

UNIVERSITAT DE BARCELONA

FACULTAT DE PSICOLOGIA

DEPARTAMENT DE PERSONALITAT, AVALUACIÓ  
I TRACTAMENT PSICOLÒGIC

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD:  
PROGRAMA DE TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

TESIS DOCTORAL

**CATERINA CALDERÓN GARRIDO**

DIRECTORES: **Dr. JUAN ANTONIO AMADOR CAMPOS**  
**Dra. MARIA FORNS I SANTACANA**

Barcelona, 2003

# **TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD: PROGRAMA DE TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL**

	Páginas
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	5
<b>INTRODUCCIÓN</b>	7
<b>PRIMERA PARTE: FUNDAMENTOS</b>	<b>9</b>
<b>1. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE HIPERACTIVIDAD INFANTIL</b>	<b>9</b>
1.1 Primeras definiciones del trastorno	9
1.2 Énfasis en el daño cerebral mínimo o disfunción cerebral mínima	14
1.3 Énfasis en las características comportamentales como la hiperactividad o la falta de atención	17
1.4 Énfasis en la pobre inhibición conductual	21
<b>2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS</b>	<b>25</b>
2.1 Criterios diagnósticos propuestos por la Organización Mundial de la Salud	26
2.2 Criterios diagnósticos propuestos por la Asociación Americana de Psiquiatría	28
<b>3. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DEL TDAH</b>	<b>33</b>
3.1 Problemas de Atención	33
3.2 Problemas de Hiperactividad	39
3.3 Problemas de Impulsividad	42
3.4 Prevalencia	45
<b>4. TRASTORNOS ASOCIADOS</b>	<b>47</b>
4.1 Comorbilidad con problemas de conducta	48
4.2 Comorbilidad con trastornos del aprendizaje	53
4.3 Comorbilidad con trastornos de ansiedad	55
4.4 Comorbilidad con trastornos del estado de ánimo	55
4.5 Consideraciones finales	57
<b>5. CORRELATOS BIOLÓGICOS</b>	<b>59</b>
5.1 Factores genéticos	59
5.2 Factores neuroquímicos	63
5.3 Factores neuroanatómicos	66
5.4 Factores de riesgo	71

	Páginas
<b>6. EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD</b>	<b>73</b>
6.1 Instrumentos de evaluación	74
6.1.1 Entrevista	74
6.1.1.1 Entrevista clínica para niños y adolescentes con TDAH	75
6.1.1.2 Entrevista diagnóstica para niños y adolescentes DICA-P (para padres de niños de 6-17 años)	77
6.1.2 Escalas de valoración de conducta para padres y profesores	79
6.1.2.1 Child Behavior Checklist (CBCL) y Teacher's Report Form (TRF)	82
6.1.2.2 Conners' Parent Rating Scale-Revised (CPRS-R) y Conners' Teacher Rating Scale-Revised (CTRS-R)	84
6.1.2.3 Listado de síntomas del TDAH a partir del DSM-IV	86
6.1.2.4 Escala de Problemas de Conducta (EPC)	88
6.1.2.5 Escala de autocontrol de Kendall y Wilcox (SCRS)	89
6.1.3 Test y medidas de laboratorio	90
6.1.3.1 Continuous Performace Test (CPT)	90
6.1.3.2 Test de Emparejamiento de Figuras Familiares (MFFT-20)	93
<b>7. TRATAMIENTO DE LA HIPERACTIVIDAD INFANTIL</b>	<b>95</b>
7.1 Tratamiento farmacológico con psicoestimulantes	96
7.1.1 Efectos beneficiosos a corto y largo plazo	98
7.1.2 Efectos secundarios a corto y largo plazo	104
7.2 Otras sustancias utilizadas en el tratamiento farmacológico del TDAH	107
7.3. Modificación de conducta	109
7.3.1 Intervenciones conductuales en el tratamiento del TDAH	109
7.3.2 Intervenciones cognitivas en el tratamiento del TDAH	115
7.3.3 Intervenciones cognitivo-conductuales en el tratamiento del TDAH	121
7.4. Programas integrados	126

	Páginas
<b>SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN</b>	
	<b>131</b>
<b>1. OBJETIVOS GENERALES DEL PROYECTO</b>	<b>132</b>
<b>2. HIPÓTESIS DE TRABAJO</b>	<b>133</b>
<b>3. MÉTODO</b>	<b>135</b>
3.1 Selección de la muestra	139
3.2 Centros de colaboración	143
3.3 Batería de pruebas aplicadas	143
3.3.1 Entrevista	143
3.3.2 Escalas de valoración para padres y profesores	144
3.3.3 Test estandarizados	145
<b>4. PROCEDIMIENTO</b>	<b>147</b>
4.1 Evaluación pretratamiento	147
4.2 Evaluación postratamiento y seguimiento	149
<b>5. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN</b>	<b>153</b>
5.1 Técnicas utilizadas	154
5.1.1 Autoinstrucción	154
5.1.2 Entrenamiento en estrategias de solución de problemas	160
5.1.3 Modelado participativo	165
5.1.4 Autoevaluación	167
5.1.5 Demora forzada	169
5.1.6 Refuerzos	170
5.1.7 Autorrefuerzo individual	172
5.1.8 Economía de fichas	173
5.1.9 Coste de respuesta	175
5.1.10 Recuento de puntos	176
5.1.11 Menú y elección del refuerzo	178
5.2 Diseño	180
5.3 Aplicación	193
5.4 Funciones que se potencian en el programa	193

	Páginas
<b>6. ANÁLISIS DE DATOS</b>	<b>195</b>
6.1 Descripción de los datos de la entrevista clínica para niños y adolescentes con TDAH	195
6.2 Descripción de los datos de la entrevista DICA-P	202
6.3 Análisis de los datos obtenidos de las pruebas aplicadas	205
6.3.1 Child Behavior Checklist (CBCL) y Teacher's Report Form (TRF)	205
6.3.2. Conners' Parent Scale-Revised (CPRS-R) y Conners' Teacher Rating Scale-Revised (CTRS-R)	214
6.3.3 Listado de síntomas TDAH del DSM-IV	220
6.3.4 Escala de Problemas de Conducta (EPC)	224
6.3.5 Escala de autocontrol (SCRS)	227
6.3.6 Continuous Performance Test (CPT)	229
6.3.7 Test de Emparejamiento de Figuras Enmascaradas (MFFT-20)	232
<b>7. DISCUSIÓN</b>	<b>235</b>
<b>8. CONCLUSIONES</b>	<b>241</b>
8.1 Interpretación de los resultados a la luz de las aportaciones teóricas expuestas en la primera parte de la investigación	241
8.2 Mejoras que pueden realizarse a los tratamientos cognitivo-conductuales	249
8.3 Consideraciones finales	252
<b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>257</b>
ÍNDICE DE TABLAS	321
ÍNDICE DE GRÁFICAS	327
ÍNDICE DE CUADROS	328
ÍNDICE DE FIGURAS	329
ANEXO I	333
ANEXO II - Pruebas -	339

## **AGRADECIMIENTOS**

Quisiera dedicar este trabajo a todos aquellos que con su colaboración y apoyo han hecho posible esta investigación.

En primer lugar, mi profundo agradecimiento a mis directores de tesis, el Dr. Juan Antonio Amador Campos por su dedicación, exigencia, crítica y aliento que ha hecho posible este trabajo, y a la Dra. Maria Forns i Santacana por su entrega, generosidad, rigor científico y metodológico. Les agradezco a ambos su enorme dedicación durante todo este tiempo.

A la directora del Institut d'Assistència Sanitària, Enriqueta Lloret, por su ayuda para conseguir los permisos de colaboración entre el Departament de Benestar Social y la Universitat de Barcelona, por su responsabilidad y entusiasmo que van más allá del trabajo realizado. A todo el equipo del centro y especialmente a Matilde Candeas y Eugenia Oliete. A la psicóloga Pilar Soler del EAP de Reus y al Dr. Diaz del Hospital Sant Joan XXIII por haber creído en este proyecto y haber derivado a muchos de los niños.

A los directores de los colegios: a Maria Guiu del CEIP “Pràctiques 2”, a Jesús Urabayen del CEIP “Pau Picasso” y a Jordi Albadelejo del CEIP “Els Pins”, por la amabilidad mostrada en la recogida de la muestra y por la colaboración prestada en todas las fases del proceso. Al psicólogo Fernando López y a la profesora de educación especial Lourdes Ruiz por facilitar mi paso por las escuelas.

Quisiera dar gracias a todos los niños que han formado parte de la investigación, así como a sus familiares por haberlo permitido; sin ellos no hubiese sido posible este trabajo.

Al Colegio CEIP “Pau Delclós” por las facilidades otorgadas durante los dos primeros años de tesis para poder observar a los niños en sus aulas, y por las enormes implicaciones educativas que han enriquecido esta investigación.

A M<sup>a</sup> Ángeles García por la lectura detenida de este trabajo, por sus correcciones lingüísticas y de estilo. A la asesora Maribel Però por la ayuda prestada en relación con los aspectos metodológicos y de análisis de datos. A la Dr. Chumbe por la lectura detenida del apartado de correlatos biológicos.

También quisiera agradecer a mi familia y a todos mis amigos, el interés y paciencia que han derrochado durante este trayecto. A todos los compañeros de trabajo de estos años de doctorado, por su compañerismo, entendimiento y colaboración sin reservas. También quisiera dar las gracias a la Universitat de Barcelona por todas las ayudas otorgadas para realizar esta investigación.

De forma muy especial, quisiera agradecer a Josep Gustems su generosidad, sus incontables horas de lectura detenida de mi trabajo, su apoyo incondicional y por su enorme sabiduría y paciencia. Su ayuda ha permitido que hoy pueda defender mi tesis ante un tribunal. Así que a él y a Marina les dedico este trabajo.

Caterina Calderón Garrido  
Barcelona, 2003

## INTRODUCCIÓN

*“Estableceré el régimen de los enfermos de manera que les sea más provechoso según mis facultades y mi entender, evitando todo mal y toda injusticia”*

### JURAMENTO HIPOCRÁTICO

Nadie duda en Psicología de la importancia de los tratamientos, ese vínculo que se establece entre dos o más personas en las que, al menos, una de ellas experimenta un malestar, sufrimiento o infelicidad y deposita en otra persona la confianza para ayudarle a comprender mejor qué le sucede y, sobre todo, para aprender a superar sus conflictos o a convivir con ellos.

En las últimas décadas han proliferado los programas de tratamiento que surgen del interés por mejorar la calidad de vida de la sociedad, en general, y de las familias con algún miembro con trastornos mentales, en particular. Los avances en los instrumentos de evaluación, en el conocimiento de las bases de los trastornos, en la delimitación de las dificultades, etc. han contribuido enormemente a este auge.

Uno de los trastornos infantiles que más atención ha suscitado es el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), que ha visto cómo ha aumentado su incidencia en las sociedades industrializadas. A quienes lo padecen, o a quienes conviven con niños con TDAH provoca un gran malestar; y un deterioro significativo en el ámbito familiar, escolar y/o personal. El TDAH se manifiesta por dificultades para mantener la atención, para controlar los impulsos y para ajustar el nivel de actividad a las demandas de la situación, por lo que el tratamiento va encaminado a mejorar el autocontrol en estas personas.

Esta investigación es un intento de ofrecer a las familias y a los terapeutas que se encuentran ante el reto de tratar a estos niños un programa de tratamiento que intenta incorporar las técnicas de intervención que han demostrado mayor eficacia.

El trabajo que aquí se presenta consta de dos partes. En la primera se repasan los aspectos más destacados del TDAH, la evolución del concepto de hiperactividad<sup>1</sup>, los síntomas nucleares del trastorno, los problemas asociados, los correlatos biológicos, los instrumentos de evaluación, así como, los diferentes procedimientos y técnicas de intervención en el tratamiento del TDAH.

En la segunda parte se presentan los resultados obtenidos en la aplicación de un programa de entrenamiento para mejorar el autocontrol de los niños con TDAH. En este apartado se puede encontrar el diseño del programa, la elección de la muestra y los centros de colaboración, la evaluación inicial, la aplicación del tratamiento, la evaluación postratamiento, el seguimiento, la valoración de los efectos del programa, la discusión de los datos, así como las conclusiones y propuestas para futuras intervenciones.

El programa se puso en práctica en dos ocasiones: en la primera de ellas, como estudio piloto, y en la segunda, como estudio definitivo. Los resultados obtenidos indican mejoras tras la aplicación del tratamiento, mejoras percibidas tanto por los padres como por los profesores y los niños que participaron en dicho proyecto. Igualmente satisfecha está la autora de esta investigación, que ha disfrutado del camino recorrido, sabiendo que la consecución del grado de doctor es el punto de inicio para nuevos desafíos.

---

<sup>1</sup> A lo largo de este trabajo se utilizarán las expresiones hiperactividad y trastorno por déficit de atención con hiperactividad como términos equivalentes.

## **PRIMERA PARTE: FUNDAMENTOS**

A continuación se ofrecerá un breve repaso a la evolución del concepto del TDAH, a los criterios diagnósticos, a la definición y descripción de los síntomas del TDAH, a los trastornos asociados, a los correlatos biológicos, a los instrumentos de evaluación y, finalmente, a los tipos de tratamientos del TDAH.

### **1. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DEL TDAH**

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos infanto-juveniles más estudiado en psicopatología infantil, como así lo demuestran los más de 90 términos diagnósticos utilizados para designarlo (Sulzbacher, 1985, citado por García y Polaino, 1997) y los miles de artículos publicados sobre el tema. Sin embargo, y pese al interés y a los estudios realizados, todavía existen discrepancias tanto en la terminología utilizada para referirse al trastorno, como respecto a su etiología, al diagnóstico diferencial y a su tratamiento (García y Polaino, 1997).

#### **1.1 Primeras definiciones del trastorno**

Sir George Frederic Still (1902) y Alfred F. Tredgold (1908) fueron los primeros autores que acuñaron el término de hiperactividad. George F. Still (1868-1941) fue profesor en el King's College Hospital en Londres. Este pediatra inglés fue conocido principalmente por sus descripciones acerca de niños con artritis crónica reumatoide. Still analizó con detalle 20 historias clínicas de niños que presentaban problemas de conducta y, posteriormente, realizó una descripción precisa de las características que presentaban: los definió como niños con temperamento violento, revoltosos, inquietos, molestos, destructivos, incapaces de fijar la atención y de reaccionar ante los castigos, que presentaban fracaso escolar en ausencia de déficit intelectual, mostrando movimientos coreiformes y anomalías congénitas menores como epicantus y paladar ojival. Según el citado autor, estas alteraciones eran resultado de un daño pre o postnatal que afectaba a una cualidad intrínsecamente humana que denominó *control moral* (Still 1902, citado por Sandberg, 1996).

Tredgold (1908, citado por Taylor, 1986) en su libro *Mental Deficiency* describió a una serie de niños con problemas de conducta, clasificándolos dentro del grupo de deficientes mentales –no idiotas– incapaces de recibir beneficios de las enseñanzas ordinarias que se les daban en el colegio, pero capaces de progresar con atención individual y clases especializadas. Estos niños mostraban rasgos físicos peculiares tales como tamaño y forma anormal de la cabeza, anormalidades en el paladar y signos neurológicos leves. Tredgold consideraba que la causa de tales problemas era el resultado de una anoxia durante el nacimiento que no era detectada a tiempo y producía daño en una área del cerebro, área en la que residía, según el autor, el *sentido de la moral*. Las consecuencias de tal daño, de acuerdo con Tredgold, podían transmitirse de una generación a otra, y adoptar formas diversas como hiperactividad, migraña, epilepsia, histeria y neurastenia.

La concepción que Still y Tredgold tenían sobre la explicación del trastorno debe considerarse dentro del contexto social y científico de la época. La Inglaterra del siglo XIX estuvo marcada por el poder económico y la revolución industrial; la sociedad inglesa se caracterizaba por una estructura jerárquica en la que las clases bajas sufrían frecuentemente las consecuencias adversas de la transformación económica, tales como la mortalidad infantil, las dificultades de aprendizaje, la delincuencia, etc. Las deficiencias morales e intelectuales de las clases bajas tendían a ser identificadas como la causa, más que la consecuencia, de tales circunstancias. Es en este contexto en el que Still realizó su explicación sobre los defectos del control moral de los niños con problemas de conducta. Still consideraba que la conciencia moral y el control moral eran habilidades frágiles y de especial labilidad para la pérdida o el fracaso en su desarrollo. Estos problemas afectaban principalmente a las clases bajas; su hipótesis viene muy marcada por los principios del darwinismo social muy en boga en la época. Igual ocurre con la hipótesis de Tredgold, en la que el daño cerebral sufrido en los primeros estadios de desarrollo del individuo era el responsable directo de muchos de los problemas aparecidos en la infancia (Sandberg, 1996).

En la bibliografía psiquiátrica, en el siglo XIX, se encuentran estudios de casos individuales que también se interesaron por tal fenómeno. L.B. Hoffman (1844, citado por Benjumea y Mojarro, 1995), psiquiatra alemán, describió la conducta de un supuesto niño hiperactivo “Zappel Philipp” en unos cuentos infantiles. Años más tarde, Ireland (1877, citado por García y Polaino-Lorente, 1997) hizo lo propio en su libro *Medical and Education Treatment of various forms of idiocy*. Clouston (1892, citado por Sandberg, 1996) señalaron la sobreactividad y la inquietud como sus rasgos característicos. Bourneville (1897, citado por Benjumea y Mojarro, 1995) describió a estos niños como inquietos y sobreactivados, llamándolos *niños inestables*, término que posteriormente fue recogido por Heuyer (1914, citado por Sandberg, 1996) en su tratado sobre *niños anormales y delincuentes juveniles*.

En España, durante este mismo período, Rodríguez Lafora (1917, citado por Benjumea y Mojarro, 1995) al hablar de las perturbaciones de la motilidad, hace referencia a la constitución psicopática de los niños inestables.

En general, durante esta primera etapa histórica, se atribuye al trastorno un origen orgánico con poca o nula influencia ambiental (Sandberg, 1996).

La epidemia de encefalitis de 1917-1918 en América jugó un papel destacado en la explicación de la hiperactividad. Tras la epidemia, numerosos clínicos encontraron que los niños que habían padecido tal enfermedad mostraban secuelas conductuales y cognitivas similares a las halladas en niños con hiperactividad (Hohman 1922, Ebaugh 1923, Sante de Sanctis 1923, Streker y Ebaugh 1924, Kahn y Cohen 1934). Por ejemplo, Hohman, 1922 y Ebaugh, 1923 (citados por Benjumea y Mojarro, 1995) describieron a un total de 28 niños que habían padecido encefalitis y que, al parecer, ésta les habría provocado una ligera disfunción cerebral. Un año más tarde, Streker y Ebaugh (1924, citados por Sandberg, 1996) describían secuelas neurológicas y conductuales en los niños que habían padecido encefalitis, tales como hiperactividad, inestabilidad emocional, irritabilidad, problemas de atención y de memoria.

Kahn y Cohen (1934, citados por Sandberg, 1996) describieron la presencia de déficits orgánicos en tres casos en los que el principal problema era la hiperactividad. Según los citados autores, una alteración en la organización del tronco cerebral causada por encefalopatía prenatal, daño prenatal o perinatal o por un defecto congénito, afectaba a la modulación del nivel de actividad cerebral. Estos autores acuñaron el término de *Síndrome de Impulsividad Orgánica*, que se caracterizaba por la presencia de hiperactividad, impulsividad, conducta antisocial y labilidad emocional, todo ello como consecuencia de una alteración cerebral.

Así, durante este periodo, década 20-30, se empezó a reconocer la interacción entre los factores orgánicos y los factores ambientales en la explicación de la hiperactividad, al comprobarse que los niños víctimas de una encefalitis presentaban secuelas conductuales que permitían, al menos, fundar la sospecha de que la conducta desinhibida y el exceso de actividad eran consecuencia de una disfunción cerebral.

La Tabla 1 recoge los primeros estudios en la descripción del TDAH.

<b>Tabla 1. Tabla-resumen de los primeros estudios en la descripción del TDAH</b>		
<b>Autores</b>	<b>Descripción</b>	<b>Características</b>
Still (1902)	Defectos en el control moral	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Temperamento violento</li> <li>▪ Revoltosos</li> <li>▪ Destructivos</li> <li>▪ Inquietos</li> <li>▪ Molestos</li> <li>▪ Incapacidad para mantener la atención</li> <li>▪ Fracaso escolar</li> <li>▪ Ausencia de respuesta a los castigos</li> <li>▪ Ausencia de déficit intelectual</li> <li>▪ Movimientos casi coreiformes</li> <li>▪ Anomalías congénitas menores como epicantus y paladar ojival</li> </ul>
Tredgold (1908)	Dentro del grupo de deficientes mentales –no idiotas–	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hipercinesia</li> <li>▪ Anormal tamaño y forma de la cabeza</li> <li>▪ Anormalidades en el paladar</li> <li>▪ Varios signos neurológicos menores</li> <li>▪ Problemas de coordinación</li> <li>▪ Disminución o excesivo nivel de actividad</li> <li>▪ Falta de atención</li> <li>▪ Desobediencia</li> <li>▪ Conducta antisocial o criminal</li> <li>▪ Ausencia de deficiencia intelectual severa</li> <li>▪ Incapaces de recibir beneficios de la enseñanza ordinaria</li> </ul>
Rodríguez Lafora (1917)	Perturbaciones en la motilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actividad inusitada</li> <li>▪ Mentalmente normales</li> <li>▪ Incapacidad para dominar sus reacciones</li> <li>▪ Nerviosos</li> <li>▪ Indisciplinados</li> <li>▪ Movilidad física, paralela a la psíquica</li> <li>▪ Falta de atención</li> <li>▪ Molestos</li> <li>▪ Inquietos</li> </ul>
Hohman (1922) y Ebaugh (1923)	Síndrome de inestabilidad psicomotriz	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Secuelas neurológicas y conductuales</li> <li>▪ Síntomas de disfunción ligera en el cerebro</li> <li>▪ Indiferencia</li> <li>▪ Exhibicionismo</li> <li>▪ Precocidad sexual</li> <li>▪ Hipersomnias</li> <li>▪ Reacciones histéricas</li> </ul>
Streker y Ebaugh (1924)	Trastorno de conducta postencefálico	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inestabilidad emocional</li> <li>▪ Irritabilidad</li> <li>▪ Obstinación</li> <li>▪ Tendencia a mentir y a robar</li> <li>▪ Empeoramiento en la atención y la memoria</li> <li>▪ Desaliñados</li> <li>▪ Desordenados</li> <li>▪ Tics</li> <li>▪ Depresión</li> <li>▪ Pobre control motor</li> <li>▪ Hiperactividad</li> </ul>
Kahn y Cohen (1934)	Síndrome de Impulsividad Orgánica	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hiperactividad</li> <li>▪ Impulsividad</li> <li>▪ Conducta antisocial</li> <li>▪ Labilidad emocional</li> </ul>

## **1.2 Énfasis en el daño cerebral mínimo o disfunción cerebral mínima**

Como se comentaba en el apartado anterior, la relación entre la conducta de niños víctimas de una encefalitis y la conducta que mostraban niños considerados hiperactivos hizo suponer que la hiperactividad eran fruto de una disfunción cerebral sobrevinida por una enfermedad. Otro hecho igualmente importante durante este periodo fue el descubrimiento del “efecto de la calma paradójica”, observado por Bradley en 1937. Se denominó así a la mejoría que la medicación psicoestimulante producía en la conducta de los niños con hiperactividad. Bradley observó cómo los niños con hiperactividad, que recibían tratamiento con benzedrina, mejoraban su conducta y rendimiento respecto a los niños sin este tipo de tratamiento (Bradley, 1937, citado por Sandberg, 1996).

La relación de la hiperactividad con la encefalitis letárgica y la mejora de los síntomas con tratamiento farmacológico condujo a la idea de que los niños con hiperactividad presentaban algún tipo de problema cerebral. Strauss, Kephart y Lehtinen y Goldberg en 1955 (citado por Sandberg, 1996) designaron al trastorno “Lesión Cerebral Mínima” (Minimal Brain Damage), considerando el daño cerebral como única causa del trastorno. La popularidad que rodeó al término de lesión cerebral mínima como explicación de los problemas que presentaban los niños hiperactivos se vio incrementada por el énfasis que hicieron sus autores en la necesidad de detectar el problema a tiempo, a fin de poder tratarlo adecuadamente, tanto en el ámbito psicológico como educativo (García y Polaino-Lorente, 1997). Autores como Pasamick, Rogers, Lihienfeld (1956); Knobloch y Pasamick (1959, citado por García y Polino-Lorente, 1997) ayudaron a defender e impulsar este concepto.

Poco a poco el término de lesión cerebral se convirtió en un cajón de sastre en el que se incluía a un grupo muy heterogéneo de niños con problemas de conducta y/o de aprendizaje. Paralelamente, y al filo de los años 50, se diseñaron en EEUU un gran número de programas de educación especial para aquellos niños que padecían algún tipo de lesión cerebral (García et al. 1997). Estos niños eran colocados estratégicamente en cubículos con la finalidad de que no se distrajeran con estímulos novedosos y/o extraños.

A finales de esa época, y tras muchos estudios realizados para comprobar la relación entre daño cerebral e hiperactividad, la explicación de daño cerebral como única causa del trastorno fue cambiando ya que no se pudo demostrar que los niños con hiperactividad tuviesen algún tipo de daño cerebral. En los años 60 se seguía considerando como causa probable del trastorno algún tipo de disfunción cerebral, aunque no se afirmaba rotundamente la existencia de un daño cerebral en la explicación de la hiperactividad (Sandberg, 1996).

El cambio de término de “daño cerebral” a “disfunción cerebral” vino auspiciado por un trabajo encargado a Clements en 1966 por el Departamento Americano de Salud, Educación y Bienestar. Clements (1966, citado por Sandberg, 1996) defendía que la Disfunción Cerebral Mínima, asociada a disfunciones del Sistema Nervioso Central, era responsable de los trastornos de conducta y de los problemas de aprendizaje de niños con inteligencia normal. Según el citado autor, la etiología del cuadro se debía a variaciones genéticas, irregularidades bioquímicas, daño pre o perinatal, o lesiones producidas en la maduración del Sistema Nervioso Central. Bajo esta concepción, los niños hiperactivos presentaban desajustes perceptivo-motores, inestabilidad emocional, déficits generales en la coordinación óculo-manual, déficits de memoria, problemas de lenguaje y audición, signos neurológicos menores, dificultades específicas de aprendizaje (lectura, escritura y matemáticas) y/o irregularidades electroencefálicas con un origen orgánico.

La tabla 2 recoge las características del síndrome de lesión cerebral y el de disfunción cerebral mínima, ambos considerados como supuesto origen de la hiperactividad.

**Tabla 2. Características del síndrome de lesión cerebral y el de disfunción cerebral mínima**

Autores	Denominación	Características	
Strauss, Kephart, Lehtinen, Goldstein (1947)	Síndrome de lesión cerebral	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Problemas de percepción</li> <li>▪ Problemas de lenguaje</li> <li>▪ Problemas emocionales</li> <li>▪ Hiperactividad (“Desinhibición motora”)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falta de atención</li> <li>▪ Impulsividad</li> <li>▪ Poco perseverantes</li> <li>▪ Importantes déficits cognitivos</li> </ul>
Clements y Peters (1962)	Disfunción Cerebral Mínima	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Defectos perceptivos</li> <li>▪ Alteraciones de aprendizaje</li> <li>▪ Alteraciones de conducta</li> <li>▪ Buena respuesta a drogas y no a psicoterapia</li> <li>▪ Hiperactividad</li> <li>▪ Deterioro perceptivo motor</li> <li>▪ Labilidad emocional</li> <li>▪ Déficit general en coordinación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trastorno de atención</li> <li>▪ Impulsividad</li> <li>▪ Trastorno de memoria</li> <li>▪ Alteraciones de aprendizaje</li> <li>▪ Trastorno de lenguaje y de audición</li> <li>▪ Signos neurológicos menores</li> <li>▪ Electroencefalograma irregular</li> </ul>

### **1.3 Énfasis en las características comportamentales como la hiperactividad o la falta de atención**

A principios de los años 70 la insatisfacción con el término “disfunción cerebral mínima” fue en aumento. Durante esta época se observó una creciente tendencia a conceptualizar la hiperactividad como un síndrome marcadamente conductual, al no haberse podido demostrar de forma fehaciente la existencia de una lesión orgánica o una disfunción cerebral mínima como base etiológica responsable del trastorno. Este hecho, unido al impulso de los programas de educación especial llevados a cabo en Norteamérica, y a la escolarización obligatoria, propició la búsqueda de una nueva definición más funcional del trastorno, que incidiera más en los aspectos comportamentales y cognitivos del problema y que ayudase a dibujar el tratamiento a seguir. A ello contribuyeron autores como Morrison y Steward (1971, citado por Sandberg, 1996); Cantwell (1972); Needleman, Gunnue y Lenton (1979, citado por Benjumea y Mojarro, 1995) y Sandberg, Wielgerberg y Shaffer (1980). Estos autores enfatizaron los factores psicológicos y ambientales en la explicación del trastorno.

Durante este mismo periodo surgieron multitud de investigaciones sobre los factores de riesgo relacionados con la hiperactividad. Morrison y Steward (1971, citado por Sandberg, 1996), por ejemplo, señalaron la presencia de algún tipo de psicopatología en los padres, tales como el alcoholismo y/o problemas afectivos, como factores de riesgo. Esta idea fue recogida, años más tarde, por Needleman, Gunnue y Lenton (1979, citado por Benjumea y Mojarro, 1995) para referirse a los niños con hiperactividad.

Un hecho importante en este periodo fue la comunicación presentada por Douglas y su equipo (1972) en la Asociación Canadiense de Psicólogos. En ella se subrayaron los aspectos cognitivos del trastorno y se apuntó la idea de que la deficiencia básica de los niños hiperactivos era su incapacidad para mantener la atención y controlar su impulsividad, y no la excesiva actividad motriz, lo que supuso un nuevo planteamiento del problema. La definición propuesta por el grupo de Montreal constituyó uno de los antecedentes más próximos a la postura taxonómica del trastorno propuesta por el DSM-III (APA, 1980), que introdujo nuevos criterios para la definición del trastorno,

denominándolo “déficit de atención con o sin hiperactividad”. En esta nueva definición se otorgó mayor énfasis a los aspectos atencionales del trastorno.

Los nuevos criterios propuestos en el DSM-III para el trastorno fueron bien recibidos por la comunidad científica, aunque no estuvieron exentos de críticas de quienes se oponían a considerar la hiperactividad como trastorno, argumentando que los síntomas que dibujan el cuadro no eran específicos de este síndrome, sino más bien síntomas que comparten otros trastornos de la psicopatología infantil (Sandberg et al. 1980; Shaffer, 1985).

Autores como Barkley (1987) llegaron incluso a proponer una nueva definición de hiperactividad, considerando que los déficits de atención que presentaban estos niños se extendían al control de la impulsividad y el autogobierno de la propia conducta (obediencia, autocontrol y solución de problemas), que aparecía en la infancia o en la niñez temprana, y que resultaba significativamente molesta para su entorno. El trastorno no era consecuencia directa de otros trastornos como retraso intelectual, alteraciones severas del lenguaje, problemas emocionales o desajustes sensoriales o motores.

Las críticas respecto a la clasificación nosológica del DSM-III produjeron una revisión de sus criterios que se materializó en la publicación de la tercera edición revisada del DSM en 1988. El DSM-III-R agrupó los síntomas en un único subtipo, el *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*. Este nuevo ajuste en la conceptualización del trastorno tampoco estuvo exenta de críticas, entre ellas la escasa referencia a los instrumentos o medidas necesarios para evaluar el trastorno, la ausencia de criterios psicométricos definitorios de la alteración, la escasa atención prestada al grado de severidad conductual necesaria para considerar al niño como hiperactivo, la escasa especificidad del criterio temporal, etc. (García et al. 1997). La tabla 3 recoge la evolución de la denominación del trastorno a partir de la década de los 70.

**Tabla 3. Evolución de la denominación del trastorno a partir de la década de los 70**

Autores	Denominación	Características	
Douglas (1972)	Déficit atencional	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dificultad para detenerse, observar y actuar</li> <li>▪ Se distrae con facilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incapacidad para mantener la atención</li> <li>▪ Impulsividad</li> </ul>
DSM-III (1980)	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No acaba las cosas que empieza</li> <li>▪ No parece escuchar</li> <li>▪ Se distrae con facilidad</li> <li>▪ Tiene dificultades para concentrarse en el trabajo escolar y en el juego</li> <li>▪ Actúa antes de pensar</li> <li>▪ Parece que siempre está “en marcha”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cambia con excesiva frecuencia de actividad</li> <li>▪ Tiene dificultades para organizar su trabajo</li> <li>▪ Necesita supervisión constante</li> <li>▪ Hay que llamarle la atención constantemente</li> <li>▪ Le cuesta quedarse quieto</li> <li>▪ Le cuesta estar sentado</li> </ul>
DSM-III-R (1988)	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inquietud frecuente</li> <li>▪ Dificultad para permanecer sentado</li> <li>▪ Falta de atención</li> <li>▪ Dificultad para aguardar turno</li> <li>▪ Frecuencia de respuestas precipitadas</li> <li>▪ Dificultad para seguir instrucciones</li> <li>▪ Dificultad en mantener la atención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dificultad para jugar con tranquilidad</li> <li>▪ Verborrea</li> <li>▪ Interrumpe actividades de otros</li> <li>▪ No escucha lo que se le dice</li> <li>▪ Pierde cosas necesarias para una tarea</li> <li>▪ Practica actividades físicas peligrosas</li> <li>▪ Frecuente cambios de actividad</li> </ul>

Continuación...			
CIE-10 (1989, 1992)	-Trastorno de la actividad y atención -Trastorno hiperkinético disocial	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falta de persistencia en actividades que requiere procesos cognoscitivos</li> <li>▪ Tendencia a cambiar de una actividad a otra</li> <li>▪ Actividad desorganizada</li> <li>▪ Actividad mal regulada</li> <li>▪ Actividad excesiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Déficit de atención</li> <li>▪ Interrupción prematura de la ejecución de tareas</li> <li>▪ Suelen dejar actividades sin terminar</li> <li>▪ Descuidados</li> <li>▪ Impulsivos</li> <li>▪ Propensos a accidentes</li> <li>▪ Problemas de disciplina</li> </ul>
DSM-IV (1994),	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dificultades para mantener la atención</li> <li>▪ Parece no escuchar</li> <li>▪ No sigue instrucciones</li> <li>▪ Dificultades para organizar tareas</li> <li>▪ Evita el esfuerzo mental sostenido</li> <li>▪ Pierde cosas necesarias para realizar las tareas</li> <li>▪ Frecuentes distracciones</li> <li>▪ Descuidado en las actividades diarias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mueve en exceso manos y pies</li> <li>▪ Abandona su asiento en clase cuando se espera que esté sentado</li> <li>▪ Corre o salta excesivamente</li> <li>▪ Dificultades para jugar tranquilamente</li> <li>▪ Parece que “Está en marcha”</li> <li>▪ Habla en exceso</li> <li>▪ Se precipita en dar respuestas</li> <li>▪ Dificultades guardar turno</li> <li>▪ Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros</li> </ul>

#### **1.4 Énfasis en la pobre inhibición conductual**

La década de los 90 podría ser denominada la era de la *función ejecutiva*, término que aparece en la gran mayoría de los estudios sobre psicopatología del desarrollo, incluyendo aquellos que se han centrado en el estudio del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

El término *función ejecutiva* es utilizado para referirse a procesos que incluyen una o más de las siguientes capacidades: la autorregulación, la secuenciación de la conducta, la flexibilidad de pensamiento, la memoria de trabajo, la planificación, la inhibición de respuestas y la organización de la conducta (Tannock, 1998; Mota y Schachar, 2000).

Cada uno de estos procesos es difícil de definir y evaluar. Dos de ellos, la inhibición de respuestas y la memoria de trabajo, han sido objeto de estudio en los modelos explicativos del TDAH. Las teorías actuales sobre el TDAH enfatizan el constructo de impulsividad (pobre inhibición conductual) como característica esencial del trastorno (Barkley, 1997; Tannock, 1998). Concretamente: la pobre inhibición conductual, la dificultad para inhibir o retrasar una respuesta conductual, son las características distintivas del trastorno.

