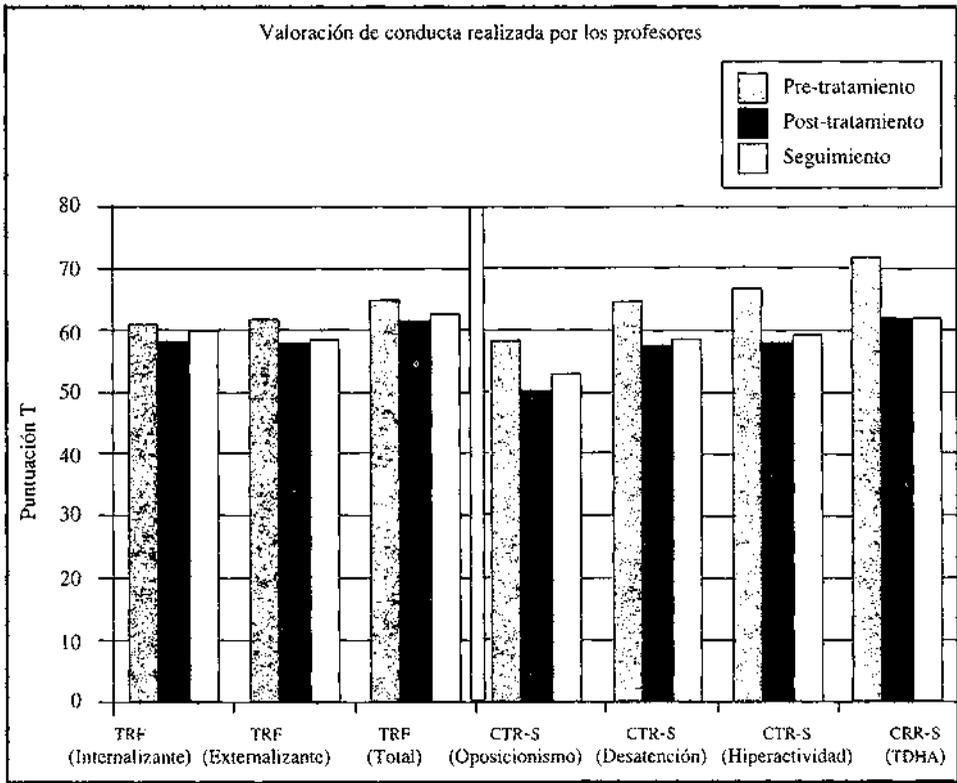


Gráfico 2. Medias de las diferentes subescalas de valoración de conducta según la información proporcionada por profesores durante el pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento.

TABLA 3. MEDIAS, DESVIACIONES TÍPICAS Y VALORES «T» DE LAS COMPARACIONES ENTRE EL PRE-TRATAMIENTO, EL POST-TRATAMIENTO Y EL SEGUIMIENTO. INFORMACIÓN DEL NIÑO

	Pre-tratamiento		Post-tratamiento		Seguimiento		Pre-post	Pre-seguimiento
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	t	t
<i>MFFT</i>								
Latencia (1ª respuesta)	.58	0.51	.47	1.12	.47	1.26	0.11	0.11
Nº de errores	26.21	9.86	15.74	5.31	16.75	20.58	10.47**	9.40
Tiempo total	8.43	3.64	13.61	6.84	14.92	8.75	-5.17**	-6.49**
<i>CPT</i>								
Omisión	80.81	24.72	80.17	19.38	-	-	0.09	-
Comisión	55.82	32.66	54.73	36.51	-	-	0.08	-

\*\* p = 0.01

La Tabla 3 muestra las puntuaciones obtenidas en las pruebas aplicadas a los niños. En los resultados se aprecia una disminución del número de errores en el Test de emparejamiento de figuras familiares (MFFT), disminución que es estadísticamente significativa entre las fases de pre y post-tratamiento ( $t = 10.47$ ,  $p = .001$ ). En la fase de seguimiento, aunque se puede apreciar un descenso en el número de errores respecto a la fase de pre-tratamiento, dicha disminución no es estadísticamente significativa. En el índice de latencia a la primera respuesta del MFFT se observa una disminución entre las diversas fases de la evaluación, sin que sea estadísticamente significativa. Por el contrario, en el tiempo total dedicado a la ejecución de la tarea se aprecia un aumento progresivo entre la fase pre y post-tratamiento ( $t = -6.49$ ,  $p = 0.008$ ) y entre pre-tratamiento y seguimiento ( $t = 8.75$ ,  $p = 0.01$ ). Se detecta pues una mejora en el rendimiento que se manifiesta con la comisión de menos errores y un aumento en el tiempo de realizarla, lo que puede indicar mayor capacidad de análisis y mayor control de la impulsividad: los niños dedican más tiempo para finalizar la prueba y ello acarrea una mejora de los resultados.