Según Tannock (1998) los modelos más importantes sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad comparten el énfasis otorgado al déficit en la inhibición conductual como principal explicación del TDAH. Los modelos más destacados son: el déficit en el sistema de control de los aspectos asociados a las señales de premio o castigo (Quay, 1997); los procesos de control poco eficaces (Logan, Cowan y Davis, 1984; Logan y Burkell, 1986; Schachar y Logan, Waschmuth y Chajzcyk, 1988; Schachar, Tannock y Logan, 1993); el modelo de alteraciones en la motivación relacionadas con la situación y dependientes del procesamiento de la información (Sonuga-Barke, Houlberg y Hall, 1994a; Cadesky, Mota y Schachar, 2000) como un funcionamiento alterado del sistema de activación (Sergeant, 1995; Van der Meere, 1996) o como déficits primarios en la inhibición de las respuestas (Barkley, 1997).

Uno de los modelos elaborados más completos del TDAH es el propuesto por Barkley (1997). Este autor defiende que estos niños presentan un déficit en la capacidad para inhibir la conducta ante un estímulo. La mayoría de los niños, conforme van creciendo, adquieren la capacidad de poner en práctica actividades mentales que les ayudan a apartarse de las distracciones, a fijarse unas metas y a dar los pasos necesarios para alcanzarlas. Sin embargo, a los niños con TDAH les falta el autodomínio y el poder de restricción imprescindibles para inhibir las conductas que interfieren con la adquisición y funcionamiento de las funciones ejecutivas.

Según Barkley, las funciones ejecutivas pueden agruparse en cuatro tipos de actividades mentales:

- La *memoria operativa*: es la capacidad de tener presente la información auditiva o visual en el sistema cognitivo mientras realizamos una tarea, aunque ya no exista el estímulo que la originó. Este tipo de recuerdo nos permite analizar y manipular la información que tenemos para dar una respuesta acorde con la situación y con miras a un fin determinado.
- La *interiorización del habla*: nos proporciona los medios para describirnos las situaciones, para reflexionar sobre ellas, seguir reglas e instrucciones, cuestionarnos la resolución de un problema, etc. Las primeras manifestaciones de esta función la apreciamos antes de los seis años, momento en el que algunos niños acostumbran a hablarse a sí mismos recordándose cómo hacer una tarea o tratando de solucionar un problema. Paulatinamente, a partir de esta edad y a lo largo de la escolaridad, la interiorización del habla se irá transformando en habla subvocal y, finalmente, en inaudible.
- La *autorregulación de las emociones, la motivación y la atención*. Este control nos ayuda a alcanzar nuestros objetivos, pues nos permite diferir las reacciones emocionales ante un acontecimiento determinado que nos distrae. La demora en la

respuesta facilita que podamos realizar una evaluación objetiva y racional de la situación, teniendo en cuenta las perspectivas y necesidades de los otros.

- La *reconstrucción* consta de dos procesos distintos: la segmentación de las conductas observadas (análisis) y la combinación de sus partes en nuevas acciones no aprendidas de la experiencia (síntesis). La capacidad de reconstruir nos permite crear nuevas conductas a partir de otras ya adquiridas.

Barkley (1997) mantiene que los niños con TDAH presentan un fallo en la inhibición conductual que retrasa la adquisición de la capacidad para interiorizar y efectuar las cuatro funciones mentales ejecutivas. Los déficits de atención, la hiperactividad y la impulsividad de estos niños vendrían causados por un fallo en el sistema de inhibición conductual sobre todo en el control de la interferencia. Los problemas de atención serían una dificultad para dirigir sus conductas hacia una meta, formular y seguir un plan para conseguir la meta propuesta, conseguir la motivación necesaria para mantener la conducta, prescindir de las distracciones, etc.

Las implicaciones del modelo de Barkley para el tratamiento del TDAH son muy importantes. Los objetivos que se desprenden de la propuesta de Barkley son: ayudar a estos niños a mejorar su capacidad en definir los problemas, en analizar sus partes, y en buscar las opciones que mejor convengan a cada situación teniendo en cuenta múltiples perspectivas; mejorar sus autoinstrucciones, saber automotivarse y mantener el esfuerzo hacia sus objetivos, y combinar este aprendizaje con un ambiente adecuado, suficientemente estructurado que les permita aumentar su capacidad de inhibir y regular su conducta.



## **2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**

Los sistemas categoriales como el DSM o la CIE proporcionan unos criterios diagnósticos y una agrupación de síntomas que permiten a los profesionales el establecimiento de reglas y de criterios específicos para efectuar el diagnóstico y orientar el tratamiento. Tanto un sistema como el otro constituyen clasificaciones descriptivas y no etiológicas.

Como se ha señalado en el capítulo anterior, la hiperactividad infantil ha sido objeto de numerosas denominaciones a lo largo de su historia, como así lo demuestra la multitud de términos con los que se ha denominado: “Daño Cerebral Mínimo”, “Disfunción Cerebral Mínima”, “Hiperactividad”, “Reacción Hiperquinética de la Infancia”, “Trastorno Hiperquinético-Impulsivo”, “Trastorno de la Atención”, etc. (Cantwell, 1997). El énfasis en un aspecto u otro, como elemento relevante de este síndrome, refleja cambios tanto en su conceptualización como en su tratamiento.

Los trabajos de numerosos autores, durante las últimas décadas, coinciden en señalar que el cuadro se caracteriza por problemas de atención, hiperactividad e impulsividad (Cabanyes y Polaino, 1997e; Schachar, 1991).

## **2.1 Criterios diagnósticos propuestos por la Organización Mundial de la Salud: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)**

Los antecedentes de esta clasificación se encuentran en la obra de Jacques Bertillon, director del servicio de estadística de París, quien presentó en Chicago en 1983 una nueva Nomenclatura de Enfermedades. Bertillon fue quien coordinó la segunda y tercera versiones, hasta que en 1929 la OMS comenzó a hacerse cargo de las siguientes (CIE-4 y sucesivas). Hasta la quinta revisión se mantuvo la estructura inicial y solamente se incluyeron las enfermedades que causaban defunción o invalidez. La sexta edición (CIE-6) incluyó por primera vez un capítulo específico para las enfermedades mentales, organizaron en tres secciones: a) psicosis, b) desórdenes psiconeuróticos, y c) trastornos del carácter, del comportamiento y de la inteligencia. La séptima revisión (CIE-7) introdujo escasas variaciones. La edición que consiguió cierto consenso internacional fue la versión publicada en 1967 la CIE-8. Esta revisión incluía por primera vez un glosario que definía las principales categorías clínicas, con el fin de desarrollar un lenguaje común y mejorar la fiabilidad de los diagnósticos. En esta edición, las alteraciones mentales se englobaron en tres grupos: Psicosis, Neurosis (trastornos de personalidad y trastornos mentales no psicóticos) y Oligofrenia.

En la CIE-8 (1967) se incluyó el Síndrome Hiperkinético de la Infancia como categoría diagnóstica, y en la CIE-9 (1978) el denominado *Síndrome Hiperquinético Infantil* quedaba definido como un trastorno cuyas características esenciales era la falta de atención y la distracción. Se señalaban, además, como síntomas habituales, la impulsividad, la agresividad, la desinhibición, la pobreza organizativa, la labilidad emocional y la sobreactividad motora. Se consideraba que la hiperactividad podría ser sintomática y, en ese caso, se aconsejaba codificar preferentemente la enfermedad de base. El diagnóstico de hiperactividad infantil quedaba, pues, pobremente categorizado y, en algunos casos, encubierto por otras entidades diagnósticas como, por ejemplo, los problemas de conducta. La aportación de la CIE-9 resaltaba las características clínicas de un amplio conjunto sintomático, sin permitir establecer criterios diagnósticos operativos.

En la décima edición de la CIE, a diferencia de sus predecesoras, se utiliza principalmente el término *trastorno* y se abandona la diferenciación entre psicosis y neurosis. En 1989 se aprobó el texto básico y la OMS acordó su introducción a partir de enero de 1992. La CIE-10 enmarca la hiperactividad dentro de la sección F.98 denominada *Trastorno del Comportamiento y de las Emociones de Comienzo Habitual en la Infancia y Adolescencia*". El diagnóstico del trastorno hiperactivo requiere la presencia de niveles anormales de desatención y sobreactividad, presentes en múltiples contextos; entre ellos, la observación clínica, acompañada, en la mayoría de los casos, de anormalidades cognitivas y neurológicas (Profirio, Fernandes, y Borges, 1998; Fonseca, 1998; Faraone, Biederman y Friedman, 2000). Como rasgos asociados al trastorno se citan conductas de tipo impulsivo, como desinhibición en la relación social, falta de conciencia de situaciones peligrosas y respuesta antes de que se haya acabado la pregunta. Los trastornos hiperactivos incluyen: el *trastorno de la actividad y de la atención*, el *trastorno hiperactivo disocial*, y otros *trastornos hiperactivos*. No se especifica el *trastorno por déficit de atención* ya que, según la OMS (1992): "Implica un conocimiento de procesos psicológicos del que se carece y que llevaría a incluir a niños con preocupaciones ansiosas, apáticos y soñadores, cuyos problemas son probablemente de distinta naturaleza" (OMS, 1992; p. 321). El diagnóstico de *Síndrome Hiperactivo* utilizado en la CIE-10 corresponde al TDAH *Tipo Combinado* propuesto por el DSM-IV.

## **2.2 Criterios diagnósticos propuestos por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA): Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)**

La primera clasificación psiquiátrica oficial norteamericana se creó por encargo del gobierno en 1840 e incluía, bajo los términos de *idiocia* y “*locura*”, todas las alteraciones mentales. Tras diversas modificaciones y ampliaciones, y con el fin de crear un sistema alternativo a la sexta edición de la CIE, el comité precursor de la actual American Psychiatric Association (APA) desarrolló el DSM-I (1952). Esta primera clasificación se organizó en torno al concepto de *reacción* de Adolf Meyer, quien concebía los trastornos mentales como reacciones a los problemas vitales y a las dificultades del individuo. Quedaba igualmente patente la influencia de la obra de Freud; así, aparecían términos como *neurosis*, *mecanismos de defensa*, etc. Los trastornos mentales eran concebidos como expresiones simbólicas de reacciones psicológicas o psicosociales latentes. Esta edición no reconoció la existencia de la hiperactividad.

Años más tarde, la publicación del DSM-II (APA; 1968) abandonaba la noción de *reacción* aunque seguía manteniendo conceptos psiconalíticos. La ausencia de un principio general organizador provocó una vaguedad en la definición de las categorías que fue ampliamente criticada. El resultado fue un modelo muy parecido a la CIE-8. En esta edición la hiperactividad fue denominada *reacción hipercinética de la infancia (o adolescencia)*, proponiendo como síntomas característicos del cuadro, la sobreactividad, la intranquilidad, la escasa duración de la atención y la fácil distracción.

En la década de los años 70 renace en EEUU el interés por la obra de Kraepelin, por la observación, la investigación biológica y la investigación científica de las alteraciones psíquicas. Se creó la *corriente neo-kraepeliana* que lidera, aún en la actualidad, la investigación americana en el ámbito de la clasificación psiquiátrica. Entre las aportaciones de este grupo se encuentra la publicación de los criterios Feighner, que dan lugar a una mejora en las definiciones de las categorías diagnósticas, y mejoran la fiabilidad y validez de los diagnósticos. Otra aportación igualmente importante es los Criterios Diagnósticos de Investigación (RDC) que delimitan básicamente la

sintomatología fundamental y la asociada, y los criterios de exclusión para cada categoría, que rompen con la terminología tradicional al hablar de *trastornos* en vez de *enfermedades* y eliminan conceptos tales como *neurosis* o *psicosis*.

La aparición del DSM-III (APA; 1980) supuso un nuevo avance en la especificación y definición de los criterios diagnósticos, y constituyó una extensión tanto de los criterios Feighner como de los criterios diagnósticos de investigación RDC. Entre los cambios propuestos en esta edición está el desarrollo de un sistema *ateórico* y *descriptivo*, la definición de todas las categorías diagnósticas mediante criterios explícitos de inclusión y exclusión, y la propuesta de categorías en las que integrar a los sujetos que no se ajustaban a los criterios definidos para cada categoría. Esta edición combinaba la organización multiaxial con una estructura jerárquica, al permitir que un mismo individuo pudiera recibir más de un diagnóstico. A la hiperactividad se la denominó *Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*. Las manifestaciones principales eran las dificultades en la atención y la hiperactividad. Respecto a la atención, se hacía referencia concretamente a su mantenimiento y focalización. La hiperactividad, en su carácter cualitativo, era vista como un exceso de actividad motora, síntoma que acompañaba, de manera inconstante, al trastorno de atención (APA, 1980). Aunque, en general, la distinción entre Déficit de Atención con o sin Hiperactividad fue bien recibida por la comunidad científica, no estuvo exenta de críticas, tal y como lo demuestran las numerosas investigaciones publicadas sobre el tema, interés que, por otra parte, favoreció toda una serie de estudios realizados sobre su validación (Tannock, 1998; McBurnett et al. 1999).

En 1987, con la aparición del DSM-III-R (APA), los cambios, en general, se produjeron en la reordenación de determinadas categorías y en la mejora de los ejes IV y V, relacionados respectivamente con los estresores psicosociales y con el nivel de adaptación del individuo a su entorno. Respecto a la hiperactividad, se suprimió la distinción del DSM-III y se definió el cuadro como *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad* que se incluyó dentro de la categoría de los Trastornos por Conducta

Perturbadora. En esta nueva reconceptualización se equipararon las dificultades de atención con los problemas de sobreactividad. El manual recogía 14 síntomas de forma unidimensional, ordenados de mayor a menor poder discriminativo, y establecía el punto de corte en ocho de ellos, sin distinción. Tal decisión se produjo al reconocerse, en parte, la investigación inicial impulsada por el DSM-III, en la que los problemas atencionales y de conducta se solapaban, produciéndose un elevado número de diagnósticos de falsos positivos (Volkman y Schwab-Stone, 1996; Morgan, Hynd, Riccio y Hall, 1996; McBurnett, Pfiffner y Frick, 2001).

En el DSM-IV (APA, 1995), y en actual DSM-IV-TR (2001), se mantiene la denominación de *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*, y se incluye dentro del apartado de Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador. Dentro del trastorno se incluyen las siguientes agrupaciones de síntomas: (A1) síntomas de desatención y (A2) síntomas de hiperactividad-impulsividad. El TDAH puede manifestarse de tres formas: con predominio del déficit de atención, con predominio hiperactivo-impulsivo o tipo combinado (este último sólo si cumple con los criterios de ambos subtipos). Esta distinción ha sido ampliamente avalada por numerosas investigaciones (Morgan et al. 1996; Cantwell, 1996; Seidman, Biederman, Farone, Weber y Oullete, 1997a; Wolraich, Hannah, Baugaertel y Feurer, 1998; Zental, Hall y Lee, 1998).

Numerosos autores coinciden en señalar que los niños con TDAH subtipo hiperactivo-impulsivo son los que presentan más problemas de conducta (Barkley et al 1990a, Cantwell y Baker, 1991; Edelbrock, Rende, Plornin y Thompson, 1995; Lahey y Carlson, 1991), son más impulsivos (Cantwell y Baker, 1991; Hynd, Hern, Novey, Elipolos, Marshall, González y Voeller, 1993; Lahey, Applegate, Mcburnett, Biederman, Greenhill, Hynd, Barkley, Newcorn, Jensen, Richters, Garfinkel, Kerdyk, Frinck, Ollendick, Perez, Hart, Waldman, y Shafer, 1994), menos ansiosos (Lahey et al. 1994), más impopulares y son más rechazados por sus compañeros (Edelbrock, et al. 1995; Hynd et al. 1993). En cambio, los niños con TDAH con predominio del déficit de atención son más tímidos y

aislados socialmente (Edelbrock, et al. 1995; Lahey, Pelham, Stein, Loney, Trapanin, Nugent, Kipp, Schmidt, Cale, Gold, Hartung, Willcutt, y Baumann, 1998), y presentan problemas asociados de tipo internalizante como ansiedad, depresión, timidez (Barkley, 1997) y mayor comorbilidad con problemas de aprendizaje (Edelbrock, et al. 1995; Hynd et al. 1993).

Aunque todavía existe una gran controversia sobre los criterios para el diagnóstico diferencial, se ha llegado a hablar de dos entidades nosológicas distintas, englobadas bajo el mismo constructo general de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Para algunos autores la falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad son un único factor (Werry, Elking y Reeves, 1987; Taylor Evrir, Thorley, Schachar, Rutter y Wieselberg, 1986) y para otros son dos factores completamente diferentes, aunque correlacionados (Werry et al. 1987). Autores como Barkley (1998) proponen que la falta de atención que manifiestan los niños con TDAH con predominio desatento refleja probablemente deficiencias en la rapidez de procesamiento de la información y en la atención selectiva o focalizada, problemas que serían cualitativamente distintos a los que manifiestan los niños con TDAH con subtipo combinado, que tendrían déficits simultáneamente en la atención sostenida y en la dificultad de control motor.

En general, el sistema DSM de la APA, ha conseguido una aceptación superior al sistema CIE de la OMS, tanto en el diagnóstico clínico como en la investigación y en la docencia universitaria. En esta investigación nos hemos basado en los criterios diagnósticos de la cuarta edición del DSM (DSM-IV) de 1995.

## Definición y descripción síntomas del TDAH

### **3. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DEL TDAH**

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad engloba un patrón estable de síntomas de falta de atención e hiperactividad/impulsividad (al menos una de las dos, según el DSM-IV, o ambas conjuntamente, según la CIE-10), como mínimo durante un período de 6 meses.

El trastorno puede diagnosticarse a cualquier edad, pero deben existir muestras de disminución de la atención o de hiperactividad-impulsividad, antes de los 7 años de edad. El trastorno no debe ser específico de una situación o ambiente, sino que deben producirse ciertas alteraciones al menos en dos o más contextos.

Debe existir un deterioro claro y significativo de las actividades, y no debe aparecer junto a un trastorno generalizado del desarrollo, una esquizofrenia u otro trastorno psicótico. Para realizar el diagnóstico hay que tener en cuenta la edad y el nivel intelectual del niño.

A continuación explicaremos las principales agrupaciones de síntomas presentadas en el DSM-IV: falta de atención e hiperactividad-impulsividad.

#### **3.1 Problemas de atención**

El término *atención* proviene del latín “attendere”, cuyo significado original era ‘tensar el arco hacia’ (Roselló, 1998). Según Tudela (1992), el estudio de la atención ha estado sumido en un olvido profundo, aunque no total, durante las casi cinco décadas en las que la Psicología ha estado dominada por el paradigma del conductismo. A mediados del s.XX los investigadores se centraron en estudiar la atención como mecanismo de alerta, estrechamente relacionado con la *actividad fisiológica (arousal)* para pasar progresivamente, con el advenimiento de la revolución cognitiva, a estudiar el aspecto *selectivo de la atención*. Posteriormente, con la consolidación del paradigma cognitivo, se abandonó gradualmente el estudio de la *selectividad de la atención* para pasar a

profundizar en la *capacidad de procesamiento* y en la *capacidad de distribución* de los recursos atencionales (Roselló, 1998).

Desde la llamada *Neurociencia Cognitiva*, término utilizado para referirse al estudio de los fundamentos neurobiológicos de la cognición, se define la atención como ‘mecanismo central múltiple, esencialmente modular, que se orienta básicamente hacia los sistemas sensoriales y efectores, y que actúa como mecanismo de control, activando los procesos necesarios para optimizar la elaboración de la información, e inhibir todo aquello que pueda crear interferencia’. Las funciones fundamentales de la atención son: asegurar un procesamiento perceptivo de los mensajes sensoriales relevantes para nuestra meta, y procurar una ejecución igualmente adecuada de las acciones pertinentes para lograrla, vinculada con los mecanismos motivacionales (López y García, 1997; Posner Nissen y Ogden, 1978; Allport, Tipper, y Chmiel, 1985).

Según Tudela, considerado uno de los investigadores más destacados en el estado español en este campo, se puede conceptualizar la atención como “*Un mecanismo central de capacidad limitada cuya función primordial es controlar y orientar la actividad consciente del organismo de acuerdo con un objetivo determinado*” (Tudela, 1992; p.138). Se pueden distinguir los siguientes tipos o variantes de la atención: la atención mantenida o sostenida (la orientación y la re-orientación), la búsqueda de información, la atención selectiva y la atención dividida (García, 1994). La alteración en uno o más de estos procesos puede originar la aparición de un trastorno atencional. El estudio de la atención en niños con TDAH se ha dirigido a la atención selectiva, la atención mantenida, la atención dividida, y la búsqueda de información (Shelton y Barkley, 1994).

La atención selectiva facilita que el organismo mantenga la conducta “meta”, sin modificar los objetivos internos específicos y seleccionando la información más relevante; es, por ello, un mecanismo de autorregulación constante. También se ha vinculado con la percepción, al definirla como ‘la capacidad de seleccionar y organizar jerárquicamente los estímulos’ (Dagenbach y Carr, 1994; López y García, 1997; Broader y Pond, 2001). Según White y Sprague (1992), los niños con TDAH tienen dificultades

en la atención selectiva, lo que les impide seleccionar la respuesta correcta entre un conjunto de alternativas. Son niños que inspeccionan y planifican menos, y son menos activos en la búsqueda de información; es decir, utilizan estrategias atencionales menos eficaces.

La atención mantenida o sostenida está relacionada con la capacidad del organismo para mantener el foco atencional. Hay autores que la han asociado a una primera orientación del pensamiento, en estrecha relación con la voluntad y la motivación, al considerarla como la disposición del individuo para elegir y llevar a cabo determinadas estrategias. Desde este marco se entiende que los niños con TDAH suelen cometer errores de omisión y comisión con más frecuencia que los normales, y suelen ser más lentos en la ejecución de las tareas (Douglas, 1983; Barkley, 1991; Douglas, Barr, Desilets y Sherman, 1995). La mayoría de las investigaciones experimentales sobre la capacidad atencional de los niños con hiperactividad atribuyen los problemas que tienen en la realización de determinadas tareas a la incapacidad para mantener la atención. Es como si estos niños no tuvieran control sobre su atención o no pudieran organizar la información entrante durante la realización de una tarea. Según Hooks et al. (1994) los niños con TDAH presentan un déficit en la atención sostenida, como así lo indican los resultados en el *Continuous Performance Test* en la cantidad de errores de omisión, y en el declive y fluctuación del rendimiento a medida que aumenta la duración de la tarea.

El estudio de la atención dividida se ha dirigido fundamentalmente a los déficits que aparecen como consecuencia de la presentación simultánea de la información, o de la realización de varias actividades. Parece ser que los niños con TDAH ponen en juego estrategias de exploración del entorno inmaduras e insuficientes. Según Van der Meere, Wekking y Sergeant, (1991) son niños que se caracterizan por mayores fluctuaciones en la distribución de la atención más que por un déficit en el sistema de atención o por una menor capacidad de atención, en comparación con los niños normales.

En general, todo apunta a que existen tipos de problemas atencionales, según el subtipo de TDAH. Así, en los niños con TDAH con predominio desatento manifiestan

deficiencias en la rapidez de procesamiento de la información y déficits en la atención selectiva, problemas cualitativamente diferentes de los que presentan los niños con TDAH con predominio hiperactivo-impulsivo, que se verían afectados especialmente en la atención mantenida y en su capacidad para no atender los estímulos irrelevantes (Barkley 1991a). Estos déficits constituyen un rasgo nuclear del trastorno. Estos niños tienen dificultad para mantener la atención momento a momento y prestar atención sólo a los estímulos relevantes para la realización de una tarea. La dificultad básica en la atención selectiva hace que la atención mantenida quede claramente afectada. Ambos problemas se encuentran directamente relacionados con el aprendizaje y las pautas de comportamiento (Shaywitz y Shaywitz, 1991a), de tal manera que un déficit en la atención necesariamente repercute, en mayor o menor grado, en los aspectos anteriormente citados.

La falta de atención en estos niños se manifiesta de la siguiente forma: son desatentos en las tareas escolares, en las actividades lúdicas u de otro tipo, lo que hace que suelen incurrir en errores y descuidos en la realización de dichas tareas; parece que no escuchan cuando se les habla directamente, como si tuvieran la mente puesta en otra parte; dejan las actividades a medio hacer, sin llegar a finalizarlas; evitan, les disgusta o se muestran remisos a dedicarse a tareas que exijan un esfuerzo mental sostenido; son descuidados con sus objetos personales, suelen extraviar diferentes objetos; se distraen muy fácilmente con estímulos irrelevantes, son descuidados y olvidadizos en las actividades diarias (Barkley, 1997).

La tabla 4 muestra los síntomas del DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV y el DSM-IV-TR para los criterios de desatención. Como puede comprobarse, los ítems de atención sostenida son los mejor representados en el DSM-III (por ejemplo: *distrae con facilidad, tiene dificultades para concentrarse en el trabajo escolar o en tareas que exigen una atención sostenida*). En el DSM-III-R, se mantiene el número de ítems para valorar la atención, pero su evaluación es sobre todo en el aspecto selectivo (por ejemplo: *tiene dificultades para seguir las instrucciones de los demás, no escucha lo que se le dice, extravía objetos necesarios para hacer las actividades, etc.*). En la última versión del

DSM-IV y el DSM-IV-TR se añaden cuatro síntomas a la evaluación de la atención, lo que demuestra la importancia que se le otorga a tal constructo.

¡Error! Marcador no definido. **Tabla 4. Síntomas del DSM-III, DSM-III-R . DSM-IV y DSM-IV-TR para la desatención**

<b>Síntomas del DSM-III (1980) para la falta de atención</b>	<b>Síntomas del DSM-III-R (1991) para la falta de atención</b>	<b>Síntomas del DSM-IV (1995) y DSM-IV-TR (2002) para la falta de atención</b>
<p>1. A menudo no puede acabar las cosas que empieza</p> <p>2. A menudo no parece escuchar</p> <p>3. Se distrae con facilidad</p> <p>4. Tiene dificultades para concentrarse en el trabajo escolar o en tareas que exigen una atención sostenida</p> <p>5. Tiene dificultades para concentrarse en un juego</p>	<p>1. A menudo se distrae fácilmente por estímulos ajenos a la situación</p> <p>2. A menudo tiene dificultades para seguir las instrucciones de los demás (no debido a negativismo, o error de comprensión); como, por ejemplo, no finaliza las tareas que se le encomiendan</p> <p>3. A menudo tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas</p> <p>4. A menudo no escucha lo que se le dice</p> <p>5. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades escolares (como por ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)</p>	<p>1. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades</p> <p>2. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas</p> <p>3. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente</p> <p>4. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)</p> <p>5. A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades</p> <p>6. A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)</p> <p>7. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (como por ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)</p> <p>8. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes</p> <p>9. A menudo es descuidado en las actividades diarias</p>

Las tareas propuestas en el programa de intervención de esta investigación han tenido muy en cuenta los procesos de atención selectiva, atención mantenida y búsqueda de información. Es por ello por lo que se ha trabajado en la elaboración de un programa de tratamiento que favoreciera la atención momento a momento, que permitiese a los niños no sólo seguir las tareas sino aprender a mantener la atención durante periodos de tiempo más o menos prolongados. También se ha resaltado al máximo la información relevante distinguiéndola de la secundaria mediante el uso de cuadros sinópticos, de dibujos, la utilización de matices de colores, cambios en la tipografía de las letras, etc.

### 3.2 Problemas de hiperactividad

La hiperactividad se manifiesta mediante un movimiento excesivo, un movimiento continuo cuando resulta inapropiado hacerlo; inquietud, nerviosismo e incapacidad para estar sentado sin levantarse, “estar en marcha” continuamente como si se tuviera un motor interno y hablar en exceso. Los problemas motores de los niños con TDAH incluyen tanto un exceso de actividad como una actividad inoportuna, en función de su edad y circunstancias (Barkley et al. 1990b). También se dice que son revoltosos, que no paran de dar golpecitos con los dedos, de moverse en sus asientos o de molestar a sus compañeros de clase (Whalen, Henker y Hinshaw, 1985; Whalen, y Henker, 1991a; Arnold, Abikoff, Cantwell, Conners, Elliott, Greenhill, Hectman, Hinshaw, Hoza, Jensen, Kraemer, March, Newcorn, Pelham, Richters, Schiller, Severe, Swanson, Vereen y Wells, 1997b). Los niños hiperactivos parecen tener problemas para regular sus acciones según los deseos de otras personas o las demandas del contexto (Teichner et al. 1996; Solanto et al. 2001; Slusarek, Velling, Bunk y Eggers, 2001).

La actividad motora en los niños con TDAH se caracteriza por ser una *actividad excesiva, desorganizada e inoportuna*. Es considerada una *actividad excesiva* porque sobrepasa, de forma persistente, los límites considerados normales, por lo que se trata, en la mayoría de los casos, de una conducta excesivamente enérgica. Se considera una *actividad desorganizada* porque parece caótica y carente de objetivos. Y, por último, una *actividad inoportuna* porque sus acciones parecen incapaces de adecuarse a las demandas de la situación concreta (August, Braswell, y Thuras, 1998; Avila y Polaino-Lorente, 1997). En general, el exceso de actividad motora y la inquietud es más probable que se produzcan en situaciones sedentarias o muy estructuradas que en ambientes relajados con menores demandas externas (Swanson, Wigal, Greenhill, Browne, Waslid, Lerner, Williams, Flynn, Agler, Crowley, Fineberg, Baren, y Cantwell, 1998; Pinto y Tryon, 1996; Dane, Schachar y Tannock, 2000).

En las sucesivas revisiones del DSM, se puede observar una mejora en la conceptualización de los síntomas de hiperactividad. Los criterios de hiperactividad del

DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV y DSM-IV-TR se recogen en la tabla 5. En la última versión del DSM se agrupan los síntomas de hiperactividad e impulsividad.

¡Error! Marcador no definido. <b>Tabla 5. Síntomas del DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV y del DSM-IV-TR para la hiperactividad</b>		
<b>Síntomas del DSM-III (1980) para la hiperactividad</b>	<b>Síntomas del DSM-III-R (1991) para la hiperactividad</b>	<b>Síntomas del DSM-IV (1995) y DSM-IV-TR (2002) para la hiperactividad</b>
1. Corre de un lado a otro en exceso, o se sube a los muebles 2. Le cuesta mucho quedarse quieto en un sitio o se mueve excesivamente 3. Le cuesta estar sentado 4. Se mueve mucho durante el sueño 5. Está siempre “en marcha” o actúa “como si lo moviese un motor”	1. Inquietud frecuente, que se aprecia por movimientos de manos o pies o por moverse en el asiento (en los adolescentes puede estar limitado a sensaciones subjetivas de impaciencia e inquietud) 2. Dificultad para permanecer sentado cuando la situación lo requiere 3. Dificultad para jugar con tranquilidad 4. A menudo habla excesivamente, verborrea 5. A menudo interrumpe o se implica en actividades de otros niños; como por ejemplo, interrumpiendo el juego que han comenzado	1. A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento 2. A menudo abandona su asiento en a clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado 3. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud) 4. A menudo no tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio 5. A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor 6. A menudo habla en exceso

Básicamente, la excesiva actividad motora es una conducta que entorpece el buen funcionamiento del niño, por lo que su tratamiento ha estado vinculado a una reducción y moderación de la actividad motriz. En nuestro trabajo se ha tenido en cuenta tal aspecto y es por ello por lo que hemos creído oportuno limitar el número de niños por sesión (no más de tres niños). También hemos creído importante disponer de un ambiente tranquilo que favoreciese el llevar a cabo las sesiones. El objetivo de tal decisión era poder prestar mayor atención a cada uno de los niños, y favorecer la dinámica de grupo.

### 3.3 Problemas de impulsividad

La impulsividad es un déficit en la capacidad para inhibir conductas (autocontrol), incapacidad para refrenarse, y demorar las gratificaciones. Actualmente, la impulsividad es considerada uno de los síntomas centrales del TDAH. Se manifiesta mediante la precipitación de dar las respuestas antes de haber concluido con la pregunta; la intromisión en actividades de otros, que puede dar lugar a accidentes y a conductas de riesgo. A pesar de su importancia en la caracterización del trastorno, no existe unanimidad en la conceptualización del constructo. La impulsividad puede considerarse como un rasgo de personalidad, como un modo de procesar la información, o como un conjunto de conductas desde el enfoque cognitivo-conductual.

Como rasgo de *personalidad*, la impulsividad forma parte de una estructura factorial junto con la sociabilidad y la búsqueda de sensaciones. Las personas impulsivas se caracterizan por la presencia de altos niveles de actividad, por la incapacidad para demorar la gratificación, por la dificultad de mantener relaciones interpersonales de larga duración y por presentar conductas de tipo antisocial con mayor frecuencia (Eysenck, Easting y Pearson, 1984; Velting y Whitehurst, 1997; White, Moffitt, Caspi, Bartusch, Needles y Stouthamer-Loeber, 1994; Solanto et al. 2001).

Desde la perspectiva del *procesamiento de la información*, no existe un enfoque homogéneo, ni destaca ninguna teoría en la explicación de la impulsividad. Dentro de este modelo podemos citar los trabajos de Jerome Kagan sobre Reflexibilidad-Impulsividad basados en la noción de estilo cognitivo, y el estudio de una serie de procesos distintos pero interrelacionados entre sí, como la decodificación, la memoria, la generación de hipótesis, la evaluación y la deducción (Kagan, Rossman, Day, Albert y Phillips, 1964). Dichos estudios están muy ligados a las pautas de análisis visual.

Desde el enfoque *cognitivo-conductual* destacan autores como Bandura, Meichenbaum, Kendall y Braswell. Este enfoque surge a partir de los estudios sobre autoinstrucciones (Meichenbaum y Goodman, 1981) e integra la teoría de Luria sobre la función reguladora

del lenguaje. Uno de los modelos más completos bajo este enfoque es la de Barkley (1997). Este autor cree que el TDAH está provocado por un retraso en la interiorización de las conductas implicadas en la inhibición conductual (autoregulación), una de estas habilidades básicas es la interiorización del lenguaje. Esta habilidad nos permite formar representaciones de los acontecimientos que vivimos, nos permite reflexionar sobre ellos, solucionar problemas, generar reglas y estrategias conforme a un plan, favorecer la aparición de otras habilidades no menos importantes como son la comprensión lectora, el razonamiento, la interiorización de normas, etc. (Amador, Forns, Martorell, 2001).

Según Barkley (1997), los problemas de atención sostenida e impulsividad de los niños con TDAH son debidos a una pobre control de la interferencia. La ausencia de inhibición conductual conlleva un retraso en la adquisición de las conductas destinadas a planificar, guiar y controlar el comportamiento y seguir las reglas y normas.

Las diferencias entre estos diversos enfoques se ponen de manifiesto en la operacionalización del constructo realizada en los DSM, en lo referido a la impulsividad como conducta que interfiere en el desarrollo personal y social del niño. Los criterios de impulsividad DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV y DSM-IV-TR se recogen en la tabla 6.

Recientes estudios indican que los síntomas de impulsividad e hiperactividad conforman un único subtipo (Amador, Forns, Martorell, Abad, Figueras y Cano, 1998; DuPaul, Anastopoulos, Power, Reid, Ikeda y McGoey, 1998). Otros autores (White, Moffitt, Caspi, Bartusch, Needles y Stouthamer-Loeber, 1994) distinguen entre impulsividad cognitiva e impulsividad conductual, asociadas al TDAH: subtipo desatento y subtipo hiperactivo-impulsivo, respectivamente.