En la prueba CPT (Test de ejecución continua) no se aprecian diferencias significativas entre el pre y post-tratamiento, aunque sí un ligero descenso en el número de errores de omisión y de comisión. No se han podido obtener los valores correspondientes al momento del seguimiento, por lo que no disponemos de resultados en esta fase.

## Discusión

Los resultados obtenidos en el presente estudio, a partir de las valoraciones proporcionadas por padres y profesores, permiten mantener una actitud positiva respecto a las posibilidades que ofrece el tratamiento cognitivo-conductual en la intervención con niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

El objetivo de nuestra investigación era comprobar la eficacia del entrenamiento en auto-control para niños con TDAH. Los resultados obtenidos tras la intervención y durante la fase de seguimiento muestran una serie de cambios en los sujetos que han participado en este programa. En este sentido, los padres perciben mejoras en la conducta de sus hijos tras la intervención. Estos cambios se manifiestan en el descenso del número de problemas de comportamiento que atribuyen a sus hijos, especialmente en el número total de problemas. Asimismo, se aprecia una disminución de las conductas relacionadas con el TDAH: oposiciónismo, desatención e hiperactividad-impulsividad. Igualmente, en la escala de Autocontrol también se observan mejoras significativas tras la intervención y en el seguimiento. También se ha encontrado una disminución en la escala de problemas escolares del cuestionario EPC según la información proporcionada por los padres tras la intervención, aunque tal disminución no alcanza valores significativos. Estos cambios se mantienen durante el seguimiento. Los profesores informan de mejoras, a corto plazo, en la conducta de los sujetos que han participado en el tratamiento. Estos cambios se ponen de manifiesto en el descenso

del número total de problemas y de problemas externalizantes. Dichos cambios también indican una disminución de las conductas relacionadas con el TDAH tras la intervención (menor desatención, hiperactividad-impulsividad y conducta oposicionista), y un mantenimiento de tal disminución en la fase de seguimiento. En los tests aplicados a los sujetos se aprecian mejoras que se manifiestan en la comisión de menos errores y un aumento en el tiempo que los niños dedican a la tarea. Resultados similares han sido obtenidos por autores como Pisterman *et al.*, 1989; Braswell 1993; Pfiffner y McBurnett, 1997 en la aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual a niños con TDAH.

Si bien los resultados obtenidos en esta investigación son satisfactorios, debemos hacer ciertas puntualizaciones al respecto. En primer lugar, este tratamiento fue aplicado a niños entre 8 y 12 años; por lo que no se deberían extrapolar las mejoras observadas a niños de otras edades. La aplicación del programa a otras edades implicaría necesariamente una adaptación tanto de las técnicas utilizadas como de las situaciones problema que se plantean, lo que daría paso a otra investigación y a la obtención de nuevos resultados. Segundo, en esta investigación no se dispone de grupo control de lista de espera. De todas formas, autores como Lambert (1988, 1994) afirman que la estimación de los cambios clínicos se puede realizar a partir de la comparación de las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios utilizados, siempre y cuando éstos dispongan de datos normativos y, por otro lado, sostienen que no es esperable en el transcurso de tan pocos meses un cambio evolutivo tan significativo. Tercero, el test de Connors parece ser más sensible a la estabilidad de las mejoras logradas con el tratamiento que el *Cheklist* (CBCL). Cuarto, el Test de ejecución continua (CPT) no indica cambios en el sistema de atención sostenida de los sujetos que han participado en el programa. Quinto, no debemos olvidar el efecto añadido que puede tener sobre la valoración de los padres la confianza que muestran las familias en los posibles beneficios producidos por la aplicación del programa. En este estudio todas las familias que participaron en la investigación, ya fuesen del Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales, o de los centros de enseñanza, mostraron un alto grado de colaboración y disposición en todas las fases de la investigación, mostrándose altamente implicadas en el proceso. El interés manifestado por todas estas familias se explica, en parte, por los criterios de selección utilizados en la fase de evaluación pre-tratamiento. Esta fase ayudó a incrementar la motivación, la implicación, y a crear altas expectativas respecto a la eficacia del programa. Incluso los profesores, que *a priori* estaban menos motivados, también detectaron mejorías en los niños tras la aplicación del programa.