¡Error! Marcador no definido. **Tabla 6. Síntomas del DSM-III- DSM-III-R, DSM-IV y del DSM-IV-TR para la impulsividad**

<b>Síntomas del DSM-III (1980) para la impulsividad</b>	<b>Síntomas del DSM-III-R (1991) para la impulsividad</b>	<b>Síntomas del DSM-IV (1995) para la impulsividad</b>
1. A menudo actúa antes de pensar 2. Cambia con excesiva frecuencia de una actividad a otra 3. Tiene dificultades para organizarse en el trabajo (sin que haya un déficit cognitivo) 4. Necesita supervisión constantemente 5. Hay que llamarle la atención en casa con frecuencia 6. Le cuesta guardar turno en los juegos o en las situaciones grupales	1. Dificultad para aguardar turno en los juegos o situaciones de grupo 2. Frecuencia de respuestas precipitadas antes de que se acaben de formular las preguntas 3. Frecuentes cambios de una actividad incompleta a otra	1. A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas 2. A menudo tiene dificultades para guardar turno 3. A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de los otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos)

En síntesis, la impulsividad se considera como un déficit en la inhibición de la conducta, que se manifiesta como “actuar sin pensar” (Douglas, 1983). El niño impulsivo se caracteriza por ser inquieto, distraído, inconstante en su trabajo, poco dado a guardar turno, incapaz de pensar antes de actuar, inclinado a realizar actividades físicas arriesgadas, y con tendencia a interrumpir a los demás. Los niños impulsivos cometen mayor número de errores en las actividades que emprenden y son incapaces de invertir el tiempo extra que se les proporciona para mejorar su ejecución (Sonuga-Barke, Lamparelli, Stevenson, Thompson y Henry, 1994b; Sonuga-Barke, Taylor, y Hepinstall, 1992). Son niños incapaces de autocontrolarse, de adecuar su conducta a las demandas

del entorno y de demorar la gratificación. Recientemente, Barkley (1997) ha señalado la naturaleza multidimensional de esta sintomatología, que según él, incluye aspectos cognitivos y comportamentales. Asociadas a las conductas de hiperactividad e impulsividad se encuentra la desinhibición social, la falta de precaución en situaciones peligrosas y el quebrantamiento de forma impulsiva de las normas sociales, por lo que fácilmente estos niños sufren continuos accidentes y son rechazados por su grupo de iguales. Entendiendo la impulsividad dentro de este sistema, los niños impulsivos serían aquellos cuyo sistema de autorregulación falla ante determinadas situaciones y su comportamiento resulta precipitado, irreflexivo o ineficaz. Dentro de este enfoque se ha desarrollado un amplio abanico de técnicas dirigidas a mitigar los efectos de la impulsividad en estos niños, técnicas como el modelamiento, la autoinstrucción, la resolución de problemas, la autoobservación, la autoevaluación y el autorrefuerzo, todas ellas encaminadas a mejorar la capacidad del niño para autocontrolarse. Todas las técnicas citadas anteriormente han sido utilizadas en el programa de tratamiento que se presenta en esta investigación.

### **3.4 Prevalencia**

Para muchos autores, el TDAH es el trastorno más frecuente en la infancia (Shaywitz y Shaywitz, 1991b; Barkley et al. 1991a; Biederman, Faraone, Milberger, Curtis, Bhen, Marrs, Ouellette, Moore y Spencer, 1996a; Wolraich, Hannah, Pinnock, Baumgaertel y Brown, 1996), y todo indica que persiste en la adolescencia y la edad adulta (Barkley, Fischer, Edelbrock, y Samllish, 1990b; Biederman, Faraone, Milberger, Garcia, Chen, Mick, Greene y Russell, 1996b; Fergusson, Horwood y Lynskey, 1993b; Kazdin y Johnson, 1994).

La prevalencia del TDAH oscila entre 3% y el 7% en población general (APA, 2002), y entre el 10% y el 15% en población clínica (Fischer, Barkley, Edelbrock y Smallish, 1990).

Los estudios epidemiológicos indican que la prevalencia del TDAH varía según la edad, el subtipo del trastorno (TDAH tipo desatento o tipo hiperactivo-impulsivo) y el género. En este sentido, el TDAH tipo hiperactivo-impulsivo es cuatro veces más frecuente en chicos que en chicas (4:1), y en el TDAH tipo desatento, lo es en relación 2:1. Ambos subtipos son más frecuentes entre los ocho y los diez años (Bathia, Nigam, Bohra y Malik, 1991; Wolraich, Hannah, Pinnock, Baugaertel y Brown, 1996).

Recientemente, Amador, Forns y Martorell (2001) diseñaron un estudio para valorar la presencia de síntomas del TDAH en una muestra de 1.019 niños del área de Barcelona. Dichos autores señalan que la prevalencia de los síntomas del TDAH varía según quién informa (padres o profesores), la edad y sexo de los niños, y los criterios de valoración utilizados. Asimismo, consideran que las conductas de falta de atención son poco frecuentes en preescolar y que éstas aumentan, de manera progresiva, al pasar a la enseñanza primaria sin que se den diferencias relevantes entre los seis y doce años. Los síntomas de hiperactividad-impulsividad son más frecuentes entre seis y los doce años en los chicos, mientras que para las chicas ambos síntomas son poco frecuentes, tanto en preescolar como en la enseñanza primaria. Estos datos concuerdan, parcialmente, con los obtenidos por DuPaul et al. (1997) y DuPaul et al. (1998).

En síntesis, la prevalencia del TDAH dependería del subtipo que se evalúe, de la edad, del sexo, del informante (padres o profesores) y de los criterios adoptados por el examinador (Amador et al. 2001).

#### 4. TRASTORNOS ASOCIADOS

En las últimas décadas se han acumulado evidencias que indican que, en un alto porcentaje de casos, el TDAH se presenta acompañado de un amplio espectro de trastornos psicopatológicos (Zarin, Suarez, Pincus, Kupersanin y Zito, 1998; Bennet, 2000). Este hecho dificulta el estudio clínico del ya de por sí complejo cuadro nosológico de la hiperactividad y plantea la cuestión ineludible del diagnóstico diferencial entre el TDAH y los diversos trastornos con los que puede coexistir, tales como los cuadros de depresión mayor, los trastornos de ansiedad, el trastorno negativista-desafiante, el trastorno disocial, y los trastornos del aprendizaje (Epstein, Shaywitz, Shaywitz y Woolston, 1991; Abikoff y Klein, 1992; August, Realmulto, MacDonald-III, Nugent y Grosby, 1996a).

El concepto de *comorbilidad* no implica necesariamente una relación de causalidad o interdependencia entre los diferentes trastornos coexistentes, sino que hace referencia a una alta probabilidad de asociación de dichas patologías en un mismo individuo.

Aproximadamente entre un 45% y un 65% de niños con TDAH presentan otros problemas de conducta y/o emocionales, como el trastorno disocial, trastorno oposicionista-desafiante, trastornos de ansiedad-depresión, etc. (Faraone, Biederman, Mennin, Wozniak y Spencer, 1997a). Estos altos índices de comorbilidad han llevado a considerar el TDAH como un trastorno heterogéneo, que suele presentarse acompañado de otros problemas psicopatológicos, los cuales interactúan y modifican el constructo diagnóstico de forma importante, tanto en la fenomenología clínica como en las características psicológicas, en las consecuencias psicosociales, en el curso clínico, en el pronóstico, y en la respuesta al tratamiento de esta compleja asociación (Fergusson y Horwood, 1993a; McBurnett, et al., 1999).

Desde el punto de vista clínico, los niños que presentan TDAH asociado a otros trastornos revisten mayor gravedad, se ven afectados en más dominios del desarrollo

infantil (conducta social, académica, emocional y física), y siguen una evolución más desfavorable que los niños con TDAH sin comorbilidad (Jensen, Watanabe, Richters, Roper, Hibbs, Salzberg y Liu, 1996; Rapport, Scanlan y Denney, 1999).

#### **4.1 Comorbilidad con problemas de conducta**

El DSM-IV incluye dentro del apartado de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial (DSM-IV-TR, APA, 2002).

Para muchos autores, el trastorno negativista-desafiante y el trastorno disocial son parte de una misma entidad nosológica, siendo el trastorno negativista-desafiante una expresión más leve del mismo problema (Hinshaw, 1987a; Heller, Baker, Henker y Hinshaw, 1996). El trastorno disocial involucra un comportamiento transgresor de normas sociales y una conducta claramente agresiva (Biederman, et al., 1996a; Burns, Boe, Walsh, Sommers-Flanagan y Teegarden, 2001). La mayoría de las investigaciones coinciden en señalar que, aunque tienen una alta probabilidad de aparecer conjuntamente, el TDAH y los problemas de conducta son trastornos independientes (Biederman, Faraone, Doyle, Lehman, Kraus, Perrin y Tsuang, 1993b; Biederman et al., 1995b).

Varias son las hipótesis que se barajan en torno a la existencia de problemas de conducta asociados al TDAH. Hay autores que consideran la posibilidad de un déficit de tipo cognitivo, concretamente, de un inadecuado procesamiento de la información, para explicar tal asociación (Milich, Hartung, Martin y Haigler, 1994); otros ponen el acento en los antecedentes familiares y/o psicosociales (Gomez y Sanson, 1994; Aytacilar, Tarter, Kirisci y Lu, 1999; Frick, 1994a; Faraone, Biederman, Chen, Milberger, Warburton y Tsuang, 1995; Fletcher, Fischer, Barkley y Smallish, 1996; Tomphson, Riggs, Mikulich y Crowley, 1997), mientras que otros apoyan la relación entre el TDAH y disfunciones metabólicas (Pine, Shaffer, Schonfeld y Davies, 1997) o con el funcionamiento inhibitorio fronto-cortical (Schulz, Halperin, Newcorn y Gabriel, 1997; Gerring, Brady, Chen, Vasa, Grados, Bandeen-Roche, Bryan y Denckla, 1998; Max et al., 1998).

Cuando el TDAH se asocia al trastorno disocial, tanto los déficits neuropsicológicos (especialmente en el dominio verbal y de memoria) como el pronóstico a medio y largo plazo (en cuanto a uso y abuso de drogas, accidentes de coche, y comorbilidad psiquiátrica adicional) son peores que cuando se presenta el TDAH solo o el trastorno disocial solo (Tannock, 1998; Biederman, et al. 2001). La comorbilidad de ambos aumenta el riesgo de tener familias con una alta incidencia de conductas antisociales, problemas de alcoholismo, conductas adictivas y psicopatología parental (concretamente, esquizofrenia y depresión) (Abikoff, 1991; Fletcher, Morris y Francis, 1991; Frick, 1994; Tomphson et al. 1997). Así mismo, es frecuente encontrar altos índices de disfunción familiar (familias uniparentales, divorcios, etc.) y pautas educativas inadecuadas, ya sea por ausencia de supervisión de la conducta de los hijos o por establecer castigos desmesurados de forma azarosa e inconsistente (August et al. 1996b; Tomphson et al. 1997).

En estudios de seguimiento se ha argumentado que la aparición de conductas problemáticas en la infancia repercute de forma negativa en el ajuste psicosocial del individuo, y sirven de marcador para identificar niños considerados más vulnerables a presentar conductas delictivas en la etapa adolescente (Barkley, Murphy y Kwasnik, 1996; Nada-Raja, Langley, McGee, Williams, Begg y Reeder, 1997).

En una revisión realizada por Abikoff y Klein (1992), sobre las características específicas de la hiperactividad y los problemas de conducta en la infancia, se llega a la conclusión de que la hiperactividad está asociada a una pobre ejecución académica, a un deficiente procesamiento de la información y a una psicopatología parental, mientras que los problemas de conducta están asociados al rechazo maternal, a una pobre supervisión parental y al abuso de alcohol en padres. En un estudio llevado a cabo por Frick et al. (1994) sobre hiperactividad y problemas de conducta en la infancia, se observó que la hiperactividad era predictora de un rendimiento académico bajo mientras que los problemas de conducta estaban relacionados con el rendimiento académico, sólo si correlacionaba con hiperactividad.

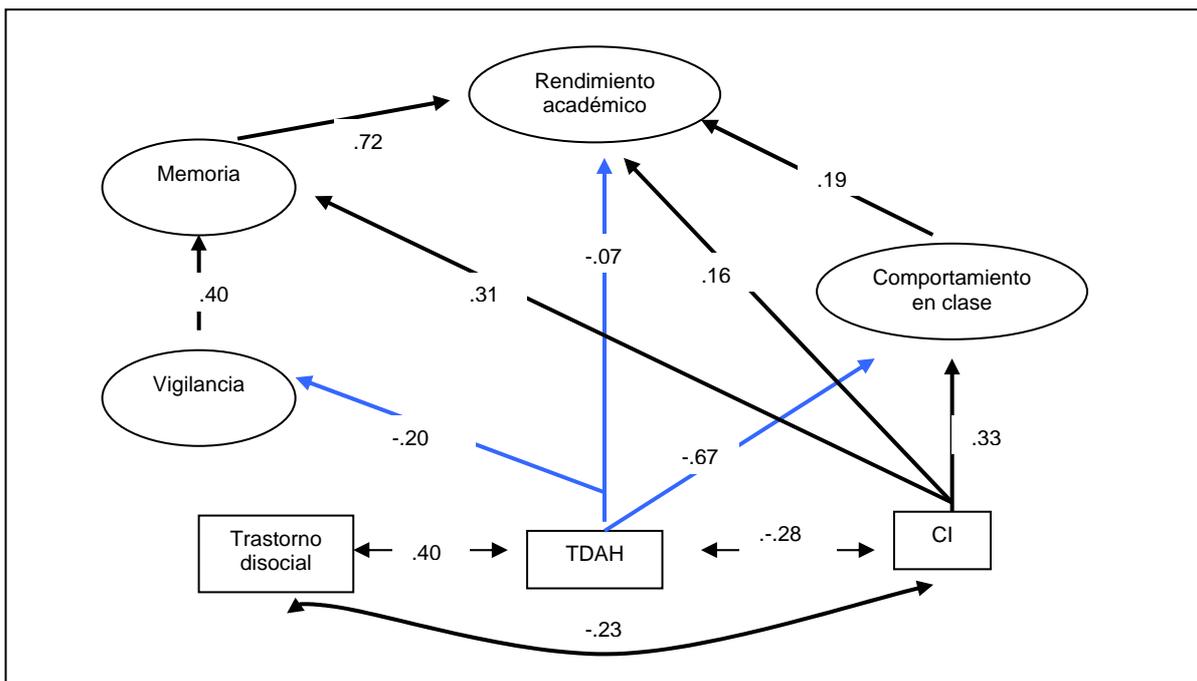
Dado que muchas investigaciones indican una correlación elevada entre los trastornos de conducta y el cociente intelectual, Fergusson, Horwood y Lloyd (1991) desarrollaron un modelo dual para explicar la relación entre la inteligencia y la conducta externalizante en niños entre los 6 y los 10 años (TDAH y trastorno disocial), y su posterior repercusión en el ajuste social y académico de estos niños en la adolescencia. El modelo dual propuesto por dichos autores sugiere que los déficits atencionales estarían relacionados con un pobre logro académico, mientras que los problemas de conducta en la infancia no se asociarían a estos problemas.

En el primer estudio realizado en 1991 por Ferguson et al., evaluaron empíricamente el modelo de desarrollo dual, y demostraron una fuerte continuidad entre los problemas de conducta de inicio en la infancia y los problemas con la justicia en la adolescencia, sin que hallaran relación entre la conducta disocial en la infancia y el rendimiento académico en la adolescencia. Por lo contrario, la hiperactividad estuvo relacionada con un ulterior bajo logro académico en la adolescencia, pero no con problemas con la justicia cuando se controló la presencia de trastorno de conducta. Se halló una fuerte correlación entre el déficit de atención y la inteligencia, lo que venía a indicar que entre los niños con similar cociente intelectual, aquellos que presentaban hiperactividad mostraban un rendimiento académico inferior.

En el estudio de seguimiento de Fergusson, Horwood y Lynskey (1993b), los resultados obtenidos corroboran los hallazgos del primer estudio, es decir, que los problemas de conducta infantil fueron precursores de posteriores problemas con la justicia en la adolescencia; la asociación de éstos con el logro académico fue significativa cuando los problemas de conducta infantil estaban a su vez correlacionados con hiperactividad e inteligencia. Por otra parte, a mayor hiperactividad infantil menor logro académico en la adolescencia, la hiperactividad no estuvo relacionada con los problemas con la justicia, excepto si la hiperactividad estaba asociada previamente con problemas de conducta en la infancia.

Recientemente, Rapport et al. (1999), basándose en este modelo, proponen que la relación existente entre hiperactividad, inteligencia y logro académico puede estar mediatizada por variables tales como el procesamiento de la información o el comportamiento en clase; es decir, tal relación estaría mediatizada por un camino cognitivo (*atención y memoria*) o por uno conductual (*conducta en clase*). Los resultados de su estudio son consistentes con la hipótesis del modelo dual y sugieren que la conducta en la escuela y las habilidades cognitivas (sobre todo, atención y memoria) sirven como mediadores importantes entre el déficit atencional, inteligencia y logro académico.

El cuadro 1 recoge la relación entre estas diferentes variables y la correlación entre ellas (Fergusson y Horwood, 1993a).



Cuadro 1. Relación entre TDAH y diversas variables (Fergusson y Horwood, 1993)

Por lo general, los niños con TDAH son más activos tanto en el juego solitario como en el social, se mueven más, presentan más conductas negativas, suelen pelearse con más

frecuencia, y molestan más a sus compañeros (Meyer y Zentall, 1995; Mitsis et al. 2000). A su vez, los estudios sobre las díadas entre los niños con TDAH y sus padres sugieren que la desatención y la conducta desinhibida están asociadas a la desobediencia y a una mayor interacción social negativa entre padres e hijos (Gómez et al. 1994; Faraone, Biederman y Friedman, 2000).

En un estudio con 27 niños con TDAH y 18 normales, Melnick y Hinshaw (1996) observaron que los niños con hiperactividad presentaban más conductas agresivas y se metían en más problemas, eran menos conscientes de las señales sociales y procesaban inadecuadamente los estímulos sociales, por lo que eran menos aceptados por su grupo de iguales. En un estudio sobre la relación entre las madres y sus hijos con TDAH (Fletcher et al. 1996) hallaron que la mayoría de conflictos entre los niños con TDAH y sus padres eran debidos a la comorbilidad con el trastorno negativista-desafiante.

Hay autores que han llegando incluso a considerar que el trastorno negativista-desafiante y los problemas de conducta son una variante genética del TDAH (Shaywitz et al, 1991b). Fletcher et al. (1996), en una muestra de 158 niños con hiperactividad, en un seguimiento de ocho años, indican que el 72% de los casos siguen presentando síntomas para el diagnóstico de hiperactividad, el 59% han desarrollado además síntomas del trastorno negativista-desafiante, y el 45% presentan, asimismo, trastorno disocial. No obstante, estas cifras se deben tomar como indicadores aproximados, ya que se han hallado diferentes índices de comorbilidad dependiendo de la edad y las características de la muestra estudiada (Epstein et al. 1991). Loney (1987) sugiere que la mayoría de los problemas de conducta tratados en los centros de salud mental son mezclas de tipo hiperactivo-agresivo, mientras que los hiperactivos puros o los agresivos puros son más tolerados por padres y profesores y por tanto solicitan con menor frecuencia tratamientos específicos. Así mismo, algunos estudios indican que el subtipo hiperactivo-impulsivo del TDAH presenta más riesgo para desarrollar un trastorno disocial (Halperin, O'brien, Newcorn, Healey, Pascualvaca, Wolf y Young, 1990a; Miller, Koplewicz y Klein, 1997; Molina, Smith y Pelham, 2001).

## 4.2 Comorbilidad con trastornos del aprendizaje

Se calcula que el 10% de la población infantil presenta algún trastorno específico del aprendizaje, y, en el caso de niños con TDAH, esta proporción supera el 50% (Biederman et al. 1991; Klorman, Brumaghim, Fitzpatrick, Borgstedt y Strauss, 1994). La mayoría de los niños con TDAH presentan un bajo rendimiento escolar: alrededor del 35% repiten curso debido, en parte, a sus dificultades atencionales y a su falta de hábitos de estudio (Zentall y Meyer, 1987; Biederman et al., 1993a; Stanford y Hynd, 1994; Karpov y Haywood, 1998). Los niños que presentan ambas patologías tienen mayor riesgo de fracaso escolar, aun aquellos que tienen un elevado cociente intelectual (Merrell, 1990; Resta y Eliot, 1994).

Los trastornos de aprendizaje, concretamente los problemas de lecto-escritura, que son los más frecuentes entre este tipo de niños, suelen acompañarse inicialmente de un retraso en la adquisición del lenguaje, dificultades para retener la información auditiva, e importantes dificultades en la pronunciación y la decodificación de la palabra escrita (Velting et al. 1997). Los niños con problemas de lecto-escritura suelen ser niños lentos en la adquisición de las habilidades lecto-escritoras debido a dificultades en la decodificación y retención de la información escrita, sin que presenten dificultades en la comprensión. Es un estudio con 300 escolares con problemas de lenguaje, el 53% de los casos cumplían criterios para el TDAH (Cantwell y Baker, 1991); y en otro estudio epidemiológico con una muestra psiquiátrica, la asociación de TDAH y problemas de aprendizaje llegó al 63,6% (Cohen et al. 2000).

Hay autores que defienden que los síntomas primarios del TDAH pueden provocar la aparición de trastornos del aprendizaje. Por el contrario, otros autores afirman que son las dificultades de aprendizaje las que llevan a los alumnos a manifestar falta de atención e hiperactividad. Algunos señalan que son trastornos independientes pero comparten importantes factores biológicos y/o ambientales, mientras que otros señalan causas distintas en el origen de ambos (Jensen, Martin y Cantwell, 1997).

Numerosos autores han hallado que los niños con trastornos del aprendizaje de la lectura o con TDAH presentan problemas cognitivos distintos que pueden dar lugar a una manifestación conductual similar; por ejemplo, no finalizar las tareas escolares (Douglas y Benezra, 1990; Loge, Staton y Beatty, 1990; Klorman Brumaghim, Fitzpatrick y Borgstedt, 1991; Purvis y Tannock, 1997). En particular, se señalan las dificultades en la resolución de problemas, en la organización del material, en la elección de las estrategias mnemotécnicas, y en el mantenimiento del esfuerzo en aplicar estas estrategias, como características principales de los niños con TDAH (Graziano y Moone, 1984; Westby y Cutler, 1994; Wood y Felton, 1994), mientras que los niños con problemas de aprendizaje de la lectura pueden presentar problemas en el procesamiento fonológico, en la estructuración sintagmática, en la organización semántica estructural y dificultades en la estructuración del discurso (Teichner, Ito, Glod y Barber, 1996; Purvis et al., 1997).

En la tabla 7 se presenta un resumen de los principales problemas cognitivos asociados tanto al TDAH como al trastorno de la lectura (uno de los problemas más frecuentes dentro de los trastornos del aprendizaje).

**Tabla 7. Problemas cognitivos que pueden encontrarse en los niños con trastornos de la lectura y con trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad**

<i>PROBLEMAS COGNITIVOS</i>	
<b>Niños con TDAH</b>	<b>Niños con trastornos de la lectura</b>
Dificultades en la resolución de problemas	Dificultades en el procesamiento fonológico
Dificultades en los procesos ejecutivos como las estrategias específicas de organización y elaboración verbal	Dificultades en la estructuración sintagmática
Dificultades en la elección de las estrategias mnemotécnicas	Dificultades en la organización semántica estructural
Dificultades en el mantenimiento del esfuerzo	Dificultades en la estructuración del discurso

### **4.3 Comorbilidad con trastornos de ansiedad**

Los trastornos de ansiedad engloban un grupo diverso de patologías que se caracterizan por la presencia de temores, preocupación excesiva y recurrente, episodios agudos de ansiedad y evitación fóbica (Perrin y Last, 1996).

Se calcula que entre un 8% y un 21% de la población infantil presenta algún tipo de trastorno de ansiedad, que, por lo general, sigue un curso crónico y persistente a lo largo del ciclo vital del niño (Perrin et al., 1996). El TDAH se asocia al trastorno de ansiedad en un 20% de los casos (Fergusson et al., 1993a). Cuando se presentan juntos el TDAH y el trastorno de ansiedad de separación, se incrementa el riesgo de desarrollar fobia escolar (Lufi y Parish-Plass, 1995).

### **4.4 Comorbilidad con trastornos del estado de ánimo**

Resulta complicado definir los trastornos del estado de ánimo en la infancia y la adolescencia, debido a que en esta etapa evolutiva se producen muchas variaciones en el estado de ánimo del niño. Es habitual la presencia de episodios de tristeza, así como sentimientos de culpabilidad y expresiones de irritabilidad u oposición. Los trastornos del estado de ánimo en la infancia se caracterizan por la presencia de tristeza o irritabilidad persistente, acompañada, en ocasiones, de una pérdida de interés por casi todas las actividades que realizan, disminución de la concentración, sensación de cansancio físico, cambios en el patrón de sueño y alimentación, así como presencia de quejas somáticas (Jensen, Shervette, Xenakis y Richters, 1993b).

La sintomatología de los trastornos depresivos puede variar en función de la edad (Geller, et al. 2000). Así, se constata que en la edad preescolar (antes de los 6 años) es más frecuente encontrar rechazo del juego, agitación, timidez, rabietas, encopresis, insomnio, hiperactividad, dificultades para alimentarse y otros síntomas somáticos. En la edad escolar (de los 6 a los 12 años) se aprecia irritabilidad, inseguridad, resistencia a jugar, dificultades en el aprendizaje, timidez, enuresis, encopresis, onicofagia, terrores

nocturnos, rabietas y síntomas psicósomáticos (Mesman y Koot, 2001). En preadolescentes y adolescentes se observa abatimiento, sentimientos de inferioridad, pensamientos autolesivos, opresión, cefaleas y síntomas somáticos. También aparecen cuadros diferenciados en función del sexo (Newcorn et al. 2001). Así, en mujeres son más frecuentes síntomas del tipo de la inhibición, ansiedad, dificultades para establecer contacto social, conformismo, mutismo, buen comportamiento, agresividad, enuresis y compulsión alimentaria. En varones son más habituales las dificultades para establecer contacto social, ansiedad, incapacidad para integrarse, dudas, inhibición, agresividad, llanto inmotivado, alteraciones del sueño o dificultades escolares.

Los síntomas principales del TDAH empeoran significativamente cuando se acompañan de un cuadro de depresión. Numerosos estudios indican que los niños con ambas patologías tienen mayor carga hereditaria, responsable de la manifestación de ambos trastornos (Biederman, Faraone, Milberger y Doyle, 1993a; Biederman, Faraone y Mick, 1995a). En la misma línea, Perrin et al. (1996), en un estudio llevado a cabo con familiares de primer grado de niños con TDAH y depresión mayor, hallaron una mayor incidencia de cuadros de depresión y distimia entre los parientes de estos niños que los del grupo control.

Se calcula que entre un 20% y un 30% de los niños con TDAH presentan, en algún momento, cuadros de depresión mayor (Schmidt, Stark, Carlson y Anthony, 1988; Jensen et al., 1993a). Este grupo suele presentar peor opinión sobre sí mismo y menor autoestima (Hoza, Pelham, Milich, Pilow y McBride, 1993; Slomkowski, Klein y Mannuzza, 1995).

#### 4.5 Consideraciones finales

Los resultados más recientes de los estudios de seguimiento a largo plazo de grandes grupos de niños con TDAH muestran que los patrones de comorbilidad se mantienen relativamente estables en el mismo individuo a lo largo de los años, y que la presencia de comorbilidad complica el pronóstico, tanto desde el punto de vista de logro académico como desde el funcionamiento psicosocial (Biederman et al. 1992; Faraone et al., 1998b; Geller, Williams, Zimmerman, Frazier, Beringer y Warner, 1998a; Geller, Warner, Williams y Zimmerman, 1998b).

La asociación entre el TDAH con otras entidades diagnósticas permite delinear distintos subgrupos de niños con TDAH, con diferente evolución y pronóstico:

- La asociación del TDAH con trastornos de conducta en la infancia aumenta el riesgo de conducta antisocial, abuso de alcohol o drogas en la adolescencia.
- La asociación con depresión mayor en la infancia anticipa una mayor incidencia de conducta oposicionista y depresión mayor.
- La comorbilidad con trastornos de aprendizaje incrementa el riesgo de fracaso escolar.
- La persistencia de estos trastornos comórbidos, a lo largo de los años, apoya fuertemente la hipótesis actual que indica que los mismos constituyen verdaderos cuadros psicopatológicos asociados y no meros epifenómenos del TDAH.

Los subgrupos de sujetos con TDAH, delineados sobre la base de la comorbilidad, pueden tener factores de riesgo, curso clínico, factores neurobiológicos y respuesta farmacológica diferentes (Jensen et al. 2001).



## 5. CORRELATOS BIOLÓGICOS

La teoría que había propuesto el daño cerebral como principal causa del TDAH ha sido refutada por numerosos investigadores (Heilman, Voeller y Nadeau, 1991; Teeter y Semrud-Clikeman, 1995). A pesar de los múltiples estudios realizados para identificar el sustrato anatómico del síndrome, sólo en un 5% de los casos estudiados se han encontrado anomalías inespecíficas. Actualmente se asume que no existe ninguna prueba de laboratorio específica, ya sea electrofisiológica, bioquímica, anatómica o genética, que permita diagnosticar de forma fehaciente el TDAH. A pesar de ello, las investigaciones que vienen realizándose desde la pasada década señalan la implicación de factores biológicos en el TDAH (Swanson, Posner, Potkin, Bonforte, Youpa, Fiore, Cantwell y Crinella, 1991b; Pliskza, McCracken y Mass, 1996; Swanson et al., 1998).

Los recientes progresos en neurociencias han sido asombrosos. En los últimos diez años se ha acumulado gran cantidad de información sobre tres importantes áreas: genética, neuroquímica y neuroanatómica.

### 5.1 Factores genéticos

Las investigaciones realizadas sobre factores genéticos en la explicación del TDAH se basan en los diversos estudios realizados en familias y en estudios de gemelos.

Los *estudios con familias* sustentan claramente la influencia genética en el origen del TDAH. En la mayor parte de los trabajos se ha constatado una mayor incidencia del TDAH, o síntomas del mismo, en padres biológicos de estos niños (Shaywitz, et al., 1991; Biederman, Faraone, Keenan, Benjamin, Krifcher, Moore, Sprich-Buckminster, Ugaglia, Jellinek, Steingard, Spencer, Norman, Kolodny, Kraus, Perrin, Keller, y Tsuang, 1992; Faraone, 1996). Así mismo, se ha comprobado una proporción más elevada de trastornos psiquiátricos en padres biológicos de niños con TDAH. Concretamente, se ha encontrado una mayor incidencia de trastornos de ansiedad y

cuadros de depresión en madres, y de trastornos de personalidad antisocial y alcoholismo en padres (Biederman, Faraone, Keenan, Knee y Tsuang, 1990; Faraone, Biederman, Keenan y Tsuang, 1991a; Faraone Biederman, Mennin, Russell y Tsuang, 1998a; Scahill et al., 1999). En general, numerosas investigaciones coinciden en señalar una importante contribución de los factores genéticos en la etiología del TDAH (Faraone, Biederman, Keenan y Tsuang, 1991; Faraone, Biederman, Krifcher, Keenan, Norman, Seidman, Kolodny, Kraus, Perrin y Chen, 1993; Faraone, Biederman, Chen, Milberger, Warburton y Tsuang, 1995; Faraone, Biederman, Chen, Milberger, Warburton y Tsuang, 1995; Faraone, 1996; Biederman, Faraone y Mick, 1995a; Scahill et al., 1999a). En la misma línea, Frick (1994) encontró que los padres biológicos de los niños con TDAH tienen mayor riesgo de presentar déficit de atención. Sin embargo, algunos trabajos han puesto de manifiesto la existencia de factores ambientales implicados en la presentación y en la severidad de los síntomas del TDAH, así como su asociación con otras patologías como la conducta agresiva (Shaywitz et al., 1991; Biederman, Newcorn y Sprich, 1991; August, McDonald, Realmunto y Skare, 1996; Biederman, Wilens, Mick, Faraone, Weber, Curtis, Thornell, Pfister, García y Soriano, 1997).

Los *estudios con gemelos* son congruentes con la hipótesis de un componente genético en la manifestación del TDAH. En los trabajos realizados con gemelos se ha hallado una mayor concordancia entre gemelos monozigóticos que en dizigóticos en la presencia del TDAH. Estos resultados apoyan la idea de una influencia genética en la etiología del trastorno (Gillis, Gilber, Pennington y Defries, 1991; Sherman, Iacono y McGue, 1997b). En un estudio realizado por Goodman y Stevenson (1989) se encontró que la manifestación del TDAH viene explicada en un 50% por factores genéticos. En un estudio realizado por Gillis et al. (1991) se halló una concordancia para el TDAH del 81% en gemelos monozigóticos y del 29% en gemelos dizigóticos. En otro estudio más reciente, Sherman, McGue y Iacono (1997a) encontraron tasas de concordancia mayores para gemelos monozigóticos que dizigóticos, en una muestra de 194 monozigóticos y 94 dizigóticos. En la misma línea, Silberg, Rutter, Meyer, Maes, Hewitt, Simonoff, Pickles, Loeber y Eaves (1996) constataron una influencia genética en la etiología del TDAH en

la infancia, mientras que la aparición en la adolescencia junto con la conducta agresiva vendría explicada, preferentemente, por una influencia ambiental. Recientemente, Sprich, Biederman, Grawford, Mundy y Faraone (2000), en un estudio llevado a cabo para evaluar la asociación entre TDAH y los trastornos de primer grado en padres biológicos y padres adoptivos de niños con TDAH, apoyan la hipótesis de que el TDAH tiene un importante componente biológico.

En la tabla 8 se presenta un resumen de las investigaciones de familias en el estudio del TDAH.

**Tabla 8. Resumen de las investigaciones de familias en el estudio del TDAH**

<b>Autores</b>	<b>Muestra</b>	<b>Resultados</b>
Goodman et al. (1989)	29 monozigóticos 45 dizigóticos	Influencia genética del 50% en la explicación del TDAH y el 50% influencia de factores ambientales
Faraone et al. (1991a)	73 niños con TDAH y 26 niños con trastornos psiquiátricos 26 grupo control 487 parientes de primer grado de todos ellos	El TDAH y la conducta antisocial son trastornos con diferente etiología. Los autores apoyan la idea de un contínuum en la manifestación de trastornos externalizantes. A mayor gravedad del trastorno, mayor adversidad psicosocial y factores etiológicos
Frick et al. (1991)	117 familiares de niños con TDAH	Los familiares de niños con TDAH presentan una mayor incidencia de TDAH durante la infancia
Biederman et al. (1992a)	140 niños con TDAH 120 grupo control 822 parientes de primer grado de ambos grupos	Influencia genética en la etiología del TDAH, así como una mayor proporción de patología en familiares de niños con TDAH

Continuación...		
Gillis et al. (1991)	81 monozigóticos 45 dizigóticos	Mayor concordancia en la manifestación del TDAH entre gemelos monozigóticos (81%) que entre gemelos dizigóticos (29%)
August et al. (1996)	97 con TDAH 116 grupo control	Influencia de factores ambientales en la explicación de la comorbilidad entre TDAH y agresividad
Silberg et al. (1996)	265 monozigóticos y 163 dizigóticos chico- chico 347 monozigóticos y 160 dizigóticos chica- chico 262 dizigóticos chica y chico	Influencia genética aditiva en la explicación del TDAH tanto en chicas como en chicos. Influencia genética aditiva y efecto de la influencia ambiental compartida en la explicación del TDAH y problemas de conducta en la adolescencia
Sherman et al. (1997a)	194 monozigóticos 94 dizigóticos (entre 11 y 12 años)	Influencia genética aditiva y efecto del ambiente no-compartido en la manifestación del TDAH. Mayor concordancia de TDAH para gemelos monozigóticos que para los dizigóticos. Información obtenida de madres y profesores
Huzdiak et al. (1998)	868 monozigóticos 681 dizigóticos	Influencia genética en la manifestación del TDAH en los diferentes subtipos que propone el DSM-IV

En conclusión, los resultados obtenidos de los estudios de familias y de gemelos apoyan la hipótesis de una herencia poligénica en la transmisión del TDAH.

## 5.2 Factores neuroquímicos

Hallazgos recientes parecen indicar un trastorno neuroquímico en la etiología del TDAH, al encontrarse alteraciones en el flujo sanguíneo cerebral y en su metabolismo (Teeter et al. 1995). Estas alteraciones producen una menor activación en zonas de la región frontal, temporal, talámica y límbica.

Desde la década de los años 70, la teoría bioquímica predominante en la explicación del TDAH ha sido la “hipótesis de las catecolaminas”. Ésta se basaba en los resultados beneficiosos de la medicación psicoestimulante en el tratamiento de la hiperactividad, efecto que se debía a la acción de estos fármacos sobre las vías dopaminérgicas y noradrenérgicas (Swanson, Cantwell, Lerner, Mcburnett y Hanna, 1991a). Sin embargo, un cuarto de siglo más tarde, y después de haberse realizado numerosas investigaciones para verificar esta hipótesis, no se ha llegado a una conclusión definitiva que explique la génesis de este trastorno.