Sexto, el programa de intervención aplicado a niños con TDAH se realizó con un grupo reducido, por lo que sería necesario realizar otras investigaciones que permitiesen comprobar si estos resultados son equiparables a los obtenidos en las intervenciones realizadas de forma individual, atendiendo a las particularidades de cada niño (Cohen, 1995). Séptimo, otra característica de esta intervención es la aplicación del programa a niños que no estaban bajo tratamiento psicofarmacológico. Al igual que se señala en el apartado anterior, se deberían realizar más investigaciones para comprobar si los resultados obtenidos en esta investigación se incrementarían con la combinación de tratamiento farmacológico-

gico a los niños. Recientes investigaciones sobre el tratamiento del TDAH (Hibbs, 1995; Jensen, Martin y Cantwell, 1997) parecen apuntar que la aproximación óptima en el tratamiento del TDAH es la intervención multimodal, que combina la intervención con los niños, la prescripción del tratamiento farmacológico, el entrenamiento a los padres y consejo a los profesores. Finalmente, es necesario realizar estudios de seguimiento a más largo plazo que permitan valorar si las mejoras se mantienen a lo largo del curso escolar y se generalizan a diversos contextos.

## REFERENCIAS

- Abikoff, H. (1992). Attention-deficit hyperactivity and conduct disorder: Comorbidity and implications for treatment. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 60*, 81-892.
- Abikoff, H. (1991). Cognitive training in ADHD Children: Less to it than meets the eye. *Journal of Learning Disabilities, 24*, 205-209.
- Achenbach, T.M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: Universidad de Vermont. Departamento de Psiquiatría.
- Achenbach, T.M. (1991b). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington, VT: Universidad de Vermont. Departamento de Psiquiatría.
- Amador, J.A., Forn, M. y Martorell, B. (1996). Síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad: análisis evolutivo y consistencia entre informantes. *Anuario de Psicología, 32* (1), 51-66.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4<sup>th</sup> ed). Washington DC: Author. Edición española, 1994. Barcelona: Masson.
- Anastopoulos, A.D., Shelton, T.L., DuPaul, G.J. & Guevremont, D.C. (1993). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology, 21*, 581-596.
- Baer, R. & Nietzel, M. (1991). Cognitive and behavioral treatment of impulsivity in children: A meta-analytic review of the outcome literature. *Journal of Clinical Child Psychology, 20*, 400-412.
- Barkley, R. A., DuPaul, G. J. & McMurray, M.B. (1990). Attention deficit disorder with and without hyperactivity: Clinical response to three doses of methylphenidate. *Pediatrics, 87*, 519-531.
- Barkley, R.; Guevremont, D., Anastopoulos, A. & Fletcher, K. (1992). A comparison of three family therapy for treating family conflicts in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 450-462.
- Braswell, L. & Bloomquist, M.C. (1991). *Cognitive behavioral therapy with attention-deficit hyperactive disorder children*. New York: Guilford.
- Braswell, L. (1993). Cognitive-behavioral groups for children manifesting ADHD and other disruptive behavior disorders. *Special Services in the Schools, 8*, 1, 91-1117.
- Cairns, F.D. & Carmock, J. (1978). Development of a more reliable version of the matching familiar figures test. *Developmental Psychology, 5*, 157-169.
- Calderón, C y Amador, J.A (1998). *Tratamiento cognitivo-conductual de la hiperactividad: análisis de la eficacia de intervención*. VI Conferencia Internacional de Evaluación Psicológica. Formas y Contextos. Universidad de Salamanca.
- Cohen, D.J. (1995) Psychosocial therapies for children and adolescents: Overview and future directions. *Journal of Abnormal Child Psychology, 23*, 141-157.
- Conners, C.K. (1994). Conners rating scales. En M.E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 550-578). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Conners, C.K. (1995). *Conners' Continuous Performance Test (CPT)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Conners, C.K. (1997). *Conners' Rating Scales-Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Dagenbach, D. & Carr, T.H (1994). *Inhibitory processes in attention, memory and language*. California: Academic Press.
- Dulcan, M.K. & Benson, R.S. (1997). Summary of practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 1311-1317.