Diversas investigaciones han conjeturado una predisposición genética subyacente a la etiología del TDAH, que conlleva una hipofuncionalidad de las vías dopaminérgicas en la región prefrontal y el sistema límbico, implicados en el mecanismo responsable de la manifestación de los síntomas del TDAH (Barkley, Grodzinsky y Dupaul, 1992). En la corteza prefrontal se encuentran buena parte de las terminaciones dopaminérgicas; esta zona es la encargada de recibir e integrar la información de muchas otras zonas del cerebro y posee numerosas conexiones tanto con la corteza motora como con los sistemas sensoriales y con el sistema límbico. La función de la dopamina en la zona prefrontal parece ser la responsable de mantener la información en la memoria de trabajo, y ésta ha demostrado ser un componente básico de las funciones ejecutivas. Desde el punto de vista conductual, la deficiencia de la dopamina en la región prefrontal se traduce en una incapacidad para controlar los impulsos y una dificultad para planificar y llevar a cabo una secuencia de acciones dirigidas a conseguir una meta, la dificultad en postergar la gratificación, y una actividad motora excesiva, características

principales del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

En una revisión realizada por Pliszka et al. (1996) se llegó a la conclusión de que tanto la norepinefrina como la epinefrina y la dopamina estaban relacionadas con la fisiopatología del TDAH. Estos mediadores químicos son responsables de transmitir los estímulos de neurona a neurona, y están implicados en la explicación de muchas alteraciones psicopatológicas. Los autores sugirieron que estos tres neurotransmisores presentaban algún tipo de disfunción, concretamente, una hipofuncionalidad en los neurotransmisores dopaminérgicos. Una disregulación en el sistema central de norepinefrina podría dificultar estar atento a los estímulos externos de forma adecuada y, por último, un déficit en el sistema de epinefrina periférico podría ser un factor crítico en la respuesta individual a la medicación psicoestimulante. Estos autores propusieron una interconexión de estos tres neurotransmisores responsables en la modulación de la atención y el control del impulso, características principales de los niños con este trastorno.

Recientemente, Castellanos, Giedd, Marsh, Hamburger, Vaituzis, Kickstein, Sarfatti, Vauss, Snell, Rajapake y Rapoport (1996b) y Arnstein, Steere y Hunt (1996) han reformulado la hipótesis de las catecolaminas enfatizando el papel principal que juegan la dopamina y la norepinefrina en la explicación fisiopatológica en el TDAH. Castellanos et al. (1996b) proponen la existencia de una *subactivación* y una *sobreactivación* en dos regiones dopaminérgicas como mecanismos en la génesis del TDAH. La *subactivación* estaría localizada en la región cortical (p.ej: el cíngulo anterior) y sería responsable de los déficits cognitivos de estos niños, y la *sobreactivación* se encontraría en la región subcortical (p.ej: núcleo caudado) y explicaría la excesiva actividad motora.

Pero, parece improbable que el TDAH esté relacionado simplemente con una hipofuncionalidad del sistema dopaminérgico (Swanson et al., 1991b). De hecho, la administración de agonistas dopaminérgicos selectivos no ha demostrado mejoría en los

síntomas del TDAH (Arnstein, Steere y Hunt, 1996). A esto se añade la compleja red de conexiones de que disponen los neurotransmisores dopaminérgicos. En la actualidad se han descubierto hasta cinco subtipos diferentes de dichos neurotransmisores, cada uno de ellos con distintas vías o circuitos y diferentes papeles conductuales (Navarro y Manzanaque, 1998; Navarro, 2000).

En conclusión, los resultados de las investigaciones sobre los componentes neuroquímicos en la explicación de la fisiopatología del TDAH dejan muchos interrogantes por responder, ya que falta demostrar una relación directa entre un tipo de neurotransmisor y sus efectos sobre la conducta del niño.

### 5.3 Factores neuroanatómicos

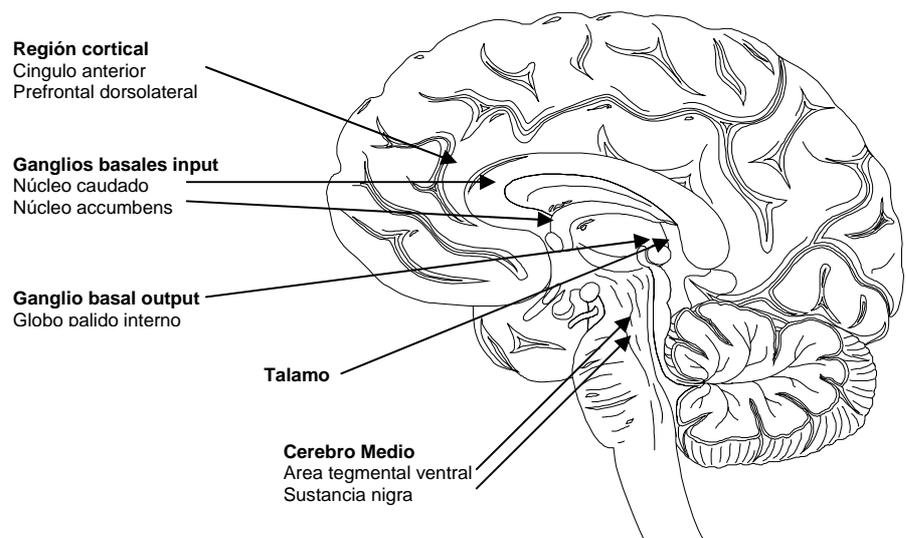
Los estudios realizados utilizando técnicas de neuroimagen han hallado diferencias, aunque discordantes, en la morfología cerebral de niños con TDAH (Teeter et al. 1995; Castellanos, Giedd, Hamburger, Marsh y Rapoport, 1996a). Los primeros estudios realizados con estas técnicas presentaban numerosos sesgos metodológicos (Hynd, Semrud-Clikeman, Lorys, Novey, Wliopulos y Lyytinen 1991; Semrud-Clikeman, Filipek, Biederman, Steingard, Kennedy, Renshaw y Bekken 1994; Casey et al., 1997; Swanson et al., 1998). A pesar de ello, una de las hipótesis más apoyada actualmente en el estudio neuroanatómico del TDAH es la que implica al lóbulo prefrontal en la explicación de los síntomas de este trastorno (Colby, 1991; Castellanos, Giedd, Eckburg, Marsh, Vaituzis, Kaysen, Hamburger y Rapoport, 1994; Castellanos et al., 1996a). Esta zona y, en particular, la región frontal, es la encargada de planificar, dirigir, tomar decisiones y evaluar los resultados obtenidos de nuestras acciones; lo que ha venido denominándose el *sistema general de autorregulación del comportamiento* (Barkley, Grodzinsky y DuPaul, 1992).

Ross, Hommer, Breiger, Varley y Radant (1994) examinaron la relación entre una disfunción en zonas del córtex prefrontal y los déficits en la inhibición de respuesta en tareas viso-motoras en una muestra de 13 niños con TDAH y 10 normales. Los niños con TDAH mostraron diferencias significativas, en comparación con el grupo control, en la ejecución de tareas de inhibición de respuesta, pero no en tareas de memoria viso-espacial o en la latencia de respuesta. Los autores asociaron estos déficits a una disfunción localizada en el córtex dorsolateral.

En una revisión reciente, Swanson et al. (1998), basándose en los estudios sobre circuitos neuronales de Alexander, DeLong y Striock (1986), y Goldman y Rakic (1988) y los estudios sobre anatomía cerebral de Martin (1989) y Le Moal (1995), señalan cinco estructuras anatómicas interconectadas que pueden representar un importante modelo patofisiológico en la explicación de la génesis del TDAH (figura 1). Estas

estructuras tienen conexiones con la corteza motora y sensorial.

Figura 1. Modelo de los cinco niveles de conexión anatómica implicados en el TDAH propuesto por Swanson et al. 1998.



Los estudios realizados mediante resonancia magnética indican que algunas regiones del lóbulo frontal (anterior, superior e inferior) y de los ganglios basales (el núcleo caudado y globo pálido) son menores en niños con TDAH que en niños normales. Por otra parte, Castellanos et al. (1994), en una muestra de 55 niños con TDAH y 48 controles, encontraron un volumen cerebral total un 5% más pequeño en niños con TDAH que en normales, concretamente, en la región situada en el núcleo caudado.

Silberstein, Farrow, Levy, Pipingas, Hay y Jarman (1998), utilizando la técnica de neuroimagen funcional en un grupo de 17 niños con TDAH y 17 normales, observaron un déficit en el procesamiento neuronal prefrontal en los niños con TDAH, en

comparación con el grupo control. Semrud-Clikerman et al. (2000) encontraron un volumen menor en la sustancia blanca del lóbulo frontal derecho. Los autores sugieren que las alteraciones morfológicas en el lóbulo frontal y en el caudado correlacionan inversamente con las medidas de inhibición y conducta externalizante de los niños con TDAH. Los resultados de ambos autores son concordantes con los modelos teóricos de la función alterada fronto-estriada y parietal.

Otros estudios también han hallado anomalías anatómicas en los ganglios basales en sujetos con TDAH, en comparación con los controles (Swanson et al., 1998). Dos estudios (Aylward, Reiss, Reader, Singer, Brown y Denckla, 1996; y Castellanos et al., 1996b) se han centrado en el funcionamiento de subregiones de los ganglios basales; en particular, el caudado, el globus pallidus y el putamen. Tanto Castellanos como Aylward han informado de que la región del caudado y el globus pallidus, pero no el putamen, presentaban un volumen más pequeño en niños con TDAH en comparación con el grupo control. Castellanos et al. (1996b) diseñaron un estudio para determinar si los niños con TDAH presentaban únicamente una reducción del ganglio basal o también una reducción en otras estructuras cerebrales. Sus resultados indicaron que los niños con TDAH presentaban una reducción significativa en el globus pallidus derecho y en la región frontal anterior derecha, en comparación con el grupo control. Los autores apoyan una disfunción en el sistema prefrontal estriado de la parte derecha, en la explicación del TDAH.

Se ha señalado también la posible existencia de alteraciones morfológicas del caudado y su relación con el TDAH. Concretamente, diversos estudios que han utilizado técnicas de neuroimagen funcional han puesto de manifiesto la existencia de diferencias a nivel del estriado y en las regiones cerebrales posteriores en niños y adultos con TDAH, en comparación con el grupo control.

En la tabla 9 se presenta un resumen de las investigaciones de neuroanatomía en el estudio del TDAH.

**Tabla 9. Resumen de las investigaciones de neuroanatomía en el estudio del TDAH**

<b>Autores</b>	<b>Muestra</b>	<b>Técnica</b>	<b>Resultados</b>
Hynd et al. (1991)	7 niños con TDAH 10 controles	Resonancia magnética	Los autores encontraron que los niños con TDAH tienen el cuerpo caloso más pequeño, particularmente en la región del genu y el splenium anterior, en comparación con los niños del grupo control
Castellanos et al. (1994)	50 niños con TDAH 48 controles	Resonancia magnética	El volumen medio del núcleo caudado derecho fue significativamente más pequeño en los pacientes con TDAH en comparación con los controles
Baumgardner et al. (1996)	13 niños con TDAH 16 con ST 21 con ST y TDAH 27 controles	Resonancia magnética	Los niños con TDAH presentaban una disminución significativa en áreas del cuerpo rostral del cuerpo caloso
Castellanos et al. (1996b)	57 niños con TDAH 55 controles	Resonancia magnética	Los autores apoyan la hipótesis de una disfunción en el sistema prefrontal-estriado en la parte derecha en los niños con TDAH
Lyo et al. (1996)	51 niños con TDAH 28 controles	Resonancia magnética	Los resultados apoyan los resultados de Semrud-Clikerman et al. (1994), que informan de un volumen menor en la región posterior del cuerpo caloso, especialmente en el área splenium en los niños con TDAH
Casey et al. (1997)	26 niños con TDAH 26 controles	Resonancia magnética	Los autores encontraron alteraciones en el circuito frontoestriatal alteradas en niños con TDAH (región córtex prefrontal, caudado, globus pallidus, pero no putamen). Los autores apoyan la hipótesis de una disfunción en el sistema fronto-estriado derecho

Continuación...			
Filipek et al. (1997)	15 niños con TDAH 15 controles	Resonancia magnética	Los autores encontraron que niños con TDAH mostraron volúmenes más reducidos en el caudado derecho, en la región antero-superior frontal derecha y sustancia blanca, en la región antero-inferior bilateral y en la región retrocallosa bilateral (parieto-occipital). Los autores apoyan la hipótesis de una disfunción en el sistema fronto-estriado derecho y parietal
Silberstein et al. (1998)	17 niños con TDAH 17 controles	Técnicas de neuroimagen cerebral	Los autores encontraron déficit en el procesamiento neuronal en el lóbulo prefrontal en niños con TDAH, en comparación con el grupo control
Semrud-Clikerman et al. (2000)	10 niños con TDAH 11 controles	Resonancia magnética	Los autores encontraron una asimetría invertida en el núcleo caudado, un volumen menor en el caudado izquierdo y un volumen menor en la sustancia blanca del lóbulo frontal derecho. Los autores sugieren una relación entre la asimetría invertida del caudado y las medidas de inhibición y conducta externalizante de los niños con TDAH

## 5.4 Factores de riesgo

Diversos estudios han señalado la existencia de factores de riesgo en la explicación del TDAH (Johnston y Pelham, 1986; Burnley, 1993; Milberger, Biederman, Faraone, Chen y Jones, 1997; Max, Arndt, Castillo, Bokura, Robin, Lindgren, Smith, Sato y Mattheis, 1998; Johnson, 1998). Entre los factores de riesgo propuestos destacan: el hábito de fumar tabaco en madres gestantes (Milberger et al., 1997), las complicaciones durante el embarazo y el parto (Max et al., 1998); la exposición a agentes químicos (Burnley, 1993) y la existencia de daño cerebral (Max et al., 1998; Wozniak, Grawford, Biederman, Farone, Spencer, Taylor y Blier, 1999).

Milberger et al. (1997) diseñaron una investigación para valorar el papel que juega en la génesis del TDAH el consumo de tabaco durante el embarazo en una muestra de 190 madres de niños con TDAH y 120 controles. Los resultados indican que el 22% de las madres con niños con TDAH habían fumado durante el embarazo, en comparación al 8% de las madres del grupo control. Estos resultados han sido confirmados posteriormente por el mismo grupo de investigadores (Milberger, Biederman, Faraone y Jones, 1998). Los autores sugieren una relación positiva entre el TDAH y el consumo de tabaco en madres gestantes.

Por otra parte, Max et al. (1998) señalan como factor de riesgo en la génesis del TDAH las complicaciones peri y postnatales; como, por ejemplo: bajo peso de los lactantes al nacer, anoxia durante el parto, etc. En un estudio llevado a cabo por Lou (1996) diseñado para valorar la incidencia del TDAH y la prematuridad, se concluyó que el 25% de los niños con TDAH presentaban un peso inferior a 1.500 gr. en el nacimiento, en comparación con el 8% del grupo control. Los autores señalan la existencia de una relación positiva entre TDAH y bajo peso al nacer en niños prematuros. Burnley (1993) señala como factor de riesgo para la presencia de TDAH la exposición del feto a fármacos estimulantes del sistema nervioso (por ejemplo, el consumo de anfetaminas, cocaína, etc).

En definitiva, y a la luz de los resultados de los estudios, revisados en este apartado de correlatos, es probable que exista una base neuroanatómica en la explicación del TDAH. Los hallazgos realizados en estudios de familias, de gemelos y genética apoyan la hipótesis de una herencia poligénica en la transmisión del TDAH. Los resultados en neuroquímica y neuroanatomía sobre la etiología de este trastorno dejan muchos interrogantes por responder, ya que falta demostrar una relación directa entre un tipo de neurotransmisor y sus efectos sobre la conducta. Aunque se desconocen los mecanismos responsables en la génesis del TDAH, los estudios sobre la fisiopatología del mismo señalan la existencia de factores genéticos y neuroanatómicos, así como ambientales en la expresión y severidad del TDAH (Kadesjo, Kadesjo, Haggloe y Gilberg, 2001).

## **6. EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**

La entrevista psicológica de niños y adolescentes tiene unas características específicas que la diferencian de la evaluación de los adultos. Evaluar a niños y adolescentes implica estudiar las características de la conducta del niño y el contexto familiar, social y escolar en el que se manifiestan.

El evaluador debe tener en cuenta dos cuestiones centrales: por una parte, conocer las pautas de desarrollo propias de cada intervalo de edad y, por otra parte, conocer el curso del desarrollo de los problemas de conducta (Forns, 1993). Además, como señala del Barrio (1995, pag 464): *“Un niño no se interpreta a sí mismo como necesitado de ayuda. Son los adultos que lo tienen a su cargo quienes forman ese juicio. La información mayor o menor y la permisividad mayor o menor de los adultos que evalúan al niño son pues algunos de los criterios que intervienen en la calificación que éstos hacen de la conducta del niño”*.

El propósito de la evaluación psicológica infantil es llegar a comprender los problemas y los factores que dificultan el proceso madurativo (Forns, 1993). Estos problemas pueden manifestarse en el ámbito fisiológico, psicológico o sociocultural (DuPaul, Guevremont y Barkley, 1991a). Por tanto, la evaluación debe ser una evaluación continua que englobe tanto la evaluación formativa como la sumativa y que incluya las características específicas del niño, su estado fisiológico, sus características psicológicas, la frecuencia, la intensidad y la persistencia de sus problemas (teniendo en cuenta su edad y su nivel de desarrollo), sus circunstancias vitales, así como el contexto familiar y las circunstancias socio-ambientales que rodean a la familia (Achenbach, 1978b; Barkley, 1987; Cantwell, Lewinsohn, Rohde y Seeley, 1997; Garaigordobil, 1998; ACAAP, 2001).

Se debe recoger información de distintas fuentes (padres, profesores y el propio niño),

en diferentes situaciones, y de diversas áreas del funcionamiento (Sherman et al. 1997a; Crystal, Ostrander, Chen y August, 2000).

Cuando la información de la entrevista, observación y test converge, los procesos de evaluación y diagnóstico se simplifican. Cuando hay desacuerdo en uno o varios de estos procedimientos, el clínico debe sopesar la información de cada una de las áreas y de las fuentes de información para establecer el trastorno que subyace (ACAAP, 2001).

## **6.1 Instrumentos de evaluación del TDAH**

En este apartado comentaremos las estrategias e instrumentos que se utilizan habitualmente para la evaluación del TDAH, con especial atención en los instrumentos utilizados en esta investigación. Los instrumentos se han agrupado en: entrevistas, escalas de valoración de conducta, tests y medidas de laboratorio.

### **6.1.1 Entrevista**

La entrevista es uno de los métodos más utilizados para obtener información sobre las alteraciones conductuales y los problemas que pueden presentar los niños (Fallon et al. 1994; Northyp et al. 1995; Cantwell, 1997).

Las entrevistas destinadas a la evaluación del TDAH recogen información sobre las características, las posibles causas, la evolución y la repercusión del trastorno en la vida del niño, y de quienes conviven con él, del interés que muestran los padres para solucionar el problema y de las expectativas que se han creado sobre los resultados del tratamiento (Danforth y DuPaul, 1996; Reid et al. 1998).

Las entrevistas no sólo suministran gran cantidad de información, sino que también facilitan que se establezca una relación reforzante entre el entrevistador y los padres.

Aunque no han sido pocas las voces que han tachado este método de poco fiable y subjetivo –hechos que se minimizan con el uso de entrevistas estructuradas o semi-estructuradas, en las que el entrevistador sigue una serie de esquemas–, el diseño de las preguntas está prefijado, lo que posibilita la codificación de las respuestas así como su posterior análisis. En cualquier caso, lo cierto es que las entrevistas son un componente indispensable en la evaluación clínica infantil (Scwab-Stone et al. 1994; Shaffer et al. 2000).

En la última década se han desarrollado diversas entrevistas psiquiátricas estructuradas o semi-estructuradas que permiten precisar las alteraciones conductuales y establecer la frecuencia e intensidad que presenta el sujeto, adaptando sus preguntas a los criterios diagnósticos del DSM (Jensen et al. 1996).

A continuación pasaremos a explicar brevemente las entrevistas utilizadas en esta investigación. De entre las múltiples entrevistas, vamos a destacar dos: la entrevista clínica para niños y adolescentes con TDAH de Barkley et al., (1987), y la entrevista diagnóstica para niños y adolescentes DICA-P de Reich, Shayka y Taiblenon, (1988).

#### **6.1.1.1 Entrevista clínica para niños y adolescentes con TDAH (Clinical Interview form for Child and Adolescent ADHD Patients; Barkley, 1987).**

Entrevista semi-estructurada dirigida a padres de niños con TDAH. Esta entrevista permite obtener información sobre la historia del niño en una pluralidad de aspectos. La entrevista contiene seis secciones que recogen la historia del desarrollo, la historia médica, la historia de tratamientos anteriores, la historia escolar, la historia familiar y la historia social del niño. Existe una versión castellana de esta entrevista, adaptada a los criterios del DSM-IV (Amador y Calderón, 1997). La tabla 10 muestra un resumen de los aspectos que se pueden recoger con este instrumento.

**Tabla 10. Entrevista clínica para niños y adolescentes con TDAH (Clinical Interview form for Child and Adolescent ADHD Patients; Barkley, 1987)**

**A. Historia de desarrollo**

Se recoge información sobre la salud de la madre durante el embarazo, la salud del niño, la interacción con el ambiente, su mutua adaptación en el periodo postnatal y los hitos del desarrollo

**B. Historia médica**

Se obtiene información de enfermedades, intervenciones y hospitalizaciones que ha padecido el niño, así como el funcionamiento del sistema nervioso, respiratorio, digestivo y circulatorio

**C. Historia de tratamientos**

Se recoge información sobre si se ha recibido algún tipo de tratamiento psicológico y/o se ha prescrito medicación

**D. Historia familiar**

Presencia o ausencia de las conductas problemáticas, así como la frecuencia, intensidad y persistencia de las mismas  
Pautas educativas imperantes  
Demandas y exigencias del contexto, capacidad del niño para ajustarse a ellas  
Pautas educativas de los padres

**E. Historia Escolar**

Valoración del rendimiento académico, conocimientos y habilidades adquiridas, y estilo de trabajo

**F. Historia Social**

Presencia de conductas problemáticas  
Frecuencia, intensidad y persistencia de tales conductas  
Interacción social con sus compañeros y adultos  
Demandas y exigencias de diferentes entornos y adaptación del niño a ellas

**6.1.1.2 Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes. Diagnostic Interview for Children and Adolescents DICA-P; Reich, Shayka y Taiblenon, 1988).** Traducción de Ezpeleta y Toro (1991).

Es una de las más difundidas y utilizadas en la evaluación y diagnóstico infantil. Es una entrevista estandarizada cuyo objetivo es obtener información detallada y fiable sobre la conducta del niño. Los padres proporcionan la información sobre la presencia o la ausencia de diversos síntomas psicopatológicos y el clínico realiza los juicios acerca de la frecuencia y la gravedad de los problemas descritos.

La escala consta de 247 ítems que exploran los diversos síntomas de alteraciones conductuales tales como Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastorno Negativista-Desafiante, Trastorno Disocial, Ansiedad de Separación, etc. La valoración de la escala recoge la ausencia, la presencia y la duración de los síntomas de tales trastornos. En la tabla 11 se muestra un resumen de los aspectos que hemos utilizado para esta investigación. Los apartados correspondientes a los criterios diagnósticos se han actualizado con la versión del DSM-IV.

**Tabla 11. Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes. Diagnostic Interview for Children and Adolescents DICA-P; Reich, Shayka y Taiblenon, 1988). Traducción de Ezpeleta y Toro (1991)**

**A. Datos demográficos**

Se recoge información sobre datos personales (fecha de nacimiento, edad, sexo) y organigrama familiar

**B. Trastorno de Conducta**

Se obtiene información sobre la presencia o ausencia de los síntomas para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno negativista-desafiante, trastorno disocial (criterio A del DSM-IV)

Indicación sobre el deterioro clínicamente significativo de dichos problemas en la actividad social, académica o escolar (criterio B, del DSM-IV)

Edad de inicio de los problemas

#### C. Trastorno del estado de ánimo

Se obtiene información sobre la presencia o ausencia de los síntomas para el diagnóstico de episodio depresivo, episodio maniaco (criterio A del DSM-IV)

Indicación sobre el deterioro clínicamente significativo de dichos problemas en la actividad social, académica o escolar (criterio B, del DSM-IV)

Edad de inicio de los problemas

#### D. Trastorno por Ansiedad de Separación

Se obtiene información sobre la presencia o ausencia de los síntomas para el diagnóstico de trastorno por ansiedad de separación (criterio A del DSM-IV)

Indicación sobre el deterioro clínicamente significativo de dichos problemas en la actividad social, académica o escolar (criterio B, del DSM-IV)

Edad de inicio de los problemas

#### E. Fobias

Se obtiene información sobre la presencia o ausencia de los síntomas para el diagnóstico de fobias (criterio A del DSM-IV)

Indicación sobre el deterioro clínicamente significativo de dichos problemas en la actividad social, académica o escolar (criterio B, del DSM-IV)

Edad de inicio de los problemas

#### F. Enuresis y encopresis

Se obtiene información sobre la presencia o ausencia de los síntomas para el diagnóstico de enuresis y encopresis (criterio A del DSM-IV)

Indicación sobre el deterioro clínicamente significativo de dichos problemas en la actividad social, académica o escolar (criterio B, del DSM-IV)

Edad de inicio de los problemas

---

Se ha informado de una buena fiabilidad test-retest de la escala (Granero, Ezpeleta, Domenech y De La Osa, 1998; Reich, 2000), y de una buena concordancia entre entrevistadores (De la Osa, Ezpeleta, Doménech, Navarro y Losilla, 1996; Ezpeleta, de la Osa, Doménech, Navarro y Losilla, 1997).

### **6.1.2 Escalas de valoración de conducta para padres y profesores**

Las escalas de valoración de conducta completadas por padres y profesores son un componente esencial en la evaluación y diagnóstico del TDAH (Barkley, 1987; Barkley, Anastopoulos, Guevremont y Fletcher, 1991b; Castro, de Pablo, Gomez, Arrindell y Toro, 1997). Existen diversos motivos que explican su amplia popularidad, entre los que destaca su enorme utilidad para establecer el grado de desviación estadística y evolutiva de las conductas alteradas en el niño. Los cuestionarios de valoración de conducta permiten realizar un diagnóstico estadístico dimensional de la conducta alterada (Forns, 1993).

El principio teórico que subyace a estos instrumentos es la conceptualización de la conducta problemática como un contínuum, siendo su frecuencia e intensidad las que marquen el grado de perturbación (Carrillo de la Peña, Otero y Romero, 1993; Bussing, Schuhmann, Belin, Widawski y Perwien, 1998a). Los instrumentos que han utilizado este acercamiento dimensional en la clasificación de la conducta alterada se basan en datos empíricos y en la utilización de grandes muestras de población, y ofrecen datos normativos y estandarizados.

Frecuentemente se recurre al análisis factorial para determinar las agrupaciones de los distintos síntomas. Estos instrumentos están pensados para hacer un cribado de las conductas alteradas, y facilitan la obtención de información sobre las conductas evaluadas en diferentes contextos y por diferentes informantes, reduciendo el coste de la evaluación, permitiendo una fácil aplicación y repetición de las pruebas en diferentes momentos del proceso diagnóstico o de la intervención, y ofreciendo datos normativos y estandarizados que faciliten la comparación de las puntuaciones directas obtenidas por el sujeto (Boyle, Offord, Hofmann, Catlin, Byles, Cadman, Crawford, Links, Rae-Grant y Szatmar, 1987; Cavell, 1990; Conners, 1994; Chem, Faraone, Bierderman y Tsuang, 1994).

Sin lugar a dudas, los cuestionarios de valoración de conducta ofrecen ventajas sobre otros métodos de evaluación como así lo demuestra su gran popularidad entre los clínicos y su gran utilización en numerosos estudios sobre TDAH (DuPaul, 1991; Barkley, 1991a; Power y Igeda, 1996; Reid, DuPaul, Power, Anastopoulos, Rogers-Atkinson, Noll y Riccio, 1998; Gomez y Balluerka, 2000). Sin embargo, a pesar del excelente valor heurístico que presentan estos instrumentos de evaluación para la clasificación y la descripción de los diferentes cuadros patológicos, no están exentos de críticas. Requieren, por una parte, que todos los informantes definan por igual la conducta problemática de la cual pretenden informar, dispongan de datos sobre la frecuencia, la intensidad y la persistencia de las conductas que estén valorando y, finalmente, utilicen un mismo sistema métrico para evaluar la presencia o la ausencia de una determinada conducta y su severidad (Amador, Forns y Martorell, 2001).

A estas limitaciones Reid y Borkowski (1987) añaden dos más: en primer lugar, la tolerancia de los informantes hacia la conducta que evalúan, y en segundo lugar, los recursos de que dispone cada persona para controlar dicha conducta. En este sentido, en una investigación de Reid et al. (1998), utilizando cuestionarios de valoración de conducta contestados por profesores de 1.749 alumnos, se constató que los profesores valoraban a los estudiantes afroamericanos como más desatentos, hiperactivos y con más conductas desafiantes que sus compañeros blancos. Los resultados son consistentes con los de White et al. (1992) y Sonuga-Barke, Williams, Hall y Saxton, (1996b). En este sentido se ha comprobado que los profesores de educación especial suelen informar de una conducta menos desviada en sus alumnos y son más tolerantes con la aparición de éstas en comparación con el resto de los profesores (Danforth y Dupaul, 1996; Epstein, Cullinan y Gadow, 1986).

Por otra parte, la información que proporcionan los padres tampoco está exenta de problemas a la hora de valorar la aparición de determinadas conductas (Wrobel et al., 1998). Se ha comprobado que las madres de niños con TDAH tienden a informar de más problemas externalizantes e internalizantes en sus hijos, en comparación con las

madres de niños sin el trastorno (Mick, Santangelo, Wypij y Biederman, 2000).

A pesar de las críticas, actualmente se dispone de escalas de valoración de conducta para profesores y padres que ofrecen información valiosa y presentan una buena validez y fiabilidad en la valoración de la conducta infantil (Achenbach, 1978b; Edelbrok et al. 1984; Achenbach 1991a; Edwards, Salant, Howard, Brougher, McLaughlin, 1995). Muchos de ellas incluyen la comparación con el grupo normativo por edad y sexo, lo cual ayuda a diferenciar variaciones normales en el nivel de atención, actividad, impulsividad de los niños con TDAH (Barkley, 1990a; Klein y Mannuzza, 1991).

A continuación comentaremos las escalas del inventario de conducta para padres y profesores de Achenbach (CBCL y TRF, respectivamente), las escalas de Conners para padres y profesores (CPRS-R y CTRS-R, respectivamente), el listado de síntomas del TDAH elaborado a partir de los criterios del DSM-IV para padres y profesores, la escala de problemas de conducta EPC contestada por padres, y la escala de autocontrol de Kendall y Wilcox contestada por padres, como las más importantes sobre el tema que nos ocupa.

### **6.1.2.1 Child Behavior Checklist/4-18: CBCL (Achenbach, 1991a)<sup>2</sup> y Teacher's Report Form/5-12: TRF (Achenbach, 1991b)<sup>3</sup>**

El CBCL y el TRF son consideradas las escalas de valoración de conducta más utilizadas en la evaluación de los trastornos de conducta infantiles. Han sido construidas y estandarizadas de forma rigurosa.

Autor: Achenbach, T. M (1991a);; Achenbach, T. M (1991b)

Características: el CBCL es un heteroinforme contestado por los padres de niños entre los 4 y 18 años. La escala proporciona perfiles separados para ambos sexos y rangos de edad (de los 4 a los 11 años, y de los 12 a los 18 años). El TRF es la versión para profesores y se aplica entre los 5 y 18 años. También proporciona perfiles separados para ambos sexos y diferentes rangos de edad (de los 5 a los 11 años, y de los 12 a los 18 años).

Objetivos: cribado de conductas psicopatológicas en la infancia.

Contenidos: competencias sociales, problemas de conducta internalizados (trastorno de ansiedad/depresión, quejas somáticas y aislamiento) y externalizados (conducta agresiva y conducta delictiva), y el factor mixto (problemas sociales, problemas de pensamiento y de atención) (ver tabla 12).

Partes: dos

Tipos de respuesta: los ítems se valoran en una escala likert que comprende: 0 (el problema no se presenta), 1 (el problema se presenta a veces), y 2 (el problema se presenta casi siempre).

Propiedades psicométricas: las propiedades psicométricas de la prueba son bastante satisfactorias (Achenbach, 1991a). Permite discriminar entre niños con TDAH y los niños normales (Ostrander, Weinfurt, Yarnold y August, 1998; Geller et al., 1998b; Hudziak et al., 1998), o entre niños con TDAH y niños con otras alteraciones psicológicas (Johnston et al., 1986; Breen, 1989). También se ha informado de su

---

<sup>2</sup> Traducción de Forns, M. y Abad, J., en 1991, con el permiso de los autores.

<sup>3</sup> Traducción de Amador, J.A. y Abad, J., en 1991, con el permiso de los autores.

valor predictivo de funcionamiento general (Pearson, Yaffee, Loveland y Norton, 1995).

Ventajas y/o inconvenientes: una de sus principales ventajas es que permite recoger información de diferentes fuentes: los padres y los maestros sobre los mismo síndromes psicopatológicos que aparecen en la infancia y adolescencia, lo que posibilita comparar entre ambas informaciones y poder observar si los datos de ambos inventarios son convergentes. El CBCL y el TRF son unos inventarios ampliamente utilizados en la investigación y, concretamente, en la evaluación del TDAH, ya que permiten diferenciar entre niños con o sin TDAH (Biederman et al. 1993b; Edelbrock et al. 1995; Reid y Maag 1989). Es un excelente instrumento de cribado que permite valorar la presencia de otros posibles trastornos comorbidos, tanto externalizantes como internalizantes, y es un buen instrumento de medida de pretratamiento y postratamiento (Pearson et al. 1994; Jensen et al. 1996). La tabla 12 recoge la agrupación de las escalas del CBCL y el TRF.

**Tabla 12. Agrupaciones sindrómicas del Child Behavior Checklist/4-18 (CBCL) y Teacher's Report Form/5-12 (TRF) para ambos sexos y diferentes grupos de edad**

	MIXTOS	EXTERNALIZACIÓN
¡Error! Marcador no definido. INTERNALIZACIÓN		
Aislamiento	Problemas sociales	Conducta agresiva
Quejas somáticas	Problemas de pensamiento	Conducta delictiva
Ansiedad/Depresión	Problemas de atención	

### **6.1.2.2 Connors' Parent Rating Scale-Revised (CPRS-R, Connors 1997a)<sup>4</sup> y Connors' Teacher Rating Scale-Revised (CTRS-R, Connors 1997b)<sup>5</sup>**

La escala de Connors es uno de los instrumentos más utilizados en la investigación con niños con TDAH. Esta escala ha tenido numerosas revisiones en su dilatada historia (Connors 1969, 1970, 1989, 1997).

Autor: Connors, C. K (1997a); Connors, C. K. (1997b).

Características: es un heteroinforme contestado por los padres (CPRS-R) o profesores (CTRS-R) de niños entre los 3 y 17 años.

Objetivos: valorar la presencia y severidad de conductas relacionadas con el TDAH.

Contenidos: cuatro factores: oposicionismo, desatención, hiperactividad-impulsividad e índice del TDAH. En la tabla 13 se recogen los factores del CPRS-R y el CTRS-R.

Partes: una. Para esta investigación hemos utilizado la versión abreviada para padres (CPRS-R), que consta de 27 ítems; y la versión abreviada para profesores (CTRS-R), que consta de 28 ítems.

Tipos de respuesta: los ítems se valoran entre 0 (no es verdad, nunca o rara vez), 1 (algo cierto, ocasionalmente), 2 (bastante cierto, a menudo), y 3 (muy cierto, frecuentemente).

Propiedades psicométricas: ofrece puntuaciones normativas separadas para ambos sexos y en cuatro rangos de edad diferentes. Los datos normativos de CPRS-R fueron obtenidos de una muestra de 750 niños de ambos sexos con un amplio rango de edad (de 3 a 17 años). Las primeras versiones de la escala han demostrado poseer buena validez criterial, una buena fiabilidad test-retest, entre 0.80-0.90 en un intervalo de un mes (Connors, 1989), y un alfa de Cronbach de 0.95 (Trites, Blouin y Laprade, 1982). Los estudios realizados con la aplicación de esta última revisión de la escala mantienen estos buenos resultados (Miller et al., 1997; Connors, Sitarenios, Parker y Epstein, 1998b). La consistencia interna de la escala para padres es buena, entre 0.77

---

<sup>4</sup> Traducción de Amador, J.A. et al., en 1999, con el permiso de la autora.