- Edelbrock, C.S. & Achenbach, T.M. (1984). The teacher version of the Child Behavior Checklist: I Boys aged 6-11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 207-217.
- Frankel, F., Myatt, R., Cantwell, D.P. & Feinberg, D. (1997). Parent-assisted transfer of children social skills training: Effects on children with and without attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1056-1064.
- Hibbs, E.D. (1995). Child and adolescent disorders: Issues for psychosocial treatment research. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 1-10.
- Hinshaw, S.P. & Erhardt, D. (1991). Attention-deficit hyperactivity disorder. En P.C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy. Cognitive-behavioral procedures* (pp-98-130). New York: Guilford Press.
- Jensen, P., Martin, D. & Cantwell, D. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice, and DSM-IV. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1065-1079.
- Kaduson, H.G. & Finnerty, K. (1995). Self-control game interventions for attention-deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Play Therapy*, 4, 15-29.
- Kadzin, A.E., Siegel, T.C. & Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 733-747.
- Kaufman, A. & Kaufman, N. (1983). *Kaufman assessment battery for children. Interpretation manual*. Circle Pines. Minnesota: American Guidance Service. Edición española, 1997, Madrid: TEA.
- Kavale, K.A., Mathur, S.R., Forness, S.R., Rutherford, R.B. & Quinn, M.M. (1997). Effectiveness of social skills training for students with behavior disorders: A meta-analysis. *Advances in Learning and Behavioral Disabilities*, 11, 1-26.
- Kendall, P. & Braswell, L. (1985). *Cognitive-behavioral therapy for impulsive children*. New York: Guilford Press.
- Kendall, P. & Wilcox, L.E. (1979). Self-control in children: Development of a rating scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 1020-1029.
- Lambert, M.E. (1994). Use of Psychological Test for Outcome Assessment. En M.E. Marwisch (Ed.), *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Assessment*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lambert, N.E. (1988). Adolescent outcomes for hyperactive children: Perspectives on general and specific patterns of childhood risk for adolescent educational social, and mental health problems. *American Psychologist*, 43, 786-799.
- Martin, G. & Pear, J. (1998). *Behavior modification*. London: Prentice Hall.
- Meichenbaum, D. H. (1981). Una perspectiva cognitivo-comportamental del proceso de socialización. *Andisis y Modificación de Conducta*, 7, 85-109.
- Meichenbaum, D.H. y Goodman, J. (1981). Entrenar a niños impulsivos a hablarse a sí mismos: un método para desarrollar el autocontrol. En A. Ellis y Grieger (Eds.), *Manual de terapia racional-emotiva* (pp. 397-414). Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Navarro, A.M., Peiró, R., Llacer, M.D. y Silva, F. (1993). Escala de problemas de conducta. En F. Silva y M.C. Martorell (Eds.), *Evaluación de la Personalidad Infantil y Juvenil*. Madrid: MEPSA.
- Pfiffner, L.-J. & McBurnett, K. (1997). Social skills training with parent generalization: Treatment effects for children with attention deficit disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 749-757.
- Pisterman, S., McGrath, P., Firestone, P., Goodman, J.T., Webster, I. & Mallory, R. (1989). Outcome of parent-mediated treatment of preschoolers with attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 628-635.
- Reich, W., Shayka, J. & Taibleson, C.H. (1991). *Diagnostic interview for children and adolescent-revised version 7.2*. (L. Ezpeleta, trad.). Unpublished manuscript, Washington University, Division of Child Psychiatry, St. Louis.
- Richters, J., Arnold, E., Jensen, P., Abikoff, H., Conners, K., Greenhill, L., Hinshaw, S., Pelham, W. & Swanson, J. (1995). NIMH collaborative multisite multimodal treatment study with ADHD: I. Background and rationale. *Journal of American Academy Child and Adolescent*, 34, 987-1000.
- Schmidt, K.L., Stark, K.D. & Anthony, B.J. (1998). Cognitive factors differentiating attention deficit-hyperactivity disorder with and without a comorbid mood disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 673-679.
- Waschbusch, D.A., Kipp, H.L. & Pelham W.E. (1998). Generalization of behavioral and psychostimulant treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Discussion and examples. *Behavior Research and Therapy*, 36, 675-694.
- Whalen, C.K. (1993). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En T.H. Ollendick y M. Hersen (Eds.), *Psicopatología infantil* (pp. 213-279). Barcelona: Martínez Roca.