<sup>5</sup> Traducción de Amador, J.A. et al., en 1999, con el permiso de la autora.

y 0.95, y de la versión para profesores oscila entre 0.77 y 0.95 (Conners et al., 1998b).

Ventajas y/o inconvenientes: las versiones abreviadas (tanto de padres como de profesores) son buenos instrumentos de investigación y de cribado, y son ampliamente utilizados, ya que permiten diferenciar entre niños con o sin TDAH (Miller et al. 1997; Conners et al. 1998a). También son buenos instrumentos de la evaluación pretratamiento y postratamiento (Robin et al. 1996; Conners et al. 1998a). La tabla 13 recoge la agrupación de las escalas del CTRS-R y el CPRS-R.

**Tabla 13. Factores del Conners' Parent Rating Scales-48 (CPRS-R) y Conners' Teacher Rating Scales-28 (CTRS-R) perfiles para ambos sexos y diferentes grupos de edad (entre 3 y 17 años)**

- |                  |                                |
|------------------|--------------------------------|
| a) Oposicionismo | c) Hiperactividad-Impulsividad |
| b) Desatención   | d) Índice del TDAH             |

### **6.1.2.3 Listado de síntomas del TDAH para padres y profesores elaborado a partir de los criterios del DSM-IV (APA, 1995) por Amador, Forns y Martorell (2001).**

Autor: American Psychiatric Association (1994). DSM-IV. Edición española, 1995.

Características: es un heteroinforme contestado por los padres.

Objetivos: presencia o ausencia de los síntomas para el diagnóstico de TDAH.

Contenidos: síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad (criterio A) del DSM-IV.

Partes: una.

Tipos de respuesta: Los ítems se valoran entre 0 (ausencia) y 1 (presencia).

Propiedades psicométricas: Power, Doherty, Panichelli-Mindel, Karustis, Eiraldi, Anastopoulos y DuPaul (1998) han estudiado la validez predictiva del cuestionario elaborado a partir de los síntomas del DSM-IV para el TDAH con una muestra de 92 niños entre 6 y 14 años. El cuestionario fue contestado por padres y por profesores. Los resultados indican que los factores de desatención e hiperactividad/impulsividad de la escala del DSM-IV son eficaces para discriminar los niños con TDAH del grupo control y diferenciar dentro del grupo TDAH el subtipo desatento y el subtipo combinado. Aunque los profesores y los padres son buenos informantes para poder realizar el diagnóstico, los profesores contribuyeron de manera más significativa en la predicción del subtipo de diagnóstico.

Recientemente, Amador et al. (2001) han realizado un análisis factorial exploratorio y confirmatorio de las valoraciones de padres y profesores del listado de síntomas del DSM-IV para el TDAH con una muestra de 1019 sujetos (574 niñas y 445 niños) entre 4 y 12 años. El análisis ha puesto de manifiesto la presencia de dos factores para las valoraciones de los profesores, uno de desatención y otro de hiperactividad/impulsividad. En la información obtenida de los padres aparecen tres factores, uno de desatención, otro de hiperactividad y un factor de impulsividad. Estos resultados son similares a los obtenidos en una muestra norteamericana por DuPaul et al. (1997); y DuPaul et al. (1998).

Ventajas y/o inconvenientes: el listado de síntomas del TDAH es un instrumento muy útil para evaluar los síntomas del TDAH (DuPaul et al. 1998; Amador et al. 2001).  
Permite conocer si los niños cumplen el criterio A para el diagnóstico de TDAH.

#### 6.1.2.4 Escala de Problemas de Conducta EPC.

Autor: Navarro, Peiró, Llacer y Silva, 1993

Características: es un heteroinforme contestado por los padres de niños entre los 3 y 16 años. Los datos proporcionan baremos separados para ambos sexos y en tres rangos de edad diferentes (de los 3-5, 6-11 y 12-16 años).

Objetivos: escala de estimación de conductas problemáticas en el niño. Construida para la población española.

Contenidos: siete escalas: Problemas Escolares (PE), Conducta Antisocial (CA), Timidez/Retraimiento (TR), Trastornos Psicopatológicos (TP), Problemas de Ansiedad (PA), Trastornos Psicómaticos (TS) y Adaptación Social (AS) (Ver tabla 14).

Partes: una.

Tipos de respuesta: los ítems se valoran en una escala de frecuencia “nunca”, “a veces”, “siempre”.

Propiedades psicométricas: la consistencia interna es buena, con un alfa de Cronbach de 0.88.

Ventajas y/o inconvenientes: es un excelente instrumento de cribado para la evaluación de alteraciones psicopatológicas que aparecen en la infancia y adolescencia. Además, es una escala creada y adaptada a la población de nuestro país. La tabla 14 recoge la agrupación de la escala del EPC.

**Tabla 14. Escala de Problemas de Conducta (EPC)**

- |                                     |                                 |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| a) Problemas Escolares (PE)         | e) Problemas de Ansiedad (PA)   |
| b) Conducta Antisocial (CA)         | f) Trastornos Psicómaticos (TS) |
| c) Timidez/Retraimiento (TR)        | g) Adaptación Social (AS)       |
| d) Trastornos Psicopatológicos (TP) |                                 |

#### **6.1.2.5 Escala de autocontrol de Kendall y Wilcox (Self-Control Rating Scale: SCRS)**

Autor: Kendall y Wilcox, 1979.

Características: es un heteroinforme contestado por los padres de niños entre 8 y 12 años.

Objetivos: evalúa la habilidad del niño para inhibir conductas, seguir reglas o controlar reacciones impulsivas.

Contenidos: proporciona un índice global de autocontrol.

Partes: una.

Tipos de respuesta: los ítems se valoran con dos alternativas de respuesta: 0 (está presente el problema) y 1 (no está presente el problema).

Propiedades psicométricas: Kendall y Wilcox (1979) presentaron dos estudios con la escala SCRS. En el primero presentaban datos normativos con una muestra de 110 niños. Los datos indicaban una elevada consistencia interna y una buena fiabilidad test-retest (consistencia interna= 0,98; test-retest= 0,84). Los autores encontraron que el 71.7% de la variancia total de la escala saturaba en un único factor denominado “autocontrol cognitivo-conductual”. En el segundo estudio, los autores compararon un grupo de niños que habían recibido entrenamiento en autocontrol con un grupo control. Los resultados indicaban que los niños, tras el tratamiento, mejoraron su capacidad de autocontrol, en opinión de sus padres.

Ventajas y/o inconvenientes: es una escala ampliamente utilizada en la investigación sobre el TDAH, ya que permite obtener información sobre un componente básico de este trastorno como es la impulsividad (Kendall et al. 1979).

### **6.1.3 Tests y medidas de laboratorio**

En este apartado se recoge una breve descripción de las pruebas aplicadas a los niños, como el test de Ejecución Continua (CPT) y el test de Emparejamiento de Figuras Enmascaradas (MFFT-20).

#### **6.1.3.1 Tests de ejecución continua CPT**

El test de Ejecución Continua CPT es uno de los instrumentos más empleados en la evaluación de la atención sostenida. Fue utilizado por primera vez por Rosvold, Mirsky, Saranson, Bransome y Beck en 1956 para evaluar los problemas de atención en sujetos con crisis epilépticas.

Autor: Conners, 1995.

Edad de aplicación: entre 3 y 16 años.

Objetivos: evalúa los problemas de atención y de diferentes indicadores de impulsividad.

Contenidos: la prueba proporciona las siguientes medidas: el número de respuestas correctas, el número de errores de omisión (no apretar la barra espaciadora o el ratón cuando aparecen las letras excepto la “X”), y el número de errores de comisión (apretar la barra espaciadora o el ratón cuando aparece la letra “X”), el tiempo de reacción, la variabilidad de las respuestas del sujeto a lo largo de toda la tarea, el número de respuestas anticipatorias y el número de respuestas múltiples.

Los errores de omisión suelen interpretarse como reflejo de falta de atención sostenida; y los errores de comisión, como resultado de una pobre control inhibitorio –impulsividad– (Halperin et al., 1988). Hay autores que sugieren que los errores en el CPT reflejan la capacidad de la persona para autorregularse y mantener la motivación durante la ejecución de la prueba, más que problemas de atención propiamente dichos (Barkley, 1997). En la tabla 15 se muestra los índices que

proporciona el CPT.

Tipos de respuesta: en la prueba se presentan a los niños una serie de estímulos (letras del abecedario de la A a la Z). La tarea consiste en pulsar la barra espaciadora del ordenador o el botón izquierdo del ratón, siempre que aparece en la pantalla cualquier letra excepto la "X". En este momento, el niño no debe apretar la barra espaciadora o el botón del ratón o, lo que es lo mismo, debe inhibir la respuesta. La prueba dura 14 minutos. En esta investigación se ha utilizado la versión CPT 3.0.

Propiedades psicométricas: el CPT es una de las medidas de laboratorio más utilizadas para evaluar los problemas de atención e impulsividad. Conners (1995) realizó una versión estandarizada del CPT con 670 pacientes, con diversos grados de falta de atención, y 520 sujetos normales. En la muestra de estandarización se incluye niños de entre 4 y 13 años, adolescentes de entre 14 y 17 años y adultos de entre 18 y 70 años. Esta versión presenta buenas propiedades psicométricas. Las correlaciones test-retest, con dos semanas de intervalo son de entre 0.79 y 0.87 (Loiser, McGrath y Klein, 1996), El test tiene una buena validez discriminante y permite diferenciar entre sujetos normales y clínicos diagnosticados de TDAH (Scwaab-Barneveld, Sonnevile, Cohen-Kettenis, Gielen, Buitellar y Van Engeland, 2000; Börger et al. 2000).

Ventajas y/o inconvenientes: la prueba discrimina entre niños con TDAH y normales; los niños con TDAH suelen cometer más errores de comisión en comparación con el grupo normal (Halperin, Newcorn, Sharma, Healey, Wolf, Pacualvaca y Schwartz, 1990a; Seidel y Joschko, 1991; Barkley et al., 1992; Corkum et al., 1993); entre sujetos con diferentes patologías psiquiátricas y normales (Klorman et al., 1991; Halperin, Wolf, Greenblatt y Young, 1991), aunque estos resultados no siempre han sido confirmados (Werry et al. 1987; Schachar et al. 1988; Van der Meere y Sergeant, 1988a). La prueba también es útil para controlar los efectos del tratamiento con medicación psicoestimulante (Rappoport, DuPaul, Stoner y Jones, 1986; Rappoport, Jones, DuPaul, Kelly, Gardner, Tucker y Shea, 1987).

---

---

**Tabla 15. Continuous Performance Test (CPT)**

---

- a) Aciertos : número de respuestas correctas
  - b) Errores de omisión: medida de pérdida de atención que puede ser causada por bloqueos temporales en responder o por apartar la mirada del ordenador cuando aparece el estímulo
  - c) Errores de comisión: mide la dificultad para inhibir una respuesta motora ante un estímulo inadecuado
  - d) Tiempo de reacción: representa el promedio en la rapidez del niño en dar una respuesta correcta
  - e) Errores estándares: indicador de pérdida de atención a la hora de sostener la rapidez en las respuestas
  - f) Variabilidad: representa un signo de fluctuación atencional y de inconsistencia en la rapidez de respuesta
  - g) Índice general: medida de valoración global de múltiples datos que nos indica si el niño presenta o no dificultades atencionales
-

### 6.1.3.2 Test de Emparejamiento de Figuras Familiares (MFFT)

Autor: por Kagan et al. en 1964.

Edad de aplicación: entre 5 y 12 años.

Objetivos: evaluación del estilo cognitivo Reflexividad–Impulsividad.

Contenidos: proporciona dos índices: el número de errores y la latencia a la primera respuesta. Las respuestas rápidas (latencias bajas) y erróneas se interpretan como un índice de impulsividad y señalan falta de control cognitivo. Se supone que el sujeto es incapaz de demorar la respuesta y de analizar los estímulos detenidamente para buscar la alternativa correcta.

Tipos de respuesta: Al sujeto se le presenta una figura modelo y seis figuras que se parecen mucho; una de las seis figuras es idéntica a la del modelo, mientras que las otras cinco difieren en algún pequeño detalle.

Propiedades psicométricas globales: el test ha sido cuestionado por sus cualidades psicométricas, principalmente por su baja fiabilidad (Ault, Crawford y Jeffrey, 1972; Block, Block y Harrington, 1974; Ault, Mitchell y Hartman, 1976; Block, Gjerde y Block, 1986). Posteriormente, se realizó una versión modificada denominada MFFT-20 (Cairns y Cammock, 1978)<sup>6</sup>. Cairns y Cammock (1978) obtuvieron con esta versión una buena fiabilidad, tanto para errores como para latencias (coeficientes alfa entre 0,69 y 0,78 y entre 0,92 y 0,94, respectivamente).

En un estudio llevado a cabo por Kirchner y Amador (1998) con una muestra de 624 niños de entre 6 y 12 años, los autores obtuvieron alfas de Cronbach que oscilan entre 0,62 y 0,77 para los errores, y entre 0,93 y 0,94 para las latencias; las correlaciones entre las latencias y los errores eran ligeramente más bajas que las obtenidas por Cairns y Cammock (1978). Los autores proporcionan datos normativos y llegan a la conclusión de que mientras que los errores tienden a disminuir con la edad, las latencias aumentan progresivamente hasta los 9 ó 10 años, y posteriormente las latencias parecen estabilizarse e, incluso, disminuir.

---

<sup>6</sup> Esta última versión es la que se ha utilizado en esta investigación.

Ventajas y/o inconvenientes: algunos estudios indican que el MFFT es una prueba adecuada para discriminar niños con o sin TDAH; los niños con TDAH presentarían mayor número de errores y menores latencias en la realización de esta prueba que los sujetos sin este trastorno (Harrison, Kelley, Romanczyk y Raymond, 1991; Sonuga-Barke, Taylor y Hepinstall, 1992; Sonuga-Barke, Houlberg y Hall, 1994a; Weyandt y Willis, 1994), aunque otros estudios no han encontrado diferencias significativas (Campbell, Breaux, Ewing y Szumowski, 1984; Mariani y Barkley, 1997).

## **7. TRATAMIENTO DE LA HIPERACTIVIDAD INFANTIL**

En las últimas décadas, el tratamiento de la hiperactividad infantil se ha venido desarrollando desde dos enfoques terapéuticos distintos: el tratamiento farmacológico y el tratamiento cognitivo-conductual.

Dentro del tratamiento farmacológico, los estimulantes, y el metilfenidato, en particular, constituyen la medicación elegida para la hiperactividad infantil. La medicación psicoestimulante va dirigida a mejorar la capacidad atencional de los niños, a incrementar el tiempo de trabajo que dedican a una tarea concreta y a reducir la hiperactividad motriz.

Los procedimientos conductuales y 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 la otra, a reducir la actividad excesiva, las conductas oposicionistas-desafiantes y las conductas agresivas (Waschbusch et al. 1998; Thiruchelvam, Charach y Schachar, 2002).

Aunque la medicación estimulante sigue siendo hoy en día uno de los tratamientos de elección para la hiperactividad, numerosas investigaciones señalan que, dada la heterogeneidad de síntomas que presentan estos niños, es más adecuado un tratamiento que combine diferentes técnicas y procedimientos (Schweiter et al. 1995). De este modo, la combinación de tratamientos, como el tratamiento farmacológico y el cognitivo-conductual, potenciaría los efectos obtenidos por separado, asegurando el mantenimiento de las ganancias y atenuando los problemas y limitaciones que conllevan la administración de cada uno de ellos por separado (Barkley et al., 1988; Taylor, 1991; Anastopoulos et al., 1996). A continuación realizaremos un breve repaso a las diferentes opciones terapéuticas.

## 7.1 Tratamiento farmacológico con psicoestimulantes

Los psicofármacos han sido ampliamente utilizados en el tratamiento del TDAH. Entre ellos, el grupo de los psicoestimulantes ha sido el más aplicado, el mejor estudiado y el que ha demostrado mayor eficacia en el control de los síntomas centrales del TDAH.

Bradley, Molitch y Eccles, en 1937 fueron los primeros en utilizar los psicoestimulantes con fines terapéuticos para tratar problemas de la conducta infantil. Bradley utilizó la Benzedrina (sulfato de anfetamina) con 45 niños de entre 5 y 14 años de edad, que presentaban diversos trastornos de conducta. La administración de 20 mg de Benzedrina produjo una mejora en la conducta y en la actividad académica en treinta de estos niños; en ocho, la mejora observada fue temporal; en dos casos sólo se produjo una mejora emocional (se mostraban más tranquilos y dóciles), mientras que en cinco niños no se observó ninguna mejora.

Actualmente, los psicoestimulantes son los fármacos más habituales en el tratamiento del TDAH. Entre ellos destacan el metilfenidato, la dextroanfetamina y la pemolina (Anastopoulos et al., 1991; Barkley, 1998). Se calcula que entre medio millón y un millón de niños y adolescentes de Estados Unidos reciben este tipo de medicación, lo que representa entre el 1% y el 2% de la población escolar de ese país (Barkley, 1997; Jensen, 1999; 2000).

Los psicoestimulantes deben su nombre a su capacidad para incrementar el estado de *arousal* o vigilancia del sistema nervioso central. Son conocidos también como agonistas de las catecolaminas (dopamina, norepinefrina y epinefrina). Concretamente, la acción del metilfenidato es justamente la de incrementar la disponibilidad de la dopamina e inhibir su recaptación en el nivel presináptico (Toro, Castro, García y Lázaro, 1998).

En general, el inicio de la acción del metilfenidato se observa entre los 20 minutos y los 60 minutos después de ser ingerido (Murphy y Gordon, 1998), y su vida media

plasmática es de entre 3 y 6 horas (DuPaul y Barkley 1993; Rosenberg, Holtun y Gershon, 1994; Bernan et al., 1999). Su eliminación se produce durante las 24 horas después de su administración. La tabla 16 muestra un resumen del inicio de la acción de los psicoestimulantes.

<b>Tabla 16. Inicio de la acción del grupo de los psicoestimulantes</b>			
<b>Medicación</b>	<b>Inicio de la acción</b>	<b>Vida media</b>	<b>Duración de la acción</b>
Metilfenidato	30-60 minutos	1-2 horas	3-6 horas
Dextroanfetamina	30-60 minutos	6-8 horas	4-5 horas
Pemolina	Efectos variables	8-12 horas	Variable

En nuestro país se prescriben actualmente dos medicamentos del grupo de los psicoestimulantes: metilfenidato (Rubifén ®) y pemolina magnésica (Ramilán ®). En Estados Unidos se utilizan, además, la dextroanfetamina (Dexedrín ®), y recientemente se está trabajando con una combinación de medicamentos estimulantes (Adderall ®). En el tratamiento del TDAH se han utilizado también los antidepresivos y los tranquilizantes, aunque su utilización y su eficacia estén menos documentadas (Bierdeman et al. 1993).

A continuación repasaremos el papel que desempeña la medicación psicoestimulante en la intervención del TDAH, sus efectos beneficiosos a corto y largo plazo y sus efectos secundarios.

### 7.1.1 Efectos beneficiosos a corto y largo plazo

El tratamiento con medicación estimulante a corto plazo es eficaz para mejorar la conducta y el rendimiento de los niños con TDAH. Los estudios realizados sobre la eficacia de los psicoestimulantes apoyan el uso de éstos para mejorar los síntomas principales de dicho trastorno, incrementar la atención y el rendimiento en tareas escolares que requieren concentración y atención sostenida, y disminuir la hiperactividad y la impulsividad (Douglas et al. 1988; DuPaul et al. 1994; Antrop et al. 2000). En general, los sujetos tratados con metilfenidato muestran mejoras significativas en comparación con la fase placebo (Quintana, Birmaher, Stedje, Lennon, Freed, Bridge y Greenhill, 1995). La tabla 17 resume los efectos a corto plazo de la medicación psicoestimulante.

**Tabla 17. Efectos a corto plazo de la medicación psicoestimulante.**  
*Extraído del documento J. A. Amador Campos. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: evaluación y tratamiento (en revisión).*

1. Incrementa la atención, la concentración y el esfuerzo
2. Incrementa la habilidad del niño para controlarse y regular su conducta
3. Incrementa el rendimiento en tareas que requieren atención y concentración
4. Incrementa el tiempo dedicado al trabajo académico, así como mejora la precisión y eficacia en su trabajo
5. Disminuye la hiperactividad y la impulsividad
6. Disminuye la conducta desobediente y la conducta agresiva tanto física como verbal
7. Aumenta el cumplimiento de normas y reglas
8. Mejora sus interacciones sociales
9. Aparecen efectos secundarios

En general, se estima que entre un 80% y un 90% responden positivamente a la medicación (Barkley, Anastopoulos, Guevremont y Fletcher, 1991b; Smith, Pelham,

Gnagy y Yudell, 1998). Una de las mejores investigaciones realizadas sobre la eficacia de los fármacos psicoestimulantes en el tratamiento del TDAH fue la llevada a cabo por Spencer et al. (1996). Revisaron 155 estudios (con una muestra de 5.068 niños y adolescentes, y 160 adultos), y observaron que el 70% de la muestra presentaba mejoras en la conducta, en el procesamiento de la información, en la autoestima y en la dinámica familiar.

Los psicoestimulantes mejoran la atención sostenida, las estrategias de búsqueda de información, y el procesamiento de la información (Anastopoulos, DuPaul, y Barkley, 1991; Smithee et al. 1998), aumentan la eficacia y el tiempo de trabajo en lectura y el rendimiento en problemas de matemáticas (Fischer, Barkley, Fletcher y Smallish, 1993; Muster et al. 1997), favorecen la actividad cognitiva en la tarea principal cuando se presentan dos o más tareas simultáneamente (Conners, 1989) y aumentan el control de la impulsividad cognitiva (Dagenbach y Carr, 1994). A pesar de ello, la mayoría de los niños tratados con psicoestimulantes requieren intervenciones académicas específicas (Trommer et al. 1991; Biederman, Wilens y Mick, 1995b; Carter et al. 1997), ya que muchos presentan problemas de aprendizaje asociados (Anastopoulos et al., 1991).

Fischer, Newby y Gordon (1995), en un estudio realizado con 161 niños diagnosticados como hiperactivos y tratados con psicoestimulantes, indican una mejora en el rendimiento académico y en la solución de problemas matemáticos, en comparación con el grupo de placebo. O'Toole et al. (1997) también informaron de mejoras en el aprendizaje y rendimiento académico en 23 niños tratados con psicoestimulantes. Por el contrario, Rapport, Denney, DuPaul y Gardner (1994) no encontraron mejoras en el rendimiento académico en un estudio llevado a cabo con 76 niños con TDAH; Tannock et al. (1995a) tampoco informaron de mejoras en el aprendizaje en 40 niños con TDAH.

Diversos autores han planteado la posibilidad de que diferentes dosis de metilfenidato produzcan mejoras en algún aspecto de la sintomatología del TDAH en detrimento de otras. En este sentido, Safer, en 2000 concluyeron que las dosis necesarias para obtener mejorías en la atención y el rendimiento académicos eran menores que las necesarias

para mejorar la conducta, y que al aumentar la dosis empeoraba el aspecto cognitivo y mejoraba la conducta, lo que le llevó a sugerir que algunos niños podrían disminuir su flexibilidad cognitiva cuando estaban bajo los efectos del metilfenidato (O'Leary, 1980; Denckla, 1989). Sin embargo, otros trabajos han informado de lo contrario (Rapport et al. 1994; Tannock et al, 1995b; Douglas et al. 1995).

La tabla 18 presenta un resumen de algunos estudios acerca de los efectos del metilfenidato sobre la cognición en niños con TDAH.

**Tabla 18. Resumen de algunos estudios acerca de los efectos del metilfenidato sobre la cognición en niños con TDAH**

<b>Autores</b>	<b>Muestra</b>	<b>Técnica</b>	<b>Resultados</b>
Hinshaw et al. (1989)	25 niños con TDAH 15 con, además, problemas de conducta y 103 con, además, problemas de aprendizaje (entre 6 y 12 años)	Tratamiento farmacológico (metilfenidato 0.3, 0.6 mg/kg, placebo)	La medicación disminuye la agresividad, aunque no mejora la conducta prosocial
Fischer et al. (1995)	161 niños con TDAH (entre 2 y 17 años)	Tratamiento farmacológico (metilfenidato 0.2 y 0.4 mg/kg, placebo)	Comparando con la fase placebo, los niños con TDAH medicados mejoran en su rendimiento académico en la resolución de problemas matemáticos
Anastopoulos et al. (1991)	Niños con TDAH	Tratamiento farmacológico	La medicación mejora a corto plazo, el autocontrol y la ejecución académica
Keith et al. (1991)	20 chicos con TDAH (entre 7 y 13 años)	Tratamiento farmacológico (metilfenidato 0.3 mg/kg)	La medicación mejora la atención sostenida de los niños con TDAH
Anastopoulos et al. (1991)	Niños con TDAH	Tratamiento farmacológico	La medicación mejora la conducta interpersonal a corto plazo

Continuación...			
Hinshaw et al. (1992b)	22 niños con TDAH y problemas de conducta (entre 6 y 12 años)	Tratamiento farmacológico (17 con metilfenidato (0.3 mg/kg), 3 dextroanfetamina y 2 pemoline)	Los niños con TDAH disminuyen el comportamiento antisocial encubierto y la destrucción de la propiedad. Los autores apoyan el uso de medicación psicoestimulante en el tratamiento del TDAH
Pelham et al. (1992a)	38 niños con TDAH y problemas de conducta (entre 7 y 13 años)	Tratamiento farmacológico (metilfenidato placebo, 0.3 mg/kg y 0.6 mg/kg)	Comparado con la fase de placebo, los niños bajo efecto de la medicación mejoran su esfuerzo y habilidad en el procesamiento de la información (0.6 mg>0.3mg)
Rapport et al. (1994)	76 niños con TDAH (entre 4 y 6 años)	Tratamiento farmacológico (metilfenidato 5 mg, 10 mg, 15 mg y 20 mg, placebo)	Para la mayoría de los niños con TDAH, el metilfenidato mejora la atención sostenida, aunque no se demuestra mejora en el funcionamiento académico
Monteiro et al. (1997)	31 niños con TDAH (entre 4 y 6 años)	Tratamiento farmacológico (metilfenidato placebo, 0.3 mg/kg y 0.5 mg/kg)	Los resultados confirman otras investigaciones en las que se demuestran la eficacia de la medicación psicoestimulante. A más dosis mejora la productividad y el tiempo en la tarea. No hay ningún efecto sobre la obediencia

En general, el metilfenidato produce mejoras en las relaciones interpersonales de niños con TDAH (DuPaul et al. 1993b; Eilkinson et al. 1995; Fejerman, 1997), mejora las relaciones con sus iguales y con los adultos (Biederman, Faraone y Mick, 1995a) y normaliza la conducta en clase. En niños con TDAH, que además presentan conductas agresivas, el metilfenidato produce una respuesta inicialmente más notoria que en niños sin agresividad, pues disminuye la agresividad tanto física como verbal (Thurber et al., 1983; Bussing et al., 1998).

Numerosos estudios indican que el 77% de los niños tratados con psicoestimulantes mejoran su relación con los compañeros (DuPaul y Barkley, 1992a; Gaub et al. 1997). Taylor, Schachar y Thorley (1987) informaron de mejoras en la conducta agresiva y la

sobreactividad de los niños hiperactivos, mejora que se observa en una disminución de la actividad, la conducta agresiva, impulsiva y desafiante en casa y en la escuela (Hinshaw, Heller y McHale, 1992; Matier et al. 1992; Manos et al. 1999).

Asimismo, se ha observado que al incrementar la dosis mejora la interacción entre iguales y la obediencia. Pelham, Murphy, Vannatta, Milich, Lichy, Gnagy, Greenslade, Greine y Vodde-Hamilton (1992c) diseñaron una investigación para determinar los efectos sobre la conducta de la medicación psicoestimulante en una muestra de 38 niños con TDAH y problemas de conducta. Sus resultados señalaron que estos niños mejoraban su interacción con los iguales y disminuían las interacciones agresivas con sus compañeros. Por otro lado, Ajibola et al. (1995) informaron de mejoras en impulsividad e hiperactividad en niños tratados con psicoestimulantes, al disminuir las interacciones negativas con sus compañeros y aumentar el cumplimiento de las tareas. También se ha informado de que el metilfenidato mejora la relación entre madre-hijo, ya que disminuye los síntomas propios del TDAH, aumenta el cumplimiento de las órdenes por parte de los niños y, en consecuencia, disminuye la actitud controladora por parte de las madres (Greenfield, Hechtman y Weiss, 1988; Ghurman, 2000).

En síntesis, aunque parece haber consenso entre los estudios en afirmar que la medicación psicoestimulante disminuye la agresividad tanto física como verbal de los niños tratados, parece que esta mejora es más notoria cuando los niños tratados presentan TDAH y problemas de conducta (Tannock et al., 1998).

A largo plazo, los efectos beneficiosos sobre la conducta y el aprendizaje no se mantienen. Las mejoras en la interacción y la relación social tampoco se mantienen, en especial si el TDAH se acompaña de trastorno negativista-desafiante y/o trastorno de conducta (Master, 1997; Krusch et al. 1997). Tampoco se aprecian mejoras significativas en las habilidades académicas, sobre todo si el TDAH se acompaña de un trastorno de aprendizaje. Particularmente, en aquellos niños que viven en ambientes familiares desestructurados o en medios socio-económicos desfavorecidos, el tratamiento sólo con psicoestimulantes produce poco o ningún efecto beneficioso a

largo plazo (Swanson et al., 1995; Safer, 2000). La tabla 19 presenta un resumen de los principales efectos a largo plazo de la medicación psicoestimulante.

**Tabla 19. Efectos a largo plazo de la medicación psicoestimulante.**  
*Extraído del documento J. A. Amador Campos. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: evaluación y tratamiento (en revisión).*

1. No se aprecian mejoras significativas en las habilidades académicas básicas (como la lectura y el cálculo matemático, etc.)
2. No se evidencia mejora en el rendimiento académico
3. No se mantiene la mejora en la conducta oposicionista y desafiante del niño
4. Los efectos fisiológicos adversos tienden a desaparecer
5. Aparecen atribuciones y cogniciones negativas

En un estudio longitudinal de 106 niños con TDAH, Hart, Lahey, Loeber, Applegate y Frick (1995) no hallaron ninguna relación entre el tratamiento con psicoestimulantes y la disminución de los síntomas de hiperactividad y de impulsividad cuatro años más tarde. De igual modo, Biederman, Faraone, Milberger, Curtis, Bhen, Marrs, Oullette, Moore y Spencer (1996a), en un estudio longitudinal de 126 niños con TDAH entre 6 y 17 años de edad, constataron que sólo en el 15% de los casos había remitido la patología cuatro años más tarde.

Pelham, Grenslade y Vodde-Hamilton (1990), en un estudio con 38 niños con TDAH tratados con psicoestimulantes, encontraron que el 21,4% no presentaba una respuesta positiva a la medicación. En otro estudio realizado por los mismos autores un año más tarde se concluyó que el 42,1% no respondía a la medicación.

En general, se calcula que entre un 20% y un 30% de los niños con TDAH tratados con psicoestimulantes no responden positivamente a la medicación, y que en los que sí lo hacen, las mejoras observadas no se mantienen a largo plazo (Nolan et al. 1997).

### **7.1.2 Efectos secundarios a corto y largo plazo**

Los efectos adversos de la medicación psicoestimulante son, por lo general, poco importantes y transitorios. Los más frecuentes, de aparición a corto plazo y que suelen desaparecer a las semanas de tratamiento, incluyen: insomnio, disminución del apetito, pérdida de peso, irritabilidad, ansiedad, llanto fácil y dolor abdominal (Vitiello et al. 2001). Se han descrito, en algunos casos, náuseas, pesadillas y mareos (Hibbs, 1995). En el caso de que estos síntomas persistan más allá de dos o tres semanas, se pueden controlar disminuyendo la dosis y, en los casos más severos, interrumpiendo la medicación. En una revisión llevada a cabo por Barkley en 1988 sobre 29 estudios en los que se referían los efectos secundarios de los psicoestimulantes, dichos estudios mencionaban como efectos secundarios más frecuentes: pérdida de apetito e insomnio (entre un 79% y un 90% de los casos), irritabilidad (45%), quejas somáticas (dolor abdominal) (40%), dolor de cabeza o cefaleas (34%) y tristeza en un 14% de los casos estudiados.

Schachar, Tannock, Cunningham y Corkum (1997) aplicaron un tratamiento con psicoestimulantes a 19 niños con TDAH e informaron como efectos secundarios observables: el incremento de los síntomas emocionales (llanto, tristeza, baja autoestima, etc), los físicos (aumento de la presión arterial, dolor de cabeza, etc), y pérdida de apetito con la consiguiente pérdida de peso. Otros efectos secundarios de la medicación psicoestimulante son el aumento de la tensión arterial diastólica y el aumento de la frecuencia cardíaca. Estas alteraciones son observables, pero clínicamente poco significativas (Matohick, Liebenauer, King, Szymanski, Cohen y Zametkin 1994; Urman, Ickowicz, Fulford y Tannock, 1995).

La exacerbación de los tics motores es otro de los efectos adversos de la medicación. Se calcula que entre un 1% y un 13% de los niños con TDAH pueden desarrollar tics motores al ser tratados con psicoestimulantes (DuPaul et al. 1992b). Castellanos, Giebb, Elia, Marsh, Roitchie, Hamburger y Rapoport (1997) diseñaron un estudio para evaluar

los efectos adversos de la medicación psicoestimulante en niños con TDAH y síndrome de la Tourette. Los autores informaron de un empeoramiento sustancial de los tics verbales y motores de los niños.

En algunos casos se ha informado de un efecto “rebote” producido por la medicación (Sonneville et al. 1991; Nicolson et al. 1998). Este efecto produce un deterioro de la conducta del niño y se presenta principalmente por la tarde y/o la noche, al disiparse los efectos de la dosis de la medicación ingerida.

El efecto secundario más frecuente a largo plazo es el retraso en el aumento del peso y la estatura. Estos efectos tienden a desaparecer, como así lo confirma el estudio de seguimiento de entre 10 y 12 años, llevado a cabo por Weiss, Hechtman y Milroy (1985). De todas formas, el uso de la medicación psicoestimulante como parte de un tratamiento a largo plazo requiere la supervisión de todos estos aspectos (Wilkinson et al. 1995; Rapport et al. 1997; Ghuman, et al. 2001). En la tabla 20 se presenta un cuadro-resumen de algunos estudios que evalúan los efectos secundarios del uso de psicoestimulantes en el tratamiento de niños con TDAH.

**Tabla 20. Resumen de algunos estudios sobre los efectos secundarios del uso de psicoestimulantes en el tratamiento de niños con TDAH**

Autor	Muestra	Tratamientos	Resultados
Anastopoulos et al. (1991)	Niños con TDAH	Tratamiento con metilfenidato	Entre los efectos secundarios se encuentran: insomnio, síntomas somáticos, inhibición del crecimiento, incremento de los latidos del corazón, disminución del apetito
Matochik et al. (1994)	37 sujetos adultos con TDAH	Tratamiento con metilfenidato	La medicación estimulante no modifica el metabolismo, aunque sí la presión sanguínea sistólica
Quintana et al. (1995)	10 niños con TDAH	Tratamiento con metilfenidato	No se encontraron efectos adversos con la medicación
Schachar et al. (1997)	19 niños con TDAH con problemas de conducta (entre 6 y 12 años)	Tratamiento con metilfenidato (metilfenidato placebo, 0.7 mg/kg)	Los efectos adversos que se observaron fueron: incremento de síntomas emocionales y físicos, pérdida de peso
Castellanos et al. (1997)	12 niños con TDAH y síndrome de Tourette (entre 6 y 13 años)	Tratamiento con metilfenidato	Altas dosis de metilfenidato y dextroanfetamina producen un incremento significativo de la severidad de los tics. Una minoría sustancial empeora los tics con la medicación, aunque mejoran los síntomas de TDAH
Smith et al. (1998)	16 niños con TDAH (entre 8 y 15 años)	Tratamiento con metilfenidato	La medicación psicoestimulante fue igualmente eficaz para niños y para adolescentes. Los adolescentes con TDAH fueron quienes mostraron más efectos adversos con la medicación

## **7.2 Otras sustancias utilizadas en el tratamiento farmacológico del TDAH**

En ciertos casos, el tratamiento con psicoestimulantes no es apropiado, por ejemplo, cuando el TDAH se acompaña del trastorno de la Tourette, de epilepsia, de ansiedad elevada, de depresión, etc.

*Antidepresivos tricíclicos:* la desipramina y la imipramina son los fármacos más utilizados. Este tipo de medicación puede ser una alternativa válida para aquellos niños en los que el TDAH se acompaña de depresión, ansiedad elevada, tics, etc. Se ha comprobado que los antidepresivos tricíclicos mejoran el humor, la atención y disminuyen la hiperactividad y la agresividad (Biederman et al. 1989). Dada la comprobada acción terapéutica de los estimulantes, la investigación de los efectos de los antidepresivos en la hiperactividad se ha basado en estudios comparativos controlados (Barrickman, Perry, Allen, Kuperman, Arndt, Herrmann y Schumacher, 1995; Pliszka et al. 2000). Uno de los estudios más completos y más rigurosos con desipramina fue el realizado por Biederman, Faraone, Doyle, Lehman, Kraus, Perrin, y Tsuang, 1993b. Estos autores constataron que las mejoras obtenidas con desipramina fueron significativamente superiores a las conseguidas con placebo. La respuesta terapéutica a la desipramina se iniciaba transcurridas 3-4 semanas tras el inicio de la medicación, sin estar exenta de efectos secundarios (Riggs et al. 1998). Entre los efectos secundarios descritos para este tipo de medicación se encuentran: la sequedad de boca, el aumento de la presión y tasa cardíaca.

*Inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAOs):* los riesgos que implica el uso de los IMAO han ido relegando este género de fármacos a una especie de último recurso dentro del repertorio terapéutico de los antidepresivos (Toro et al. 1998). Los IMAO más utilizados actualmente son la fenelcina, un derivado de la hidracina, y la tranilcipromina, un derivado de la anfetamina. Pese a los riesgos inherentes a la utilización de los IMAO, algunos estudios han demostrado su eficacia en el tratamiento del TDAH (Zametkin et al. 1993). El mayor inconveniente que presenta

este tipo de fármacos es el aumento de la presión sanguínea y las restricciones alimentarias a las que está sujeto el niño bajo tratamiento.

*Antipsicóticos:* los agentes antipsicóticos, también denominados *neurolépticos*, son una serie de compuestos que han demostrado su utilidad básicamente en el control de la agitación psicomotriz y la agresividad (Silva et al. 1996). Este tipo de fármacos son mucho menos eficaces que los psicoestimulantes o los antidepresivos tricíclicos, pero pueden ser útiles en el caso de niños con TDAH que presenten retraso mental leve o moderado (Toro et al. 1998). Desde los primeros trabajos en que se utilizó clorpromacina en el tratamiento de niños con TDAH se ha observado que este fármaco es eficaz en la reducción de síntomas, sobre todo en la hiperactividad motora, pero sus efectos terapéuticos generales no son superiores a los estimulantes (Werry, 1968, Weiss et al, 1985).

*Clonidina:* la clonidina se utiliza, sobre todo, como agente hipotensor. Su principal efecto psicoactivo es la sedación. La principal indicación en psiquiatría infantil es el tratamiento de Gilles de la Tourette, aunque también se ha empleado en el TDAH. Este fármaco parece eficaz para disminuir los niveles de hiperactividad motora, aunque es menos efectivo en la mejoría de la atención (Ialongo, 1994). Al igual que otros fármacos, cuenta con pocos estudios controlados; y en los ensayos realizados, el número de participantes es pequeño.

### **7.3 Modificación de conducta**

La modificación de conducta tiene como objetivo promover el cambio de comportamiento de las personas a través de técnicas de intervención psicológica, de forma que desarrollen sus potencialidades, optimicen las oportunidades disponibles en su ambiente, y adopten actitudes, valoraciones y conductas útiles para adaptarse a su medio (Cohen, 1995; Gavino, 1997).

Se parte de la base de que la mayor parte de la conducta es aprendida y de que los principios descritos por las teorías del aprendizaje pueden utilizarse en la práctica clínica. Los terapeutas no se centran en conflictos subyacentes sino en la conducta observable; para ello se desarrollan técnicas específicas de evaluación y tratamiento para detectar y modificar las contingencias que mantienen la conducta inadaptada en el presente.

#### **7.3.1 Intervenciones conductuales en el tratamiento del TDAH**

La modificación de conducta infantil ha venido marcada, según Kazdin et al. (1992), por la utilización de métodos empíricos en el estudio de la conducta infantil, por el desarrollo de la psicología del aprendizaje, la reflexología en Rusia, la aplicación del conductismo, así como los avances en los ámbitos de la psicología experimental, animal y comparada.

Desde los años sesenta ha aumentado el interés por la aplicación y estudio de las técnicas de modificación de conducta en el ámbito infantil, y, concretamente, por el tratamiento de la hiperactividad infantil (Baer et al., 1991; Orjales et al. 1997b).

El tratamiento de la hiperactividad, desde esta perspectiva, ha estado muy influido por el énfasis otorgado en cada momento a la conceptualización de los síntomas que configuran el trastorno. En la década de los sesenta, la hiperactividad era concebida como un problema eminentemente conductual, caracterizado por un exceso de actividad

motriz (Sandberg, 1996). Las primeras intervenciones conductuales diseñadas para tratar la hiperactividad infantil, bajo la premisa de que el nivel excesivo de actividad manifestada por el niño era el principal problema, fueron la administración de refuerzo positivo y el coste de respuesta (Martin y Pear, 1998). El procedimiento básico para reducir las conductas problemáticas (estar siempre en movimiento, no poder permanecer sentado, correr de un lado para otro, etc.) consistía en ignorar dichas conductas y reforzar sistemáticamente aquellas otras deseables etc. incompatibles con la conducta problema y que permitiesen al niño seguir un ritmo normal en el aula (Swanson et al., 1991b). Por tanto, el objetivo de la intervención consistía en disminuir los comportamientos excesivos inadecuados (exceso conductual) y fortalecer respuestas incompatibles con el movimiento excesivo (déficit conductual) (Moreno, 1995; Miranda y Jarque, 1999).

Uno de los primeros estudios en la utilización de técnicas operantes fue el presentado por Patterson (1979). En este estudio de caso único se aplicó el refuerzo diferencial para reducir la conducta motriz del niño. Los autores informaron de una disminución de la tasa de actividad y una disminución de la conducta de “no prestar atención”. Dubet et al. (1983), que ya habían trabajado anteriormente con niños con hiperactividad y con retraso mental de edades comprendidas entre los 8 y los 13 años, comprobaron que la aplicación de técnicas operantes (coste de respuesta y refuerzo diferencial) disminuía la actividad motriz de estos niños.

Durante esta época tuvieron gran acogida dos estrategias de intervención conductuales dirigidas a controlar las variables ambientales del entorno de estos niños; la *teoría de la reducción de estímulos* de Zentall (1975, citado por Orjales, 1992), y el *programa extra de educación física* de Krauch (1971). Ambas estrategias gozaron de gran popularidad durante los años 70, a pesar de la carencia de datos empíricos que las apoyasen (Wunderlich, 1973, citado por Orjales, 1992).

La primera estrategia, basada en la *teoría de la reducción de estímulos* de Zentall (1975, citado por Orjales, 1992), suponía que el niño hiperactivo estaba sometido a una

sobreestimulación ambiental y era incapaz de controlar los estímulos que provenían del exterior, lo que le provocaba una respuesta excesiva y desorganizada. Bajo esta premisa, la estrategia de intervención utilizada consistía en colocar a los niños en cubículos sin apenas estímulos, o rodearlos de un ambiente lo menos atractivo y estimulante posible. El objetivo era ayudar al niño a controlar su propia conducta restringiéndole al máximo los estímulos que podían sobreestimularlo.

La segunda estrategia, basada en el *programa extra de educación física* de Krauch (1971), consideraba que el niño hiperactivo tenía una sobrecarga de energía que debía liberar, ya que de lo contrario le impedía estar quieto y concentrarse en una actividad determinada. En este sentido, Krauch (1971) diseñó lo que él denominó “clase dirigida” en la que la jornada escolar se dividía en intervalos de 15 a 20 minutos, con actividades diferentes en cada momento, combinando un sistema de recompensas de puntos para reforzar la conducta del niño hiperactivo por finalizar la tarea asignada. Durante el día también se programaban periodos de tiempo para practicar deporte o alguna actividad física con el objetivo de que el niño hiperactivo pudiese liberar parte de su excesiva actividad.

Otra de las estrategias basadas en los principios de modificación de conducta es el entrenamiento a padres (Dubey et al. 1983; Donney et al. 1989). Este tipo de intervención persigue el objetivo de disminuir las conductas desajustadas de los niños con TDAH utilizando a los padres como coterapeutas. El terapeuta enseña a los padres un conjunto de técnicas destinadas a fomentar la aparición de unas conductas y eliminar otras.

La intervención a través de los padres ha demostrado ser eficaz para disminuir conductas inapropiadas como la hiperactividad o la impulsividad, el incumplimiento de normas, las conductas agresivas, y aumentar las conductas de trabajo y atención a las tareas escolares (Cohen et al. 1986; Dowdney et al. 1997). En este sentido, Stein et al. (1994) diseñó una investigación para comprobar la eficacia de este tipo de intervenciones con padres de niños con TDAH y problemas de conducta. Los resultados

demonstraron que tanto los problemas de conducta como la inquietud motriz de estos niños disminuían con la aplicación del programa, aunque las mejoras fueron más notorias en el grupo de niños con TDAH sin problemas asociados.

Erhardt y Baker (1990) aplicaron un programa de entrenamiento conductual a padres de dos niños con TDAH. Los autores apoyaron el uso de la modificación de conducta aplicada a padres para mejorar la conducta de los niños con TDAH. Idénticos resultados obtuvieron Baber et al. (1996) con una muestra de 10 niños con TDAH. Estos autores aplicaron un entrenamiento en principios de modificación de conducta a los padres y observaron que la frecuencia de la desobediencia de los hijos disminuía.

Todos estos programas combinaban la aplicación de refuerzo contingente y el coste de respuesta que el terapeuta enseñaba a los padres. A lo largo de las sesiones –por lo general, entre unas diez o doce– los padres aprendían a identificar la aparición de conductas apropiadas y desajustadas en su hijo, reforzando la aparición de conductas apropiadas e ignorando o castigando la aparición de conductas inapropiadas.

En general, los estudios que han utilizado técnicas operantes en el tratamiento de la hiperactividad infantil han demostrado que estas técnicas son eficaces, aunque no suficientes, para controlar todos los síntomas del TDAH (DuPaul et al. 1992c). Diversos autores sugirieron que los beneficios de este tipo de tratamiento podrían sumarse a los obtenidos a los tratamientos farmacológicos (DuPaul et al., 1992b). La tabla 21 presenta un resumen de los resultados de algunos estudios de intervenciones conductuales en el tratamiento de niños con TDAH.

**Tabla 21. Resumen de los resultados de algunos estudios de intervenciones conductuales en el tratamiento de niños con TDAH**

<b>Autores</b>	<b>Muestra</b>	<b>Dirigido</b>	<b>Resultados</b>
Osnes et al. (1987)	1 niño con TDAH y problemas de conducta de 4 años	Niño	Los resultados sugieren que el refuerzo positivo contingente a la buena conducta no es suficiente para producir mejoras en la conducta
Paniagua et al. (1990a)	10 niños con TDAH y problemas de aprendizaje y conducta (entre 6 y 9 años)	Niño	Se apoya el uso de tratamiento conductual en la intervención con niños con TDAH, aunque no con niños con TDAH y problemas de conducta en los que el tratamiento no fue suficiente para controlar sus problemas de conducta
Paniagua et al. (1990b)	8 niños con TDAH (entre 6 y 10 años)	Niño	Los autores apoyan el uso de tratamiento conductual para disminuir la conducta problemática en clase
Hoza et al. (1992)	2 niños con TDAH y problemas de conducta de 10 años	Niño	Los resultados obtenidos en el tratamiento conductual fueron similares a los resultados obtenidos con bajas dosis de metilfenidato (0.3 mg). Los autores apoyan la aplicación de ambos tipos de tratamiento
Abranowitz et al. (1992)	3 niños con TDAH y problemas de aprendizaje de 10 años	Niño	Las reprimendas reducen más la conducta fuera de la tarea y mejoran la productividad académica más que el refuerzo social
DuPaul et al. (1992b)	2 niños con TDAH y problemas de conducta de 6 años	Niño	Los autores sostienen que el éxito de los procedimientos de coste de respuesta y refuerzo social son útiles para mejorar la conducta en clase de los niños con TDAH. Además, sus efectos se pueden sumar a los obtenidos con la medicación
Rapport (1995)	8 niños con TDAH (entre 8 y 10 años)	Niño	Los autores sugieren que la combinación de tratamiento farmacológico y conductual es mejor que los resultados obtenidos por separado
García (1987)	1 niño con TDAH de 7 años	Padres y Niño	Los resultados indican que el entrenamiento a padres y niños logró reducir significativamente cinco conductas altamente desadaptadas
Pitersman et al. (1989)	46 niños con TDAH (entre 3 y 6 años)	Padres	Los resultados apoyan la idea de la importancia del entrenamiento a padres para mejorar la conducta de los hijos
Erhardt et al. (1990)	2 niños con TDAH (entre 5 y 6 años)	Padres	Los resultados indican que el entrenamiento en modificación de conducta en padres mejora la conducta de sus hijos

En síntesis, los estudios que han aplicado estrategias conductuales en el tratamiento del TDAH han demostrado que los niveles de actividad pueden controlarse mediante la manipulación de variables ambientales y por medio del refuerzo diferencial de conductas incompatibles. Sin embargo, las técnicas de refuerzo diferencial, coste de respuesta y refuerzo positivo dirigidas a reducir la actividad de los niños con hiperactividad (como por ejemplo, estarse quieto, permanecer sentado, no levantarse del asiento, etc.), no dan lugar a cambios significativos en el rendimiento académico de los niños tratados, ni mejoras en su déficit de atención. Las ganancias producidas tampoco se mantienen una vez finalizada la intervención. En general, se ha comprobado que las técnicas operantes son eficaces pero no suficientes para controlar la gran heterogeneidad de síntomas del TDAH.

### 7.3.2 Intervenciones cognitivas en el tratamiento del TDAH

Las primeras aplicaciones de las técnicas cognitivas en el tratamiento de problemas específicos de niños y adolescentes se encuentran en autores como Bandura (1977), Meichenbaum (1969) y Spivack y Shure (1974, citado por Wicks-Nelson y Israel, 1998).

Bandura (1969) se centró en el estudio de la influencia de la observación de modelos agresivos y/o cooperativos sobre el comportamiento de los niños, y en el efecto terapéutico del modelado sobre las fobias a los animales y el retraining social. Meichenbaum (1969, 1975) y Meichenbaum y Goodman (1971) estudiaron la aplicación del entrenamiento en autoinstrucciones en la modificación de conducta con niños que presentaban conductas agresivas, hiperactivas e impulsivas. Spivack y Shure (1974, citado por Wicks-Nelson y Israel, 1998) estudiaron la aplicación del entrenamiento en habilidades cognitivas de resolución de problemas interpersonales con niños desde preescolar hasta adolescentes (ver tabla 22).

**Tabla 22. Los inicios de la intervención cognitiva en el tratamiento de los problemas infantiles.**

<b>Autores</b>	<b>Sujetos</b>	<b>Problema</b>	<b>Técnicas</b>
Bandura (1977)	Niños pequeños	Miedos, conducta cooperativa, agresividad	Modelado
Spivack y Shure (1974)	Niños pequeños	Déficit en habilidades de relación interpersonal	Entrenamiento en habilidades cognitivas de resolución de problemas interpersonales
Meichenbaum (1975)	Niños y adolescentes	Agresividad, impulsividad, hiperactividad	Entrenamiento en auto-instrucciones

Concretamente, en el tratamiento de la hiperactividad infantil dos hechos marcaron este periodo: por una parte, el cambio en la conceptualización del trastorno, pues se consideraba que el principal problema del niño hiperactivo era una deficiencia en su habilidad para mantener la atención más que un problema de sobreactividad (Douglas et al., 1979); y, por otra parte, el desarrollo de las técnicas cognitivas basadas en los trabajos de Vygotsky (1978) y de Luria (1961, citado por Polaino-Lorente et al. 1997) sobre la importancia de las verbalizaciones en la regulación de los actos motores en niños pequeños.

Vygotsky (1978) señaló la importancia del lenguaje interiorizado para desarrollar el control de la conducta y, especialmente, para inhibir los actos motores. En los niños hiperactivos, la internalización del lenguaje tiene una enorme trascendencia en el proceso de realización de tareas, ya que les facilita la organización de su propia actividad, y la reducción de las conductas que interfieren en la realización de una determinada tarea.

El trabajo de Luria supuso una verdadera revolución en la psicología cognitiva. En un artículo publicado en 1961, Luria expuso las funciones que los procesos lingüísticos desempeñan en el control de la conducta humana, así como la consideración de la automatización progresiva del habla en el niño, lo que él denominó “segundo sistema de señales”. Según este autor, el lenguaje permite al niño regular su conducta, y sugieren tres etapas de desarrollo diferenciadas:

1. Entre los 2 y 3 años, las palabras que los adultos dirigen al niño actúan como estímulos condicionados y sirven de control externo para iniciar o detener una acción.
2. Entre los 4 y 5 años, el niño desarrolla el habla autodirigida, dentro de un sistema analítico de conexiones significativas, que le permite controlar o inhibir su propia conducta.

3. Entre los 6 y 7 años, el lenguaje dirigido a sí mismo se convierte en silencioso, privado, y asume el papel de autogobierno.

Años más tarde, Kagan et al., (1964), en sus trabajos sobre reflexividad-impulsividad, puso de manifiesto que los niños impulsivos se caracterizan porque actúan antes de pensar, a diferencia de los niños reflexivos de la misma edad y habilidades verbales. Esta característica hacía que los niños impulsivos cometiesen más errores en tareas de ejecución continua, más errores en la lectura, y resolviesen de manera incorrecta los problemas de razonamiento inductivo y discriminación de estímulos visuales, en comparación con los niños reflexivos.

Meichenbaum et al. (1969, 1975), basándose en los estudios sobre el lenguaje interiorizado de Vygostky, las autoinstrucciones de Luria y los trabajos de Kagan sobre la reflexividad-impulsividad, elaboraron un programa de entrenamiento en autoinstrucciones para desarrollar el autohabla, a fin de dirigir el curso del pensamiento o de la acción en niños con hiperactividad. En 1981, Meichenbaum y Goodman diseñaron un estudio para examinar los efectos del entrenamiento autoinstruccional y el modelamiento en un grupo de 15 niños impulsivos. Los resultados indicaron que el modelamiento cognitivo, más que las autoinstrucciones, era el método más eficaz para cambiar el tiempo de decisión y para reducir los errores cometidos en la ejecución de la tarea de los niños impulsivos. En la tabla 23 se presenta un resumen del entrenamiento en autoinstrucciones aplicado a niños con TDAH.

**Tabla 23. El entrenamiento en autoinstrucciones consta de cinco fases:**

1. Modelado cognitivo: el terapeuta, como modelo, realiza la tarea dándose instrucciones a sí mismo en voz alta para resolver un determinado problema
2. Guía externa: el niño desarrolla la misma tarea siguiendo las instrucciones dadas por el terapeuta
3. Autoguía manifiesta: el niño efectúa la tarea dándose instrucciones en voz alta
4. Autoguía manifiesta atenuada: el niño ejecuta el trabajo susurrando las autoinstrucciones
5. Autoinstrucción encubierta: el niño utiliza el lenguaje interno para guiar su propia conducta

Estos primeros estudios provocaron una amplia corriente investigadora encaminada a estudiar la utilización de las autoinstrucciones como agentes modificadores de la conducta del niño. Bajo esta nuevo enfoque se promovieron tratamientos cuyo objetivo consistía principalmente en la creación de estilos más reflexivos en programas de entrenamiento dirigidos a la solución de problemas y mejora del autocontrol del niño hiperactivo (Silverman et al. 1992; Rebelo, 1998). La aplicación de autoinstrucciones demostró ser eficaz en niños de entre 6 y 12 años (Meichenbaum y Goddman 1971; 1981; Denney 1976; Kendall y Wilcox, 1980). Las mejoras observadas en la aplicación de autoinstrucciones y modelamiento contemplan el incremento de la capacidad atencional de los niños, y el incremento de la conducta dirigida a la tarea durante la fase de tratamiento (Walker et al., 1992; Woltersdorf, 1992; Edwards et al., 1995).

En la tabla 24 se presenta un resumen de los resultados de algunos estudios sobre intervenciones cognitivas en el tratamiento de niños con TDAH.

<b>Tabla 24. Resumen de los resultados de algunos estudios sobre intervención cognitiva en el tratamiento de niños con TDAH</b>			
<b>Autores</b>	<b>Muestra</b>	<b>Dirigido</b>	<b>Resultados</b>
Meichenbaum y Goodman (1981)	1º estudio: 15 niños impulsivos (entre 7 y 9 años)	Niño	Los resultados del estudio indican que el programa de autodirección cognitiva es eficaz para modificar la conducta impulsiva de los niños
Meichenbaum y Goodman (1981)	2º estudio: 15 niños impulsivos (entre 7 y 9 años)	Niño	Se examinan los efectos del entrenamiento autoinstruccional y del modelado. Se concluyó que el modelado cognitivo, más la autoinstrucción, es el método más eficaz para cambiar el tiempo de la decisión y para reducir los errores, según las medidas de comprobación adoptadas
Fraser et al. (1992)	1 niño con TDAH de 8 años	Niño	La utilización de automodelamiento no tuvo éxito en la mejora de la conducta: sí lo tuvo el refuerzo contingente a la buena conducta
Walker et al. (1992)	6 niños con TDAH (entre 6 y 7 años)	Niño	El automodelamiento y la inoculación al estrés se muestran eficaces para reducir la distracción de los niños con TDAH
Woltersdorf (1992)	4 niños con TDAH (entre 8 y 9 años)	Niño	El modelamiento se considera una técnica eficaz para promover cambios en la conducta de los niños con TDAH
Edwards et al. (1995)	3 niños con TDAH: (entre 8 y 10 años)	Niño	Los resultados indican un incremento sustancial en la conducta de atención a la tarea durante la fase de entrenamiento en autocontrol. La precisión académica y la comprensión lectora también mejoraron

El éxito inicial de las técnicas cognitivas en el tratamiento de la hiperactividad infantil se vio empañado por la incapacidad de los investigadores para conseguir que las habilidades adquiridas en la clínica se mantuviesen una vez finalizada la intervención. Por otra parte, la mejora en la capacidad de atención del niño no se traducía en una mejora en su rendimiento escolar. Este descontento hizo que los investigadores renovasen el enfoque del tratamiento e incorporasen en sus planteamientos las técnicas operantes en el tratamiento de la hiperactividad infantil (Orjales et al., 1997a).

### **7.3.3 Intervenciones cognitivo-conductuales en la hiperactividad infantil**

Los problemas de la generalización de las ganancias terapéuticas del entrenamiento mediante autoinstrucciones hicieron que muchos autores empezasen a considerar la posibilidad de incorporar a las técnicas operantes los planteamientos cognitivos, lo que dio lugar a la creación de un enfoque cognitivo-conductual en el tratamiento de la hiperactividad (Kolko, Loar, y Sturnick, 1990; Abikoff, 1991; Pfiffner y McBurnett, 1997). Los tratamientos cognitivo-conductuales surgen del interés por integrar los beneficios de las técnicas operantes y de los planteamientos cognitivos, uniendo el refuerzo positivo y la extinción al modelamiento y la autoinstrucción, entre otras técnicas (Miranda et al. 1989; Kendall y Morris, 1991b; Pelham, Carlson, Sams, Vallano, Dixon y Hoza, 1993)

Actualmente, bajo el término de *técnicas cognitivo-conductuales* se engloba a más de 200 técnicas de tratamiento (Kazdin y Johnson, 1994). La aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales a niños con TDAH se focaliza en cinco dominios:

- la conducta desobediente en casa y en la escuela
- el desarrollo de las habilidades socio-cognitivas
- mejora del autocontrol
- mejora de las habilidades sociales
- mejora en la relación familiar y escolar

Las estrategias de intervención se dirigen al niño o adolescente y a los adultos que conviven con él, principalmente padres y/o profesores. Las intervenciones dirigidas al niño o adolescente se basan en la combinación de entrenamiento en resolución de problemas, autoinstrucciones, modelamiento, autoobservación, autorrefuerzo y coste de respuesta. Los tratamientos en los que participan los padres de forma activa giran en torno a los principios generales del aprendizaje social, poniendo especial atención en las conductas disruptivas del niño y en los procedimientos encaminados a controlar dichas conductas y fomentar la aparición de conductas más adaptativas.

Las intervenciones desarrolladas en el ámbito escolar se basan, como en el caso de padres, en procedimientos de control de contingencias, en las que se combina la economía de fichas, el coste de respuesta, los contratos de contingencias y el tiempo fuera (Anastopoulos, DuPaul y Barkley, 1991; DuPaul, Guevremont y Barkley, 1991a). Las técnicas terapéuticas utilizadas están encaminadas a reducir tanto los déficits cognitivos y atencionales –toma de decisiones entre alternativas, toma de perspectiva social, amplitud de estrategias de solución de problemas, percepción de emociones, etc.– como los déficits conductuales –movimientos fuera de tarea, ira incontinida, desobediencia, comportamientos sociales negativos, etc. – (McMahon, 1994; Detweiler, Hicks y Hicks, 1995).

Respecto a los resultados obtenidos por los procedimientos cognitivo-conductuales, diversos autores apoyan el uso de tratamientos cognitivo-conductuales en el tratamiento del TDAH (Taras, Matson y Leary, 1988; Ialongo, Horn, Paoce, Greenberg, Packard, Lopez, Wagner y Puttler, 1993; Waldrop, 1994; Ervin, Bankert y DuPaul, 1996). Kendall (1981), en uno de los primeros estudios en esta línea, aplicó un tratamiento cognitivo-conductual a 27 niños con problemas de autocontrol. El tratamiento cognitivo-conductual fue superior al tratamiento conductual y al no-tratamiento, aunque las ganancias terapéuticas observadas no se mantuvieron un año después en el seguimiento.

Satterfield et al. (1987) estudiaron el efecto de un tratamiento cognitivo-conductual y de un tratamiento farmacológico en una muestra de 186 niños con TDAH. Los autores apoyaron el uso de la medicación junto con el tratamiento cognitivo-conductual en el tratamiento en los niños. Ajibola et al. (1995), por ejemplo, diseñaron un estudio para valorar el efecto de la terapia cognitivo-conductual y el tratamiento farmacológico en una muestra de 22 niños con TDAH. Los resultados indicaron que tanto la medicación como el tratamiento cognitivo-conductual mejoraban la conducta de los niños en clase, pero sólo la medicación mejoraba la productividad académica y la precisión.

Los cambios observados con la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales van desde la mejora en la conducta social (Reid y Borkowski, 1987; Paniagua, Morrison y Balck, 1990b; Fehlings, Roberts, Huries y Dawe, 1991; Pelham, Carlson, Sams, Vallano, Dixon y Hoza, 1993) hasta en el trabajo académico (Abikoff et al., 1996), pasando por la mejora de la autoestima (Fehlings et al., 1991). La tabla 25 presenta un resumen de los resultados de algunos estudios de intervenciones cognitivo-conductuales en el tratamiento de niños con TDAH.

<b>Tabla 25. Resumen de los resultados de algunos estudios de intervenciones cognitivo-conductuales en el tratamiento de niños con TDAH</b>			
<b>Autores</b>	<b>Muestra</b>	<b>Dirigido</b>	<b>Resultados</b>
Kendall et al. (1980)	33 niños con TDAH (entre 8 y 12 años)	Niño	Los datos apoyan la eficacia de la integración de procedimientos cognitivos y conductuales en el desarrollo del autocontrol en niños
Kendall y Braswell (1982)	27 niños con problemas de autocontrol (entre 8 y 12 años)	Niño	El tratamiento cognitivo-conductual fue superior al tratamiento conductual o el grupo control, aunque las ganancias terapéuticas observadas no se mantuvieron un año después en el seguimiento
Satterfield et al. (1987)	186 niños con TDAH (entre 7 y 9 años)	Padres Niño	Se apoya el uso de medicación junto con el tratamiento psicosocial en la intervención conjunta de padres e hijos con TDAH
Horn et al. (1987)	24 niños con TDAH (entre 7 y 11 años)	Padres Niño	Los resultados no apoyan la hipótesis de que la combinación de autocontrol aplicado a niños, y el entrenamiento aplicado a padres sea mejor que cada uno por separado
Reid et al. (1987)	77 niños con TDAH y problemas de aprendizaje (entre 7 y 10 años)	Niño	Se comparan tres grupos de tratamiento: uno cognitivo-conductual, dirigido a mejorar el autocontrol, otro tratamiento cognitivo-conductual para mejorar el autocontrol + entrenamiento en atribución y un grupo control. El grupo que obtuvo más mejoras a corto y largo plazo fue el grupo que recibió tratamiento de autocontrol + entrenamiento en atribución

Continuación...			
Taras et al. (1988)	2 niños con TDAH (de 9 años)	Niño	Se apoya el uso de entrenamiento en habilidades sociales interpersonales en niños con TDAH
Horn et al. (1990)	60 niños con TDAH y problemas de conducta (entre 7 y 9 años)	Padres Niño	Los resultados del estudio apoyan débilmente la hipótesis de los efectos aditivos (metilfenidato + tratamiento Cognitivo-Conductual) en el tratamiento del TDAH
Paniagua et al. (1990)	1 niño con TDAH y problemas de conducta (de 7 años)	Niño	Se apoya el uso del tratamiento cognitivo-conductual para mejorar los problemas de conducta del niño con TDAH
Bloomquist et al. (1991)	52 niños con TDAH (entre 7 y 9 años)	Padres Niño Profesor	Los resultados apoyan débilmente la eficacia de la intervención Cognitivo-Conductual y el entrenamiento en padres de niños con TDAH
Orjales et al. (1992)	30 niños con TDAH y 17 normales (entre 7 y 12 años)	Niño	La aplicación de dos tratamientos diferentes (intervención cognitivo-conductual y tradicional) no mejora los resultados obtenidos en la prueba de ejecución visual continua
Ervin et al. (1996)	1 niño con TDAH de 7 años	Niño	Los autores apoyan el uso de tratamiento cognitivo-conductual en el tratamiento de la hiperactividad infantil

Entre los efectos observados a corto plazo por los tratamientos cognitivo-conductuales se encuentran una mejoría de la conducta de atención y al rendimiento académico; una mejoría en su relación social, con sus compañeros y adultos de su entorno; y una disminución de la sobreactividad y de las interacciones sociales inapropiadas. Asimismo, los padres y profesores perciben mejoras en el comportamiento del niño, un mayor autocontrol por parte del niño y una reducción del estrés familiar y/o escolar (Arnold, Abikoff, Cantwell, Conners, Elliot, Greenhill, Hecthman, Hinshaw, Hoza, Jensen, Kraemer, March, Newcorn, Pelham, Richters, Schiller, Severe, Swanson, Vereen y Wells, 1997b).

Las intervenciones dirigidas al niño han demostrado ser eficaces en el control de la conducta agresiva, en el aumento de la atención, en el incremento del trabajo escolar, en la mejora del cumplimiento de las normas, en la mejora de la autoestima, y de sus habilidades sociales (Richters, Arnold, Jensen, Abikoff, Conners, Greenhill, Hinshaw, Pelham, Swanson, 1995; Abikoff y Hectman, 1996; Bloomquist, August, Brombach, Anderson y Skare, 1996).

La principal dificultad en la comparación de los tratamientos cognitivo-conductuales entre los diversos estudios es la gran diversidad de técnicas de tratamiento aplicadas. Autores como Whalen y Henker (1991b) llegan a señalar hasta once razones que dificultan la comparación entre los estudios y modalidades de tratamiento:

- a. La especificidad o generalidad de las estrategias cognitivas utilizadas
- b. El número y variedad cualitativa de los dominios conductuales que se incluyen
- c. La centralización únicamente en la adquisición versus la realización comportamental
- d. La combinación de elementos cognitivos, afectivos, motivacionales y conductuales que se citan en los programas
- e. El grado de implicación de padres, profesores o iguales
- f. El grado de implicación del niño como colaborador activo en la especificación de objetivos y contenidos
- g. La frecuencia, duración y secuencialización de las sesiones de entrenamiento
- h. El tipo de refuerzos empleados
- i. El nivel de calidad en la aplicación de los tratamientos
- j. El grado en el que el programa hace hincapié en el mantenimiento y generalización

#### **7.4 Programas integrados**

Pronto las terapias cognitivas se unieron a los tratamientos farmacológicos y conductuales en el tratamiento del TDAH y constituyeron, durante un tiempo, la alternativa esperada para el entrenamiento en autocontrol del niño hiperactivo (Orjales y Polaino-Lorente, 1997a).

Esta opción de tratamiento ya fue propuesta en la década de los 70 por autores como Safer y Allen (1979); desde entonces, esta alternativa ha ido consolidándose y en la actualidad representa uno de los tratamientos más prometedores. La combinación de tratamientos aplicados con más frecuencia en el TDAH incluye la medicación activadora y el tratamiento cognitivo-conductual (Guevremont y Barkley, 1992; Pelham y Hoza, 1996).

Las ventajas de la combinación de los tratamientos farmacológicos con los cognitivo-conductuales son la potenciación de los efectos obtenidos por separado en cada uno de estos tratamientos, el mantenimiento de los resultados obtenidos a largo plazo y las ganancias terapéuticas, la reducción de costes, etc.

Existe una gran heterogeneidad en los resultados obtenidos con la aplicación conjunta de estos tratamientos, aunque la mayoría de los estudios señalen que los estimulantes, por su efecto inmediato, están especialmente indicados en niños con altos índices de falta de atención, y que el uso de la medicación es indicado como primer paso para posteriormente introducir los programas de tratamiento cognitivo-conductuales (AACAP, 2001). La combinación de tratamientos puede ser la alternativa terapéutica más eficaz en aquellos casos en que la hiperactividad sea severa, de modo que la medicación reduzca inicialmente los problemas más alterados, para introducir luego las técnicas cognitivo-conductuales con las que se intentará enseñar al niño mejorar su capacidad de autocontrol.

La elección de este tipo de intervenciones se debe hacer teniendo en cuenta los costes y beneficios de la aplicación de distintos métodos terapéuticos conocidos, valorando la actitud de los padres y del niño hacia los distintos tratamientos propuestos, y teniendo en cuenta la severidad del trastorno, las características individuales y el ambiente implicado (Abikoff y Hechtman, 1996; Cantwell, 1997). La tabla 26 presenta un resumen de los resultados de algunos estudios de los programas integrados en el tratamiento de niños con TDAH.

**Tabla 26. Resumen de los resultados de algunos estudios de los programas integrados en el tratamiento de niños con TDAH**

<b>Autores</b>	<b>Muestra</b>	<b>Tratamientos</b>	<b>Dirigido</b>	<b>Resultados</b>
Hinshaw et al. 1984a	21 chicos con TDAH de entre los 8 y los 13 años	Tratamiento Cognitivo-Conductual y con metilfenidato	Niño	Los resultados indican que el metilfenidato reduce la intensidad de la conducta en los niños con TDAH, pero no incrementa significativamente las conductas de autocontrol. El tratamiento cognitivo-conductual fue más útil para incrementar las estrategias de autocontrol de los niños y en el uso de estrategias específicas de afrontamiento
Hinshaw et al. 1989	24 chicos con TDAH de entre 6 y 12 años	Tratamiento Cognitivo-Conductual y con metilfenidato	Niño	Los resultados indican que una dosis moderada de metilfenidato 0.6 mg/kg aumenta el autocontrol y disminuye las represalias físicas. Los autores concluyen que la combinación de medicación con tratamiento cognitivo-conductual puede ser beneficiosa en el tratamiento de la hiperactividad
Horn et al. 1991	117 chicos con TDAH de entre 7 y 11 años	Tratamiento Cognitivo-Conductual y con metilfenidato	Niño y padres	La hipótesis de dicho estudio era comprobar que la medicación con tratamiento cognitivo-conductual producía mayor efecto que la medicación sola. Los datos apoyan parcialmente dicha hipótesis

Continuación...				
Carlson et al. 1991	24 chicos con TDAH de entre 6 y 12 años	Tratamiento Cognitivo-Conductual y MPH	Niño	Los resultados indican que tanto el metilfenidato como el tratamiento cognitivo-conductual producen mejoras en la conducta de clase de los niños tratados. Ambos tratamientos producen mejoras más que el tratamiento farmacológico solo. La utilización de ambos hizo mejorar la conducta en la tarea, el seguimiento de normas y disminuyó la conducta desobediente en clase.
Abikoff et al. 1991	27 niños con TDAH de entre 6 y 12 años	Tratamiento Cognitivo-Conductual y con metilfenidato	Niño	Los resultados apoyan el uso de la combinación de la medicación activadora con el tratamiento cognitivo-conductual para mejorar la conducta de los niños con TDAH
Ialongo et al. 1993	117 chicos con TDAH de entre 7 y 11 años	Tratamiento Cognitivo-Conductual y MPH	Niño y padres	Los resultados indican que la combinación de tratamiento cognitivo-conductual y la medicación produce mejoras significativas en la conducta en los niños tratados. Aunque dichas mejoras no se mantienen en el seguimiento
Rapport et al. 1996	4 niñas con TDAH de entre 6 y 10 años	Tratamiento Cognitivo-Conductual y con metilfenidato	Niño	Los resultados indican que tanto la medicación como el entrenamiento en atención producen mejoras significativas en la conducta de los niños y una mejora en la ejecución en diversas tareas cognoscitivas aplicadas a los sujetos

En síntesis, existe una amplia bibliografía que apoya la combinación de la medicación estimulante y las técnicas cognitivo-conductuales en el tratamiento del TDAH. Diversos autores sugieren que el tratamiento unimodal (farmacológico o psicosocial) no es suficiente para tratar todos y cada uno de los síntomas que presentan los niños hiperactivos, dado el alto grado de heterogeneidad de estos niños, con relación a la presencia e intensidad de los síntomas de TDAH y la presencia e intensidad de otras alteraciones comórbidas no menos importantes como son ansiedad, depresión, conducta negativista, conducta desafiante (Shapiro, 1995; Hibbs y Jensen, 1996; Pelham, Wheeler y Chronis, 1998).

En los últimos años se ha extendido la idea de que el tratamiento aislado de cualquier tipo no es suficiente para tratar los déficit que presentan estos niños (Richters et al. 1995; Guevremont et al. 1992; Pfiffner et al. 1997). Cada vez más se consolida la administración combinada de tratamientos conductuales-cognitivos y farmacológicos de forma estructurada (ACAAP, 2001). Entre las razones para el auge de la combinación de terapias se encuentran una mejora en el desarrollo de las técnicas de modificación de conducta; la constatación de las limitaciones terapéuticas de las terapias farmacológicas, conductuales y cognitivas, por separado; la necesidad de potenciar, de forma conjunta, los efectos de las diferentes intervenciones, que afectan a dominios de conducta complementarios; y la preocupación cada vez más extendida de mantener los resultados obtenidos a largo plazo (Richters et al. 1995; Barkley, 1997).

## SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN

En los apartados anteriores hemos recogido a los aspectos más destacados del TDAH: los modelos explicativos actuales, los síntomas nucleares del trastorno, los problemas asociados, los correlatos biológicos, la evaluación y los procedimientos y técnicas de intervención cognitivo-conductuales en el tratamiento del TDAH.

A continuación presentaremos el estudio que se llevó a cabo aplicando un tratamiento de autocontrol a niños con TDAH. Hemos dividido este apartado en ocho secciones:

- en primer lugar, presentaremos los objetivos generales del proyecto;
- en segundo lugar, las hipótesis relacionadas con dicha investigación;
- en tercer lugar, presentaremos el método de investigación que incluye la selección de la muestra, la presentación de los centros y de los instrumentos de evaluación empleados;
- en cuarto lugar, se expone el procedimiento;
- en quinta lugar, se dedica de forma exclusiva a la presentación del programa de tratamiento específicamente diseñado para este trabajo –este apartado incluye una presentación de los tipos de técnicas que contiene el programa, el diseño del programa de tratamiento, la forma de aplicación y las funciones que se potencian con este programa–;
- en sexto lugar, se presenta los resultados;
- finalmente, en séptimo lugar, se dedica a la discusión; y el punto ocho, a la presentación de las conclusiones.

## **1. OBJETIVOS GENERALES DEL PROYECTO**

La presente investigación nace del interés personal por profundizar en los aspectos teóricos y prácticos (aplicados) de la hiperactividad infantil.

En el nivel teórico se persigue un doble objetivo: a) profundizar en el estudio del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (trastorno que desde las últimas décadas ha experimentado un creciente interés en su conceptualización, definición, diagnóstico diferencial y tratamiento, lo que se ha traducido en un aumento exponencial de los artículos publicados desde sus inicios hasta nuestros días); y b) estudiar las técnicas de intervención más eficaces en el tratamiento de dicho trastorno.

En la práctica, se plantearon los siguientes objetivos:

- crear un programa de tratamiento que incluyera aquellas técnicas que han mostrado mayor eficacia terapéutica;
- aplicar este programa a una muestra de escolares;
- y, finalmente, contrastar la eficacia de la intervención llevada a cabo.

## **2. HIPOTÉISIS DE TRABAJO DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN**

Las hipótesis de trabajo se centran en torno a la eficacia de la intervención, evaluada a través de las diferencias percibidas por los padres, por los profesores y en las pruebas aplicadas al niño.

**1. Información proporcionada por los padres.** Suponemos que los efectos del programa serán percibidos por los padres en los informes que ellos han cumplimentado, con relación a las variables de: atención, hiperactividad, índice de TDAH, autocontrol de la conducta por parte de su hijo, rendimiento académico, y en problemas asociados. Concretamente, los padres detectarán mejoras a través del:

1.1 Inventario CBCL: la mejora se reflejará en la disminución de la puntuación en la escala de problemas de atención tras la aplicación del tratamiento.

1.2 Escala de Connors para padres (CPRS-R): la mejora se reflejará en la disminución de las puntuaciones de las escalas de oposicionismo, hiperactividad, desatención, y en el índice de TDAH tras la aplicación del tratamiento.

1.3 Listado de síntomas del TDAH (DSM-IV) para padres: se constatará una disminución de los síntomas del TDAH tras la aplicación del tratamiento.

1.4 Prueba de Kendall y Willcox, los padres percibirán mayor autocontrol por parte de sus hijos; esta mejoría se reflejará en una disminución significativa en la puntuación total de la prueba tras la aplicación del tratamiento.

1.5 Escala de Problemas de Conducta: la mejora se reflejará en una disminución de la puntuación en las subescalas de ansiedad y antisocial tras la intervención.

**2. Información proporcionada por los profesores.** Los efectos del programa serán percibidos por los profesores con relación a los problemas de atención, hiperactividad, índice de TDAH y en problemas asociados.

2.1 Inventario TRF: la mejora se reflejará en una disminución en la puntuación de la escala de problemas de atención tras la aplicación del programa.

2.2 Escala de Conners (CTRS-R) para profesores: también se observará una disminución de las puntuaciones de las escalas de oposicionismo, hiperactividad-impulsividad, desatención y en el índice de TDAH tras el tratamiento.

2.3 Listado de síntomas del TDAH (DSM-IV) para profesores: se constatará una disminución de los síntomas del TDAH tras la aplicación del tratamiento.

**3. Información del propio sujeto.** Los efectos del programa se reflejarán en una mejora de la atención sostenida y en una disminución de la impulsividad en los niños tratados; concretamente, se detectarán mejoras en:

3.1 MFFT-20, la mejora se reflejará en la existencia de menor número de errores y un aumento de la latencia de respuesta y, por tanto, en un aumento de la reflexión y una disminución de la impulsividad.

3.2 Continuous Performance Test (CPT): la mejora se observará en un aumento de los aciertos, en una disminución de errores de omisión, comisión, del patrón de errores estándares, un mantenimiento del tiempo de respuesta y una disminución en el índice global.

### 3. MÉTODO

En este apartado presentaremos cómo se llevó a cabo la selección de la muestra, indicando los criterios de inclusión y exclusión utilizados en esta investigación; presentaremos también los centros que colaboraron en la recogida de la muestra, y los instrumentos de evaluación empleados para evaluar la eficacia terapéutica tras el tratamiento y en el seguimiento.

#### 3.1 Selección de los sujetos

Los criterios de inclusión en la muestra de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad fueron los siguientes:

1. Cumplir los criterios del DSM-IV (APA, 1995) para el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad según el DSM-IV, que fueron los siguientes:
  - Seis o más síntomas de desatención
  - Seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad
2. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad (Criterio B establecido por la Asociación Americana de Psiquiatría para el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad según el DSM-IV).
3. Algún problema relacionado con los síntomas debe producirse en dos situaciones por lo menos; por ejemplo, en casa y en la escuela (Criterio C establecido por la Asociación Americana de Psiquiatría para el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad según el DSM-IV).
4. Debe haber pruebas claras de interferencia en la actividad social, académica o laboral propia del nivel de desarrollo (Cumplir el criterio D establecido por la Asociación Americana de Psiquiatría para el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad según el DSM-IV), evaluado mediante las pruebas:

- CPRS-R (Cuestionario de Conners para padres): en ella se exige obtener una puntuación típica igual o superior a 65 en el índice de hiperactividad.
  - CTRS-R (Cuestionario de Conners para profesores), en ella se exige obtener una puntuación típica igual o superior a 65 en el índice de hiperactividad.
5. Obtener en la Batería de Evaluación de Kauffman para niños (K-ABC) una puntuación típica igual o superior a 85 en la escala de procesamiento mental compuesto.

La tabla 27 recoge el número de niños evaluados y los niños que integran la muestra en la que se realiza esta investigación.

<b>Tabla 27: Niños evaluados y niños que finalmente fueron seleccionados en los distintos centros para llevar a cabo el estudio</b>		
<b>CENTRO</b>	<b>NINOS EVALUADOS</b>	<b>NINOS SELECCIONADOS</b>
ICASS	25	12
CEIP "Pau Picasso"	12	9
CEIP "Els Pins"	5	3
CEIP "Pràctiques 2"	9	6
<b>Totales</b>	<b>51</b>	<b>30</b>

Los criterios de exclusión establecidos para no formar parte en el programa de tratamiento fueron los siguientes:

1. Estar recibiendo tratamiento farmacológico o haberlo recibido en los últimos 6 meses anteriores a la realización de las pruebas.
2. Tener una edad inferior a 8 años o superior a 12 años.
3. Tener antecedentes de diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otros trastorno.

A continuación, se muestran los niños excluidos según los criterios anteriormente citados (tabla 28):

<b>Tabla 28: Niños excluidos de la muestra</b>				
<b>Criterios de exclusión</b>	<b>ICASS</b>	<b>CEIP “Pau Picasso”</b>	<b>CEIP “Els Pins”</b>	<b>CEIP “Pràctiques 2”</b>
En tratamiento farmacológico	3	0	0	0
Puntuación típica inferior a 85 (evaluado mediante el K-ABC)	4	0	1	0
Menor de 8 años o mayor de 12 años	3	1	0	1
No presentar TDAH	1	2	1	1
Presentar otros problemas psicopatológicos	2	0	0	1
<b>Totales</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

Finalmente, la muestra quedó estructurada de la siguiente manera (tabla 29):

<b>Tabla 29: Distribución de la muestra de niños seleccionados en función del género y el curso escolar</b>					
	<b>CURSOS</b>				<b>TOTAL</b>
	<b>3º EP. primaria</b>	<b>4º EP. primaria</b>	<b>5º EP. primaria</b>	<b>6º EP. primaria</b>	
Hombre	3	8	7	3	<b>21</b>
Mujer	3	3	3	-	<b>9</b>
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>30</b>

La muestra está compuesta por 30 sujetos (21 chicos y 9 chicas) de entre 8 y 12 años, que presentan el Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). El 40% de la muestra procede del Institut Català d'Assistència i Serveis Socials del

Departament de Benestar Social (ICASS) de la provincia de Tarragona y el 60% restante proviene de diversos centros escolares de la provincia de Barcelona.

La composición de la muestra refleja la incidencia de este trastorno que tiene más prevalencia entre los niños que entre las niñas; concretamente, en nuestra muestra el 70% de los niños que la componen son varones y 30% mujeres, cifra que se aproxima a los datos sobre la prevalencia de dicho trastorno (3 chicos por cada chica).

La media de edad es de 10 años, estando en su mayoría cursando 4º curso de Educación Primaria.

### 3.2 Centros de colaboración

En la presente investigación participaron cuatro centros:

1. El *Institut Català d'Assistència Social i Sanitària* perteneciente al *Departament de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya*, en la provincia de Tarragona.
2. CEIP “Els Pins”, en la provincia de Barcelona.
3. CEIP “Pau Picasso”, en la provincia de Barcelona.
4. CEIP “Pràctiques 2”, en la provincia de Barcelona.

Institut Català d'Assistència Social i Sanitària (ICASS) de Tarragona

La investigación se inició, en enero de 1997, en el *Institut Català d'Assistència Social i Sanitària* perteneciente al *Departament de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya*, en la provincia de Tarragona. Para ello fue necesario la obtención de un convenio de colaboración entre la Universitat de Barcelona y el *Departamento de Bienestar Social* durante los cursos 1998, 1999, 2000 y 2001 (ver anexo 1).

*Procedimiento de recogida de la muestra:* primero se realizó una entrevista con la directora del centro, a quien se le entregó el proyecto de investigación. Posteriormente, la directora fue quien se encargó de informar a todo el equipo de profesionales que trabaja en el centro. Una vez la Junta Directiva del centro se reunió y decidió autorizar esta investigación, se procedió a obtener el convenio de colaboración entre la universidad y el ICASS. Firmado el convenio, la directora y los psicólogos se encargaron de realizar reuniones con los directores de otros centros del CAPIP, de centros de EAP (Equipos de Asesoramiento Psicopedagógico) y del Hospital Joan XXIII de la provincia de Tarragona<sup>1</sup> para que pudiesen derivar niños susceptibles de presentar síntomas de TDAH.

---

<sup>1</sup> En Tarragona se contó con la implicación activa del EAP de Reus, y del Dr. Díaz, del Hospital Joan XXIII y, por supuesto, de todo el equipo y de la dirección del centro ICASS, que favoreció, sin duda, el éxito en la aplicación de este programa.

*Lugar de realización del tratamiento:* la dirección del centro acondicionó una sala especial, amplia y luminosa, y puso a nuestra disposición el material necesario en todo momento.

*Horario de las sesiones:* en el centro ICASS (*Institut Català d'Assistència Sanitària*), las sesiones de tratamiento se realizaron siempre a partir de las cinco y media de la tarde. Este horario fue acordado tanto por los padres como por la dirección del centro con el fin de evitar que los niños tuviesen que perder clase para realizar el tratamiento. Este horario favoreció enormemente la asistencia y puntualidad por parte de los padres, y aumentó el interés de éstos.

Para recoger la muestra en los **centros escolares**, se procedió de la siguiente manera: primero se hizo una reunión con el director del centro y/o profesores, según la escuela; en esta reunión se explicaba en qué consistía la investigación, qué se pretendía evaluar, se mostraba el material que se iba a aplicar y se pedía la colaboración de los profesores para que identificasen en su clase a niños con TDAH, y por tanto, niños susceptibles de poder beneficiarse del programa de tratamiento. Para ello, a cada profesor se le pasaron los cuestionarios (TRF, CPRS-R y el listado de síntomas de TDAH), y, si los niños que los profesores habían seleccionado cumplían los criterios para el diagnóstico de TDAH, se procedía a convocar a los padres y a pedir su colaboración. Una vez que los padres aceptaban participar, los padres contestaban los cuestionarios y se evaluaba a los niños.

Finalmente, con los resultados de todas las pruebas, se evaluaba la idoneidad de que el niño entrase a formar parte del grupo de tratamiento. A continuación se describen los centros escolares que participaron en la investigación:

En el CEIP “Pau Picasso” de Badalona

*Procedimiento de recogida de la muestra:* primero se concertó una entrevista con el director del centro, quien sometió la decisión de permitir aplicar el programa de tratamiento a la Junta Directiva. Una vez la Junta Directiva del centro se reunió y decidió autorizar esta investigación, el apoyo logístico a la investigación corrió a cargo de la profesora encargada del Departamento de Orientación del CEIP.

En dicho centro, la profesora de Educación Especial fue quien informó a los padres de la aplicación del programa de investigación a través de entrevistas individuales. Posteriormente, la explicación del programa y de las diversas fases de la investigación, así como la obtención del consentimiento de los padres para llevar a cabo el programa, corrió a cargo de la doctoranda.

*Lugar de realización del tratamiento:* se prestó el aula de Educación Especial para llevar a cabo las sesiones de tratamiento.

*Horario de las sesiones:* en el colegio CEIP “Pau Picasso”, el Departamento de Orientación facilitó la puesta en práctica de dicho tratamiento y manifestó especial interés en la realización. Las sesiones se realizaron, por tanto, en horario de clase, en una franja especialmente organizada para que no se interfirieran asignaturas importantes en la evolución de cada niño.

En el CEIP “Els Pins”, de Barcelona

*Procedimiento de recogida de la muestra:* primero se realizó una entrevista con el psicólogo del centro, quien se encargó de concertar una entrevista con el director y de informarle del proyecto. Posteriormente, se realizó una reunión con todo el equipo de profesores de los Ciclos Medio y Superior de Primaria, a quienes principalmente les podía interesar la aplicación del programa de intervención. El director del centro dejó a decisión de cada profesor la opción de participar en la investigación.

El consentimiento paterno en el Colegio “Els Pins” se tramitó por medio de una charla sobre Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, ofrecida a los padres de los niños seleccionados.

*Lugar de realización del tratamiento:* en dicho centro se acondicionó una sala especialmente silenciosa para efectuar el tratamiento. Esto favoreció, sin duda, una mayor concentración de los niños.

*Horario de las sesiones:* en el colegio CEIP “Els Pins”, de Barcelona, las sesiones de tratamiento se llevaron a cabo un día a la semana después de finalizar las clases del mediodía.

En el CEIP “Pràctiques 2” de Barcelona

*Procedimiento de recogida de la muestra:* primero se concertó una entrevista con la directora del centro, que fue la encargada de dar el consentimiento para llevar a cabo la investigación. A partir de ese momento se iniciaron las entrevistas pertinentes con las profesoras de los Ciclos Medio y Superior de Primaria para seleccionar los casos susceptibles de ser tratados.

En el colegio “Pràctiques 2” el consentimiento paterno se obtuvo mediante una entrevista individual con todos los padres de los niños seleccionados.

*Lugar de realización del tratamiento:* al igual que en el colegio anterior, se acondicionó una sala para efectuar el tratamiento.

*Horario de las sesiones:* en el CEIP “Pràctiques 2” de Barcelona, la dirección del centro facilitó enormemente todos los procesos del tratamiento y dio libertad de organizar tanto el tiempo como el espacio. Finalmente, con los tutores de los niños se acordó realizar las sesiones en horario extraescolar, a fin de no interferir en la realización de las clases. Al igual que en el CEIP “Els Pins”, las sesiones se realizaron una vez por semana después de finalizar las clases del mediodía.

En síntesis, la colaboración, la disposición y las facilidades que mostraron todos los centros que colaboraron en la investigación favorecieron enormemente la disposición de los padres a involucrarse en todo el proceso, así como la actitud de los niños. En general, se promovió un clima relajado de colaboración entre las distintas partes involucradas.

### 3.3 Batería de pruebas aplicadas

A continuación se indicarán brevemente las pruebas utilizadas en esta investigación (véase el capítulo 6, sobre Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, para mejor conocimiento de las técnicas aplicadas):

#### 3.3.1 Entrevista

En la investigación que hemos llevado a cabo hemos utilizado las siguientes entrevistas: *Entrevista clínica para niños y adolescentes con TDAH* (Barkley, 1987); y la *Entrevista Diagnóstica para padres de niños y adolescentes DICA-P* (Reich et al., 1988).

#### **Entrevista clínica para niños y adolescentes con TDAH (Clinical Interview form for Child and Adolescent ADHD Patients; Barkley, 1987).**

Esta entrevista fue aplicada a los padres al inicio de la investigación. Con ella obtuvimos datos acerca de la historia del desarrollo, historia médica, escolar, familiar y social del niño. Ello nos permitió comparar los datos de la literatura con los datos surgidos de nuestra muestra. Así mismo, el apartado de historia del desarrollo se amplió con preguntas recogidas de la *Entrevista sobre la Información Diagnóstica General IDG* (Capafons, Sosa, Alcantud y Silva, 1986), entrevista biográfica anamnésica elaborada para la población española. Esta ampliación nos permitió recabar más información sobre el periodo perinatal de los niños evaluados.

#### **Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes (Para padres de niños de 6-17 años) Diagnostic Interview for Children and Adolescents DICA-P; Reich, Shayka y Taiblenon (1988). Traducción de Ezpeleta y Toro (1991).**

En la segunda entrevista que mantuvimos con los padres, se les aplicó la entrevista para padres DICA-P. Con ella pretendíamos recoger información sobre la ausencia o presencia de diversos síntomas y trastornos psicopatológicos. En concreto, para esta investigación se recogió información de las siguientes alteraciones: Trastorno por Déficit de Atención con

Hiperactividad, Trastorno Negativista-Desafiante, Trastorno Disocial, Depresión Mayor, Trastorno Distímico, Ansiedad de Separación, y Enuresis/Encopresis.

### **3.3.2 Escalas de valoración de conducta para padres y profesores**

A continuación destacamos los elementos más relevantes en las escalas de valoración de conducta contestadas por padres y profesores, que hemos utilizado en esta investigación:

**Inventario de conductas infantiles de Achenbach. Child Behavior Checklist/4-18: CBCL (Achenbach, 1991a) y Teacher's Report Form/5-12: TRF (Achenbach, 1991b):** ambos cuestionarios son buenos instrumentos de cribado para la evaluación de síndromes psicopatológicos que aparecen en la infancia y adolescencia, información proporcionada por padres y profesores.

**Conners Parent Rating Scale-Revised (CPRS-R, Conners 1997a) y Conners Teacher Rating Scale-Revised (CTRS-R, Conners, 1997b):** ambos cuestionarios son útiles para discriminar entre niños con o sin TDAH, además proporcionan cuatro índices muy relacionados con TDAH, como son: oposicionismo, desatención, hiperactividad-impulsividad y un índice del TDAH. Nos permite comparar la información de padres y profesores sobre si hay acuerdo y/o discrepancias entre ellos.

**Listado de síntomas del TDAH para padres y profesores, elaborado a partir de los criterios del DSM-IV (APA, 1995) por Amador, Forns y Martorell (2001):** este listado de síntomas sirvió para establecer el criterio A para el diagnóstico de TDAH (para padres y profesores), y establecer el criterio C sobre que los síntomas de TDAH se manifiesten en dos o más ambientes: en este caso, en casa y en la escuela.

**La escala de autocontrol de Kendall y Wilcox (1979) (Self-Control Rating Scale: SCRS):** es una medida de autocontrol exclusivamente, valorada por los padres. Esta escala ha sido últimamente muy utilizada para evaluar dicho constructo en niños con TDAH, y valorar la eficacia de tratamientos dirigidos a mejorar el autocontrol.

**Escala de Problemas de Conducta EPC (Navarro, Peiró, Llacer y Silva, 1993):** fue introducida en la investigación para obtener más información sobre los problemas asociados con el TDAH. No es tan psicopatológica como el CBCL o el TRF. Además, una de sus ventajas es que ha sido construida y validada con la población española.

### 3.3.3 Tests estandarizados

A continuación destacamos los elementos más relevantes en las pruebas aplicadas a los niños, que hemos utilizado en esta investigación:

#### **Batería de Evaluación de Kaufman para niños (K-ABC, Kaufman y Kaufman, 1983)**

Traducida y adaptada por TEA Ediciones (1997). Objetivos: medida de la inteligencia y del conocimiento. Contenidos: el K-ABC valora la inteligencia y los conocimientos de los niños de edades comprendidas entre los dos años y medio y los doce años y medio. La batería se compone de dos escalas: la Escala de Procesamiento Mental Compuesto y la de Conocimientos Académicos. La Escala de Procesamiento Mental Compuesto está formada, a su vez, por dos escalas la escala de Procesamiento Secuencial y la escala de Procesamiento Simultáneo. La Escala de Procesamiento Mental Compuesto evalúa la habilidad del niño para resolver problemas, ya sea de forma secuencial o simultánea, mientras que la Escala de Conocimientos evalúa la adquisición de conocimientos por medios formales e informales (ver tabla 30). Tipos de respuesta: en la tipificación se utilizan dos tipos de valores derivados, las puntuaciones escalares y las puntuaciones típicas.

<b>Tabla 30. Agrupaciones de la Batería de Evaluación de Kaufman para niños (K-ABC, Kaufman y Kaufman, 1983) en las diferentes escalas</b>		
Procesamiento Mental Compuesto		Conocimientos
Procesamiento secuencial	Procesamiento Simultáneo	
Movimientos de manos	Cierre gestáltico	Caras y lugares
Repetición de números	Triángulos	Aritmética
Orden de palabras	Matrices análogas	Adivinanzas
	Memoria espacial	Lectura/ decodificación
	Series de fotos	Lectura/ comprensión

**Test de Figuras Familiares Emparejadas (MFFT-20):** utilizado para evaluar el estilo cognitivo reflexividad-impulsividad de los niños tratados.

**Tests de ejecución continua CPT:** prueba utilizada para proporcionarnos medidas de atención sostenida, concretamente, sobre el número de aciertos, el número de errores de omisión, el número de errores de comisión, el patrón de errores estándares, el mantenimiento del tiempo de respuesta y un índice global. Es decir, es una prueba objetiva utilizada para conocer el grado de impulsividad y falta de atención que mostraban estos niños antes del tratamiento, tras la intervención y al mes más tarde de haber finalizado el programa de intervención.

## 4. PROCEDIMIENTO

En este apartado describiremos las fases de evaluación pretratamiento, postratamiento y seguimiento y las técnicas empleadas en el programa de intervención utilizado.

### 4.1 Evaluación pretratamiento

La fase pretratamiento duró entre un mes y mes y medio. Las únicas pruebas que fueron utilizadas durante el pretratamiento, pero no en el postratamiento ni en el seguimiento, fueron: la entrevista clínica para niños y adolescentes con TDAH de Barkley (1987), la Entrevista Diagnóstica para niños y adolescentes (DICA-P) de Reich et al. (1988) y la Batería de Kaufman para niños (K-ABC). El resto de las pruebas aplicadas en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento se exponen a continuación.

El calendario en la fase de pretratamiento fue el siguiente:

En el centro ICASS:

- 1º entrevista: con los padres y administración de la entrevista de Barkley. Al finalizar dicha entrevista, a los padres se les entregaban dos sobres, uno para ellos con los cuestionarios CBCL, CPRS-R, listado de síntomas TDAH, SCRS, y EPC, y otro para los profesores con siguientes cuestionarios TRF, CTRS-R y el listado de síntomas TDAH. Los cuestionarios fueron recogidos en la segunda entrevista mantenida con ellos. Sólo en un par ocasiones tuvimos ciertas dificultades para obtener los cuestionarios en tan breve plazo de tiempo: en un caso, los profesores no quisieron entregárselo en mano a los padres y pidieron poder enviarlo por correo y, en otro, la profesora del curso se negó a contestar los cuestionarios y pidió contestarlos junto con los coordinadores del ciclo, y por ello lo entregó una semana más tarde.
- 2º entrevista: con los padres y administración de la entrevista DICA-P. Generalmente, durante esta entrevista la mayoría de los padres ya traían cumplimentado los cuestionarios tanto de ellos como de los profesores.

3º entrevista: con los niños, en la que se les administraba el K-ABC.

4º entrevista: con los niños en la que se les pasaba el CPT y el MFFT-20.

5º entrevista con los padres para explicarles los resultados de todas las pruebas administradas, y comentar con ellos los resultados. En el caso de que su hijo fuese un candidato a entrar dentro del programa de intervención, se les pedía el consentimiento para proseguir con la investigación. Se les explicaba que duraría tres meses y que tras finalizar dicho periodo, se volverían a pasar los mismos cuestionarios para valorar la eficacia de la intervención.

En los centros escolares:

1º entrevista: con los directores y/ o profesores del centro, en la que se les explicaba la investigación y sus distintas fases. A aquellos profesores que querían participar y que creían que en su clase había algún niño con posibilidades de presentar TDAH se les entregaba los cuestionarios correspondientes: TRF, listado de síntomas TDAH y CTRS-R. Como puede apreciarse, en estos casos los profesores eran quienes primero contestaban y hacían el primer cribado de detección de posibles niños con TDAH. Estos cuestionarios se recogían al cabo de una o dos semana.

2º entrevista: con los directores y/o profesores (según el centro). Se mostraban los resultados obtenidos en los cuestionarios que ellos mismos habían rellenado. Se concretaba con los profesores la manera de concertar una reunión con los padres cuyos hijos los profesores hubieran puntuado alto en los problemas indicativos de falta de atención, hiperactividad y/o impulsividad.

3º entrevista: con los padres de cada uno de los niños. A estos padres se les explicó que se estaba llevando a cabo una investigación en la que se aplicaba un tratamiento cognitivo-conductual a niños con problemas con TDAH; y que quizás su hijo sería un posible candidato a participar. Se les mostraba así mismo a estos padres el calendario de trabajo y se les pedía si estarían dispuestos a participar en él. Todos los padres aceptaron de buen grado la

oportunidad de que su hijo pudiese recibir un tratamiento extra. Seguidamente, se pasó a los padres la entrevista de Barkley, al final de la entrevista se les entregó un sobre con los cuestionarios pertinentes (CBCL, CPRS-R, listado de síntomas TDAH, SCRS, y EPC).

4º entrevista: con los padres y administración de la entrevista DICA-P. Generalmente la mayoría de los padres ya traían cumplimentados los cuestionarios antes de empezar la entrevista.

5º entrevista: con los niños, en la que se les administraba el K-ABC.

6º entrevista: con los niños, en la que se les pasaba el CPT y el MFFT-20.

7º entrevista con los padres para explicar los resultados de las pruebas administradas, y comentar con ellos los resultados. En el caso de que su hijo fuese un candidato a entrar dentro del programa de intervención, se a los padres si querrían seguir colaborando con la investigación.

#### **4.2 Evaluación postratamiento y seguimiento.**

En el centro ICASS:

Durante última semana del tratamiento se entregaba a los padres dos sobres con los cuestionarios, uno para ellos con los cuestionarios CBCL, CPRS-R, listado de síntomas TDAH, SCRS, y EPC, y otro para los profesores con los cuestionarios TRF, CTRS-R y el listado de síntomas TDAH.

Una semana más tarde, la gran mayoría de los padres entregaban en la recepción del ICASS los cuestionarios ya cumplimentados.

Una semana después se concertaba una reunión con los padres para comentar y valorar los resultados del tratamiento. Durante esta reunión, se proponía volver a tener una reunión en el plazo de un mes para recoger los cuestionarios con los que evaluar el seguimiento.

Un mes más tarde, los padres iban al centro a recoger los dos sobres, uno para ellos con los cuestionarios CBCL, CPRS-R, listado de síntomas TDAH, SCRS, y EPC, y otro para la escuela con los cuestionarios TRF, CTRS-R y el listado de síntomas TDAH, y tal como lo habían hecho la vez anterior,

volvían a entregar el cuestionario generalmente al cabo de una semana. Se les citaba una última vez para valorar y comentar estos últimos resultados.

En los centros escolares:

Durante última semana del tratamiento se entregaba a los profesores un sobre en mano con los cuestionarios TRF, CTRS-R y el listado de síntomas TDAH, y se les daba otro sobre a los niños para que lo entregasen a sus padres. En estos últimos sobres se incluían los cuestionarios CBCL, CPRS-R, listado de síntomas TDAH, SCRS, y EPC.

Una semana después, la gran mayoría de los padres y profesores retornaban los cuestionarios cumplimentados (CBCL, CPRS-R, listado de síntomas TDAH, SCRS, EPC y TRF, CTRS-R y el listado de síntomas TDAH, respectivamente).

También una semana después se quedaba con los padres para comentar y valorar los resultados del tratamiento.

Un mes más tarde se entregaron dos sobres a los profesores uno para ellos, con los cuestionarios TRF, CTRS-R y el listado de síntomas TDAH, y otro para los padres con los cuestionarios CBCL, CPRS-R, listado de síntomas TDAH, SCRS, y EPC. Una vez entregaban los cuestionarios cumplimentados, se quedaba con los padres para valorar y comentar estos últimos resultados.

En la tabla 31 se muestran las pruebas utilizadas durante el pretratamiento, el postratamiento y en el seguimiento.

<b>Tabla 31: Pruebas utilizadas durante las distintas fases de esta investigación</b>				
		<b>INFORMANTES</b>		
		<b>PADRES</b>	<b>PROFESORES</b>	<b>NIÑO</b>
<b>PRUEBAS</b>	Pre tratamiento, Postratamiento y seguimiento	- Child Behavior Checklist/4-18: CBCL (Achenbach, 1991a)	- Teacher's Report Form/5-12: TRF (Achenbach, 1991b)	-CPT Test de ejecución continua (Conners, 1995)
		-Conners Parent Rating Scale-Revised (CPRS-R, Conners, 1997)	-Conners Teacher Rating Scale-Revised (CTRS-R, Conners 1997)	-Test de Emparejamiento de Figuras Familiares MFFT-20 de Cairns y Cammock, 1978)
		-Listado de síntomas del TDAH para padres y profesores elaborado a partir de los criterios del DSM-IV por Amador, Forns y Martorell (2001)		
		-Escala de Problemas de Conducta EPC (Navarro, Peiro, Llacer y Silva, 1993)		
		-Escala de autocontrol de Kendall y Wilcox ( <i>Self-Control Rating Scale: SCRS</i> )		

## **5. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

Este tratamiento fue desarrollado a partir de la propuesta de varios programas de intervención cognitivo-conductuales de origen americano especializados en esta problemática, tales como Kendall y Braswell (1985), y Braswell y Bloomquist (1991). Se seleccionaron estos programas de intervención porque eran, en ese momento, uno de los mejores exponentes de este tipo de enfoque.

El tratamiento elaborado comparte con estos programas la aplicación de las siguientes técnicas: las autoinstrucciones (contenido y secuencia), el entrenamiento en estrategias de solución de problemas, el modelado, el modelado participativo, la autoevaluación, la demora reforzada, el refuerzo social, el autorrefuerzo individual, la economía de fichas, el coste de respuesta, el recuento de puntos, la elección y el menú de refuerzos, el tratamiento aquí propuesto difiere de aquellos programas en el número y organización de sesiones realizadas.

Respecto al número y organización de las sesiones, el programa que aquí se presenta se realiza en doce sesiones en un período de doce semanas, mientras que el programa de Kendall et al. (1985) incluye doce sesiones realizadas en un período de seis semanas, y el programa de Braswell et al. (1991) se lleva a cabo en trece sesiones a lo largo de catorce semanas; además, este último tratamiento incluye entrenamiento a padres y consejo escolar. También presenta novedades en la organización de la aplicación de las técnicas, la elección de los problemas sociales, el formato de presentación, etc. A continuación se comentaran las técnicas utilizadas en la investigación:

## **5.1 Técnicas utilizadas**

En este apartado se recogen las técnicas que se han utilizado en la aplicación del programa de intervención.

### **5.1.1 Autoinstrucciones**

Al igual que en los programas de intervención cognitivo-conductual diseñados por Kendall y Braswell (1985) y Braswell y Bloomquist (1991), el entrenamiento en autoinstrucciones constituye el elemento esencial en este tipo de programas. La autoinstrucción es una técnica que suele incluirse dentro de las técnicas de carácter cognitivo o de reestructuración cognitiva (Kendall, 1993). Es un procedimiento que pretende fomentar el uso del lenguaje o del habla en la autorregulación del comportamiento.

El método de las autoinstrucciones deriva directamente de los trabajos de Luria (1961) sobre la función directiva que ejerce el lenguaje sobre la conducta, especialmente en la infancia. Ya en 1980, Luria en su obra *Lenguaje y comportamiento* describía el proceso por el cual se adquiere la función reguladora del lenguaje a través de distintos periodos. El primero, que se extiende hasta los dos años o dos años y medio, es el periodo en el que el niño responde al habla del adulto pero es incapaz de responder a su propia habla para dirigir sus acciones. En ese momento la conducta del niño es regulada por el habla de los adultos, pero no por la suya propia. A partir de los tres años el niño inicia un segundo periodo en el que ya es posible que empiece a regular su comportamiento con su propio lenguaje. En torno a los 4-5 años, es cuando aparece el proceso de interiorización del lenguaje. Este periodo se produce una vez que se ha superado la fase en la que el habla de los demás, especialmente de los padres y cuidadores de los niños, regula el comportamiento de éstos últimos. En esta etapa es fácil encontrar niños que se hablan en voz alta para guiar sus acciones; posteriormente, el habla se convertirá en subvocal e inaudible.

Meichenbaum utilizó estos conceptos para desarrollar la hipótesis de que el problema principal de los niños impulsivos era disponer de un menor control verbal para dirigir su conducta motora, así como una peor utilización instrumental del lenguaje interno para regular su comportamiento, en comparación con otros niños. Según el citado autor, el entrenamiento en la función autorreguladora del habla podría facilitar en estos niños el cambio conductual necesario para mejorar su conducta y para reducir la impulsividad cognitiva (Meichenbaum y Goodman, 1971).

Mediante el entrenamiento en autoinstrucciones, Meichenbaum y Goodman (1971) pretendían romper las secuencias de pensamientos incorrectos que el niño impulsivo elaboraba momentos antes de resolver cualquier problema. Los citados autores aplicaron los principios de la función reguladora del habla a un grupo de 15 niños con resultados prometedores. En su programa incluyeron la técnica del modelado, y su ámbito de aplicación inicial fue la impulsividad infantil, si bien en la actualidad el procedimiento de autoinstrucciones abarca muchas otras áreas, entre ellas el tratamiento del TDAH.

**Cuadro 2: Ejemplo de aplicación del procedimiento autoinstrucciones aplicado en este programa (basado en Meichembaum y Goodman, 1971)**

- **Modelado cognitivo:** el terapeuta actúa como modelo realizando una tarea con autoverbalizaciones en voz alta.
- **Guía externa en voz alta:** el niño lleva a cabo la misma tarea bajo las instrucciones de el terapeuta.
- **Autoinstrucciones en voz alta:** el niño lleva a cabo la tarea mientras se dirige a sí mismo en voz alta.
- **Autoinstrucciones enmascaradas:** el niño lleva a cabo la tarea mientras cuchichea las intrucciones para sí mismo.
- **Autoinstrucciones encubiertas:** el niño guía su propio comportamiento a través de autoinstrucciones internas mientras va desarrollando la tarea.

Lo que se le enseña al niño es 1) la definición del problema; 2) guía de la respuesta; 3) autorrefuerzo y 4) autocorrección mediante autoverbalizaciones. Los objetivos, por tanto, son ayudar a los niños a mejorar sus autoinstrucciones, a saber automotivarse y a mantener el esfuerzo hacia sus objetivos.

A continuación se muestran las funciones que ejercen las verbalizaciones en la autorregulación de la conducta. Concretamente, se muestra cada uno de los pasos de resolución de problemas y el tipo específico de verbalizaciones dadas por el terapeuta para ayudar al niño a autorregular su comportamiento (para profundizar sobre el tema, véase Bornas y Servera (1996) (ver cuadro 3).

**Cuadro 3: Ejemplo sobre verbalizaciones utilizadas en la identificación del problema (basado en Bornás y Servera, 1996)**

Identificación de la demanda	El terapeuta ayuda a los niños a definir las demandas o los problemas de manera inteligible, clara, concreta y que no implique un excesivo número de acciones por parte del niño. Además debe fomentar en el niño la habilidad para identificar estas demandas. Por ejemplo; se le pide al niño que verbalice lo que hace, o que repita la demanda que se le ha hecho
------------------------------	---

En el cuadro 4 se muestra otro ejemplo sobre las verbalizaciones utilizadas en este programa, concretamente, nos referimos a la ayuda que proporciona el terapeuta al niño en la producción de alternativas. En el programa, el terapeuta dispone de situaciones sociales comprometidas para el niño que pueden ayudarle a utilizar esta herramienta. En este apartado también se trabaja el pensamiento divergente, que permite al niño pensar en más de una posible solución al conflicto.

**Cuadro 4: Ejemplo sobre verbalizaciones utilizadas en la producción de alternativas (basado en Bornás y Servera, 1996)**

Producción de alternativas	El terapeuta debería plantear situaciones nuevas o problemáticas, en razón de la edad y los intereses de cada niño, para estimular el aprendizaje significativo, es decir, potenciar que el niño sea capaz de generar alternativas para resolver situaciones con las que se encuentra realmente. También en este apartado es importante que el terapeuta actúe como modelo en situaciones que acontecen dentro de la sesión y que pueda facilitar el aprendizaje vicario (por imitación)
----------------------------	--

El cuadro 5 muestra otro ejemplo sobre las verbalizaciones utilizadas en este programa. Concretamente, expondremos la ayuda que proporciona el terapeuta al niño a prever las posibles consecuencias de las alternativas planteadas. En cualquier caso, la elección de la mejor solución tiene un carácter bastante individualizado, de tal manera que la mejor solución para un niño no necesariamente puede serlo para otro.

**Cuadro 5: Ejemplo sobre verbalizaciones utilizadas en la previsión de alternativas (basado en Bornás y Servera, 1996)**

Previsión de consecuencias	El terapeuta debe ayudar a enumerar las posibles alternativas para alcanzar los objetivos que se ha marcado; también debe prever y analizar las consecuencias (tanto los inconvenientes como las ventajas) que se desprenden de cada una de las alternativas propuestas y, finalmente, elegir la alternativa que se considere más oportuna para ese
----------------------------	---

	caso en particular
--	--------------------

En el cuadro 6 se muestra otro ejemplo sobre las verbalizaciones utilizadas en este programa, concretamente, sobre la ayuda que proporciona el terapeuta al niño para elegir la mejor alternativa, de poco sirve que el niño enumera o escriba ocho o diez alternativas si luego elige la primera que se le ocurre.

**Cuadro 6: Ejemplo sobre verbalizaciones utilizadas en la selección de la mejor alternativa (basado en Bornás y Servera, 1996)**

Selección de la mejor alternativas	El terapeuta en esta fase puede descartar aquellas alternativas o soluciones cuyas consecuencias sean desagradables; excesivamente costosas desde el punto de vista de esfuerzo, tiempo o dinero; o bien, que no conduzcan a los objetivos establecidos
------------------------------------	---

Una vez que el niño sabe lo que tiene que hacer, debe pensar en cómo lo va hacer y planificar la acción dirigida hacia tales objetivos (Cuadro 7).

**Cuadro 7: Ejemplo sobre verbalizaciones utilizadas en la planificación de la acción que realizar (basado en Bornás y Servera, 1996)**

Planificación de la acción que realizar	El terapeuta comenta con el niño la alternativa escogida para resolver la tarea con las mayores garantías de éxito. Una vez más se comenta la idoneidad de la alternativa elegida en relación al enunciado planteado
---	--

Tal y como recuerdan Bornás y Servera (1996), la ejecución de cualquiera de estos actos requiere del buen funcionamiento de los procesos perceptivos y cognitivos de dirección, control, evaluación y rectificación de la conducta en marcha.

Para generalizar los pasos de las autoinstrucciones, a partir de la segunda semana del programa se animó a los niños a mencionar una o dos situaciones en las que consideraban que podrían haber aplicado las autoinstrucciones para resolver algún problema. Estos ejemplos fueron utilizados para hablar sobre cómo podía utilizarse en otros contextos el programa de las autoinstrucciones.

### **5.1.2 Entrenamiento en estrategias de solución de problemas**

Autores como D’Zurrilla y Goldfried (1971) indicaron que las autoinstrucciones podrían mejorarse si se ajustaban a un proceso de solución de problemas. La solución de problemas es una técnica dirigida a entrenar a los niños a resolver problemas para mejorar su competencia social. Esto hizo que en el proceso de solución de problemas se incorporase las estrategias de autoinstrucciones. D’Zurrilla y Goldfried (1971) fueron los pioneros en presentar trabajos aplicando el entrenamiento en autoinstrucciones junto con el proceso de solución de problemas.

El entrenamiento en solución de problemas, presentado por estos autores, comprende cinco fases: reconocer la existencia de un problema; comprender, especificar la naturaleza del problema y los objetivos que garantizan su solución; generar alternativas factibles y adecuadas para resolver el problema; determinar cuál de estas alternativas es la mejor solución; y, finalmente, evaluar la eficacia de la solución y plantear qué hacer después.

Meichenbaum et al. (1981) utilizaron el entrenamiento en solución de problemas en combinación con el entrenamiento en autoinstrucciones para tratar a niños con hiperactividad o impulsividad. Kendall y Braswell (1985) y Braswell y Bloomquist (1991), han utilizado el entrenamiento en solución de problemas en sus respectivos programas de intervención, en combinación con otras técnicas para mejorar las habilidades de competencia social en niños con TDAH. Anastopulos et al., (1993) aplicó el entrenamiento en solución de problemas en un grupo de padres de niños con TDAH para mejorar los conflictos y la comunicación entre ellos. El entrenamiento en solución de problemas permitió reducir la percepción de estrés en los padres, aumentar su autoestima, sintiéndose más capaces de enfrentarse a los acontecimientos diarios, mejorar la comunicación entre ellos y disminuir la severidad de los síntomas del TDAH en sus hijos, tras la intervención.

Sintetizamos a continuación el contenido y la secuencia del entrenamiento en solución de problemas utilizado en esta investigación basándonos en los trabajos de D'Zurrilla y Goldfried (1971) y Shure (1981) (tabla 32).

### **Tabla 32. Contenido y secuencia del entrenamiento en solución de problemas**

1) Identificación del problema y toma de conciencia de lo que se trata (¿qué es lo que tengo que hacer? )

2) Focalización de la atención en la respuesta que se piensa elaborar (Bien, tranquilo, lo que yo quiero hacer es..., o bien, bien, detente y piensa en cómo lo voy a resolver)

3) Valoración de las alternativas para resolver el problema (muy bien, tengo tres alternativas posibles, pero con la primera no resuelvo el problema, sino que creo otro; la segunda es buena y fácil de aplicar, y la tercera es inviable. Pues bien, creo que aplicaré la segunda)

4) Elección de una respuesta y autoevaluación de la misma (Bien, ya sé lo que tengo que hacer. Ahora haré... ¿Me ha salido bien?)

5) Autorrefuerzo (Muy bien, lo estoy haciendo muy bien...), y corrección de los errores, si se producen (Bueno, me he equivocado. No pasa nada, vuelvo al principio. Lo que yo quiero hacer es...)

La relación entre las autoinstrucciones y el entrenamiento en solución de problemas ha sido objeto de diferentes estudios. En la actualidad, tanto las autoinstrucciones como el entrenamiento en solución de problemas forman parte de programas multicomponentes con fines preventivos o terapéuticos que los combinan de forma efectiva (Meichenbaum et al., 1981; Kendall y Braswell, 1985; Braswell y Bloomquist, 1991; y Bornás y Servera, 1992; Bornás y Servera, 1996). Las experiencias iniciales de Meichenbaum fueron muy prometedoras, y consiguieron reducir la impulsividad y la hiperactividad en niños problemáticos (Meichenbaum y Goodman, 1971). Además, otros autores como

Kendall et al. (1985) y Bloomquist et al. (1991) comprobaron experimentalmente que el éxito de los programas de tratamiento no se debía a la función reguladora del habla o al modelado por separado, sino que era la combinación de ambas técnicas lo que realmente producía efectos beneficiosos.

A continuación mostraremos unos ejemplos relativos a cómo se aplica el entrenamiento en solución de problemas y cómo se trabaja cada uno de estos aspectos en el programa de tratamiento (cuadros 8, 9 y 10).

A continuación se muestra un ejemplo de la aplicación de verbalizaciones y entrenamiento en solución de problemas. En este ejemplo, el terapeuta presenta un problema; ayuda a los niños a concretarlo, haciéndoles intervenir a todos, y procurando no perder su atención, actúa como modelo para mostrar formas de solucionar el problema planteado; pide de nuevo la colaboración de los niños y les ayuda a elegir la alternativa más apropiada para resolver la tarea; y finalmente felicita a los niños por su trabajo.

#### **Cuadro 8: Ejemplo de ejercicios**

<b>Identificación del problema</b>	Si estás en clase y la lección que explica la profesora te aburre y no puedes estarte quieto/a, ¿Qué harías?
<b>Focalización de la atención</b>	Lee atentamente y despacio el problema que se te plantea.
<b>Alternativas</b>	Intenta dar tantas soluciones como se te ocurran. ➤ (aquí los niños escriben todas sus propuestas)
<b>Elección de las alternativas</b>	Ahora, entre todas las alternativas que tienes, ¿cuál crees que será la mejor?
<b>Autorefuerto y corrección de errores</b>	Escribe la alternativa que creas que es mejor para este problema. Explica por qué. (Se comenta con el grupo). Se elogia la elección de la alternativa, y se alaba la participación de los niños,

entre otras cosas.

A continuación mostramos otro ejemplo que se ha utilizado en el tratamiento. En el ejemplo anterior la identificación del problema ya se le proporciona, y el niño debe buscar alternativas, sopesar los pros y contras y escoger una de ellas. En este ejemplo, además de todo esto, el niño debe identificar cuál es el problema que tiene. Esto puede parecer muy simple, pero los niños con TDAH a veces pueden mostrar verdaderas dificultades para saber cuál es el problema real, y pueden equivocarse al identificarlo.

#### **Cuadro 9: Ejemplo de ejercicios**

<b>Acontecimiento</b>	¿Qué harías en la siguiente situación?: Víctor está jugando a fútbol. Sin querer, chuta la pelota muy fuerte y rompe un cristal de una ventana del colegio
<b>Focalización de la atención</b>	Lee atentamente y despacio el problema que se te plantea
<b>Identificación del problema</b>	¿Cuál es el problema? (escríbelo)
<b>Elección de alternativas</b>	Concéntrate. Piensa en posibles soluciones, piensa cuál sería la más idónea para el problema planteado y escríbela
<b>Autoreforzamiento y corrección de errores</b>	Se comenta con el grupo. Se elogia la elección de la alternativa y se alaba la participación de los niños, entre otras cosas

A continuación se muestra otro ejemplo de la aplicación del entrenamiento en solución de problemas. En este ejemplo se insiste en la elaboración de alternativas y en la previsión de consecuencias.

**Cuadro 10: Ejemplo de ejercicios**

<b>Acontecimiento</b>	Un compañero de clase se ha burlado de tu cartera y te pones a discutir con él
<b>Identificación del problema</b>	¿Cuál es el problema? (escríbelo)
<b>Elección de alternativas</b>	<p>Concéntrate. Piensa en posibles soluciones a este conflicto. Se le pide que escriba un mínimo de tres alternativas, y se le pregunta:</p> <p>➤ ¿Qué puede ocurrir en cada alternativa?</p>
<b>Autofuerzo y corrección de errores</b>	Se comenta con el grupo. Se elogia la elección de la alternativa y se alaba la participación de los niños, entre otras cosas

El objetivo de estos ejemplos fue ayudar a los niños a mejorar su capacidad de definir los problemas, de analizar sus partes, de buscar las opciones que mejor convengan a cada situación teniendo en cuenta múltiples perspectivas; y, junto con las indicaciones que realiza el terapeuta, mejorar en ellos su capacidad de automotivarse y mantener el esfuerzo.

En la aplicación de nuestro programa se concedió especial importancia a que los niños comprendieran las autoinstrucciones y los pasos de solución de problemas, para lo que se recurrió a una mascota. Esta mascota es un búho llamado Roberto (ver figura 2). La mascota en tamaño grande y plastificada, llevaba desglosado el procedimiento de solución de problemas y presidía todas las sesiones de tratamiento. El terapeuta les recordaba que debían utilizar los cinco pasos y, como ayuda extra, al lado de cada ejercicio se les dibujaba la mascota en pequeño para recordarles que debían utilizar los cinco pasos que hasta entonces habían estado usando para solucionar las tareas.

Figura 2: Mascota del programa.





### 5.1.3 Modelado participativo

El modelado es un proceso de aprendizaje observacional en el que el terapeuta actúa como estímulo para generar conductas, pensamientos o actitudes semejantes en los niños que observan su actuación. El modelado es utilizado tanto para adquirir conductas o habilidades como para inhibir o desinhibir conductas determinadas.

El modelado es otra de las técnicas que está presente de forma continua en el programa que se muestra en esta investigación. Los antecedentes de esta técnica se hallan en la obra de Albert Bandura (1977) *Teoría del aprendizaje social*. En ella, Bandura reconoce la influencia del medio para regular la conducta a través de mecanismos cognitivos. Este investigador también considera que los modelos influyen a quienes les observan por el hecho de que éstos últimos adquieren representaciones simbólicas de las actividades efectuadas por el modelo. Estas representaciones les servirán posteriormente para guiar su propia conducta a fin de obtener un determinado resultado. En nuestro programa, el modelado se introduce de la siguiente forma (ver cuadro 11).

#### **Cuadro 11: El modelado**

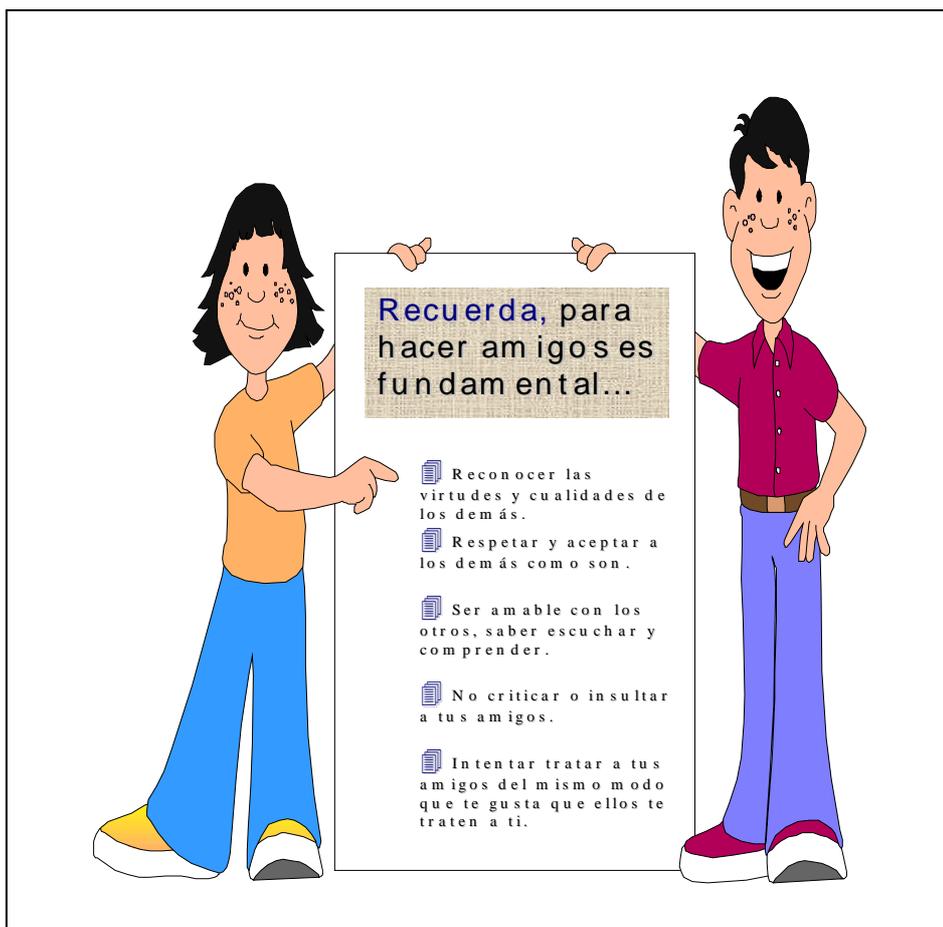
<b>Modelado</b>	<p>El terapeuta dirigía, como en cada sesión, la realización de los ejercicios que debían realizar los niños;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ en algunos casos, el terapeuta los corregía verbalizando en voz alta las estrategias de solución de problemas;</li> <li>➤ o bien, una vez que todos los niños habían concluido con su trabajo, se pedía que cada uno de ellos diese sus soluciones y entre todos, brevemente, se analizaban para ver si eran o no correctas.</li> </ul> <p>En ambos casos se les pedía a los niños que dijese cuáles eran las buenas y malas consecuencias de</p>
-----------------	--

cada una de las soluciones propuestas.

Este mismo método ha sido utilizado por diversos autores con buenos resultados (Copeland y Wissbrod, 1980; Schepis, Reid y Behrman, 1996; Anhalt, Mcneil y Bahl, 1998). Los datos de numerosos estudios avalan la eficacia del uso del modelado para tratar a los niños con TDAH (Urbain y Kendall, 1980; Kendall, Reber, Mcleer, Epps y Ronan, 1990; Hinshaw, 1991; Kazdin, Siegel y Bass, 1992; Arnold, O`Leary y Edwards, 1997a).

En el manual también se incluían dibujos de niños que “daban” consejos (ver cuadro 12).

**Cuadro 12:** Ejemplo de **una ilustración de niños dando consejos** utilizada en el programa de tratamiento



### 5.1.4 Autoevaluación

Para desarrollar la autoevaluación del niño, éste necesita someterse primero a una evaluación externa inicial adecuada para poder compararse. Tanto en el programa de Kendall y Braswell (1985) como en el de Braswell y Bloomquist (1991) se pretende ayudar al niño a tomar conciencia del tipo de problemas que le ocasiona su conducta hiperactiva mediante la autoevaluación de su propio comportamiento. Para nuestro programa se siguió el modelo propuesto por estos autores y se incluyó en el programa la autoevaluación del comportamiento del niño al final de cada sesión. A diferencia de estos autores, que utilizaban una escala de valoración de 1 a 5, en esta investigación la valoración del comportamiento se ha realizado entre 1 y 10. A continuación se muestra la secuencia de la autoevaluación (tabla 33).

**Tabla 33. Procedimiento de autoevaluación utilizado en este programa, basado en las propuestas de Kendall y Braswell (1985) y Braswell y Bloomquist (1991)**

1. El niño valora su comportamiento durante la sesión. La valoración se realiza de 1 (fatal) a 10 (excelente)
2. El terapeuta valora la conducta del niño
3. El niño será felicitado y, además, ganará un punto extra, si ambas valoraciones coinciden o difieren en un punto (por exceso o por defecto)
4. El terapeuta animará al niño a buscar cuáles han sido los motivos que han provocado la discrepancia, si las valoraciones del niño y del terapeuta discrepan en más de un punto

En el cuadro 13 se ejemplifica cómo tanto el niño como la terapeuta realizaban la evaluación del comportamiento.

**Cuadro 13.** Autoevaluación utilizada en este programa de tratamiento.

		¿CÓMO ME HE COMPORTADO HOY?								
		Piensa en lo que has hecho durante la sesión y evalúa cómo ha sido tu comportamiento								
	Fatal	Muy mal	Mal	Bastante mal	Regular	Bastante bien	Bien	Muy bien	Fenomenal	Excelente
Tu valoración	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Valoración del terapeuta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Por lo general, el niño con TDAH se muestra poco objetivo en su evaluación. El trabajo del terapeuta consiste en encauzar su pensamiento hacia la objetividad, y entrenar al niño a conseguir una correcta autoevaluación de su comportamiento. Para ello es necesario que la autoobservación se prolongue durante toda la sesión.

### 5.1.5 Demora forzada

Las técnicas que se utilizan en este programa de intervención están dirigidas al desarrollo, establecimiento, fortalecimiento o eliminación de ciertas conductas. Se trata, pues, de disponer de contingencias de refuerzo, de manera que la conducta deseada sea reforzada en presencia de ciertas condiciones discriminativas, contando de entrada con estímulos motivantes o reforzadores. La lógica operante se caracteriza por la causalidad final; la conducta operante incorpora el propósito y la intención. Las técnicas que hemos utilizado en el programa, dirigidas a reducir conductas, son la demora forzada y el costo de respuesta. Para incrementar las conductas deseadas se utilizó la organización de contingencias, además de contar con el uso de instrucciones verbales, el uso de modelos y el refuerzo de conductas específicas.

Autores como Kagan (1966) y Gargallo (1993) comprobaron la eficacia de la demora forzada en niños que presentaban como principal problema la falta de autocontrol. Estos autores utilizaron la mediación verbal (es decir, instrucciones verbales claras) y el modelado participativo (llevado a cabo por el terapeuta) para conseguir la demora de la respuesta. Durante este tiempo de demora se enseña a los niños a reflexionar sobre las alternativas que proponen para resolver los problemas. Concretamente, durante la realización de este programa de intervención se animó a los niños a tomarse el tiempo necesario antes de dar una solución al problema o ejercicio planteado (ver cuadro 14).

**Cuadro 14: Ejemplo sobre demora forzada basado en autores como Kagan (1966) y Gargallo (1993)**

Demora  
forzada

El terapeuta exige al niño un tiempo mínimo, previamente fijado por este profesional, para la realización de cada uno de los ejercicios de que consta el programa. Por lo general, en este ejercicio se pedía a los niños un tiempo mínimo de entre 5 y 10 minutos para realizarlo

### 5.1.6 Refuerzos

El refuerzo contingente a la realización de la conducta deseada ha demostrado ser eficaz para incrementar conductas de baja frecuencia. En nuestro programa se utilizó el refuerzo social (la aprobación, el reconocimiento, la crítica constructiva, etc.). En el programa que se aplicó en esta investigación también se incorporó un sistema de fichas –economía de puntos– con el que mediante fichas se reforzaba el buen comportamiento de los niños. También se combina la técnica de coste de respuesta, es decir, otorgar fichas negativas por comportamientos problemáticos durante la sesión. La utilización de reforzadores, como la economía de fichas y el coste de respuesta, ya habían sido utilizados con éxito en los programas propuestos por Kendall y Braswell (1985) y Braswell y Bloomquist (1991).

Muchos estudios enfatizan la importancia de reforzar a los niños socialmente y también de manera tangible. También señalan que es igualmente importante que el refuerzo sea contingente a la conducta que se desea implantar o desarrollar, es decir, que el refuerzo escogido sea “ganado” por el sujeto. El niño debe darse cuenta que el reforzador es el resultado de su buen comportamiento (Abramowitz, O’leary y Rosen, 1987; Acker y O’leary, 1987; Ajibola y Clement, 1995).

Ejemplos sobre refuerzo positivo:

El elogio puede ser descriptivo.

“José, muy bien por ayudar a tu compañero a finalizar su ejercicio”

El elogio puede ser una sugerencia para evitar futuras conductas inadecuadas.

“Gracias, Marina, por haber cerrado la puerta despacio”

El halago debe incluir elementos positivos y motivadores para el niño.

“Francesc, has hecho un buen trabajo. Has pensado en muchas alternativas”

El halago debe aplicarse de forma contingente a la emisión de la conducta que deseamos incrementar.

“Patricia, me han gustado muchos las posibilidades que has presentado, y la elección de tu solución. Creo que has hecho un trabajo estupendo”

El elogio puede ser específico para describir ciertas conductas junto con elogios más generales.

“Gracias, Joan, por ayudarme a repartir los cuadernos”

### 5.1.7 Autorrefuerzo individual

El autorrefuerzo es la habilidad de encontrar por uno mismo refuerzos positivos (Barkley, 1992). El proceso de autocontrol y autorregulación de la propia conducta depende en gran medida de la capacidad que tiene el niño de autorreforzar su propio comportamiento. En otras palabras, si el niño no es capaz de autorreforzarse y animarse a seguir un trabajo o actuación, es menos probable que esa conducta o comportamiento se repita en un futuro (Breen y Altepeter, 1990; Bloomquist, August y Ostrander, 1991).

Hay autores que no recomiendan el uso de refuerzos positivos por parte del terapeuta para potenciar la adquisición, el incremento o el mantenimiento de determinadas conductas ya que puede generar dependencia del niño cuyo comportamiento se está reforzando respecto de la persona, en este caso el terapeuta, que administra los reforzadores (Anastopoulos et al., 1996; Baber, Milich y Welsh, 1996). Para evitarlo se recomienda favorecer la capacidad del niño para autorreforzarse: cuanto mayor sea ésta, menos dependencia tendrá del refuerzo externo, ya que el propio sujeto sabrá buscar y encontrar formas de autorreforzarse.

En este programa se insistió especialmente en que el niño aprendiese a autorreforzarse por sí mismo y a felicitarse, de tal manera, que se animó a los niños a que se halagasen cuando realizaban algo bien hecho. En ocasiones se animaba a uno de los niños a explicar al resto del grupo sus “trucos” para permanecer por sí solo atento y acabar con éxito los ejercicios. Y en situaciones en que, por ejemplo, no lograban que saliesen como se esperaba, se les animaba a buscar nuevas soluciones, insistiendo, una vez más, en las autoverbalizaciones.

El terapeuta ayuda a continuar con el esfuerzo, y a que ellos mismos se animen.

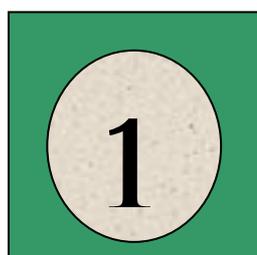
“Lo estoy haciendo muy bien, debo seguir trabajando así”

El terapeuta ayuda a los niños a observarse y a valorar los progresos que hacen.  
"He sabido identificar muy bien el problema, y buscar muchas alternativas, aunque al final he dicho algo que no debía; bueno, la próxima vez seguro que lo haré mejor"

### 5.1.8 Economía de fichas

La economía de fichas es un procedimiento dirigido a establecer un control sobre un determinado ambiente. Ayllon y Azrin (1968) lo utilizaron por primera vez para motivar a pacientes mentales crónicos institucionalizados con objeto de que actuaran de un modo más competente. Su característica fundamental es la introducción de refuerzos artificiales intercambiables por otros refuerzos tangibles. La emisión de refuerzos está controlada por el terapeuta y es contingente a la emisión, por parte del niño, de aquellas conductas que se desea incrementar o mantener. Sirve para eliminar conductas desadaptativas y controlar las conductas de una persona o grupo. Este sistema ha sido ampliamente utilizado en la clínica y forma parte de multitud de programas de intervención, ya sea con niños, adolescentes o adultos, etc. (Kazdin et al. 1992; Kavale, Mathur, Forness, Rutherford y Quinn, 1997). En el cuadro 15 se muestra un punto positivo y un punto negativo, de color verde y rojo, respectivamente. Estos puntos son similares a los que se entregaban a los niños en el programa por su conducta.

Cuadro 15. Punto positivo (verde) y punto negativo (rojo)



El uso de fichas como refuerzo en el programa se basa en los siguientes aspectos: 1) pueden administrarse inmediatamente después de que el niño realice un comportamiento que el terapeuta quiere reforzar, para posteriormente canjear los puntos obtenidos por reforzadores de apoyo; 2) las fichas hacen que sea más fácil administrar refuerzos en grupo, de manera coherente y eficaz; 3) el refuerzo está presente hasta que el niño lo sustituye por el refuerzo final; 4) permite cuantificar la entrega de refuerzos, la emisión de conductas adecuadas y la selección de los refuerzos finales por parte del niño.

El proceso se desarrolla en tres fases: fase de establecimiento de diez fichas como refuerzo generalizado, fase de aplicación contingente de las fichas por las conductas deseadas y canjeo de las fichas por una actividad divertida al final de la sesión. Los niños podían recibir puntos por: utilizar los cinco pasos; por hacer un buen trabajo y ser especialmente cuidadosos en su tarea, realizar los ejercicios indicados por el terapeuta: a veces, de forma excepcional, se premiaban también aquellas alternativas que eran originales, que iban en la línea y el espíritu del programa; a veces, también, se reforzaba por conductas que hacían los niños entre ellos, es decir, por ayudarse, por mostrarse especialmente cooperador, etc.

### **5.1.9 Coste de respuesta**

Consiste en retirar un reforzador positivo de manera contingente a la emisión de una conducta. Con ello se consigue una rápida y relativa reducción de la conducta con efectos duraderos parecidos a los del castigo. En este programa se utilizaron dos tipos de fichas, unas de color verde y otras de color rojo, para reforzar conductas deseables y para penalizar conductas no tan deseables, respectivamente. Autores como Yap y Peters (1985) encontraron que este tipo de procedimiento era muy eficaz como retroalimentación negativa para los niños que presentaban impulsividad cuando éstos cometían errores, procedimiento que dichos autores consideran que es mucho más eficaz que el uso de recompensas a las respuestas correctas como única técnica de intervención para mejorar el rendimiento de los niños.

Las conductas por las cuales los niños podían ser penalizados con la pérdida de puntos podían ser: ir demasiado deprisa y equivocarse en los ejercicios; comportarse inadecuadamente durante la sesión (patalear, chillar, correr en la clase, etc.); negarse a realizar los deberes; molestar a otros compañeros, etc.

### 5.1.10 Recuento de puntos

El objetivo que se persigue con los puntos es fortalecer conductas deseadas. Los puntos eran dados inmediatamente después de la emisión de la conducta deseada, y eran proporcionales a la importancia y la dificultad de la conducta premiada. A este sistema se le añadió el coste de respuesta, que significa que el niño pierde puntos por la realización de conductas inadecuadas (en el programa, se daba un punto rojo al niño con una conducta inadecuada, de manera que al final del día este punto se restaba a los puntos verdes que había obtenido. Se siguió este sistema porque la técnica de coste de respuesta puede ser desagradable para muchos niños, y más aún cuando se tienen que retirarles físicamente puntos que ellos ya han obtenido o, en el peor de los casos, puntos que todavía no le ha dado al niño tiempo de obtener).

Para evitar situaciones tales como que el niño se niegue a dar el punto ganado, o que todavía no tenga puntos para entregar, se optó por dar puntos rojos que al final del día se restaban a los que había ganado ese niño ese mismo día. Este sistema de recuento fue muy divertido para los niños, porque de esta forma ellos mismos podían comprobar hasta qué punto se habían comportado bien durante la sesión.

El cuadro 16 muestra el “recuento de puntos” que se utilizó en el programa.

<b>Fecha:</b>	<u>                    </u>	
Puntos ganados	-	<input type="text"/>
Puntos perdidos	-	<input type="text"/>
<b>Puntos de hoy</b>		<input type="text"/>
Puntos en el BANCO	+	<input type="text"/>
<b>TOTAL</b>		<input type="text"/>
Puntos jugados	-	<input type="text"/>
<b>BANCO</b>		<input type="text"/>

**Puntos ganados:** aquí se anota el número de puntos ganados por su buen comportamiento (puntos verdes)

**Puntos perdidos:** se anota le número de puntos conseguidos por mal comportamiento (puntos rojos)

**Puntos de hoy:** es la resta entre los puntos verdes y rojos

**Puntos en el banco:** son los puntos que le quedaban de la semana anterior

**Total:** puntos de que dispone

**Puntos jugados:** puntos que gasta para participar en el juego colectivo (ver menú y elección de refuerzo)

**Banco:** puntos que quedan para la próxima sesión

Cuadro 16: Recuento de puntos

### 5.1.11 Menú y elección del refuerzo

Por lo general, los menús de actividades reforzantes son extensas listas previamente confeccionadas para que el niño pueda elegir entre diversas actividades. En el programa de tratamiento, el refuerzo consistía en la elección de una actividad divertida que se realizaba en los últimos cinco minutos de la sesión. Eran juegos en los que participaban todos los niños.

*Elección del juego:* el juego era elegido por el niño que más puntos había conseguido en aquella sesión.

*Coste del juego:* para jugar a la actividad, los niños gastaban los puntos que tenían en el banco.

*Procedimiento:* uno de los niños cogía un dado y lo tiraba y los puntos que salían eran los que costaba la actividad, y eran los que se restaban al total de puntos de cada uno de los niños.

Si en una misma sesión había dos niños que habían conseguido igual número de puntos, uno era quien elegía el juego y otro quien tiraba el dado.

En un principio se confeccionó una lista de actividades reforzantes, pero la práctica piloto nos reveló que una lista demasiado extensa hacía que los niños dudasen a elegir la actividad y pasaran casi la mitad del tiempo pensando qué actividad elegir, en vez de dedicar ese tiempo a jugar. Esto era especialmente cierto en aquellos niños que tenían peor autoestima, ya que aprovechaban ese momento de atención y máxima responsabilidad, por encima de los otros niños, para atraer hacia sí la máxima de atención de todos.

Finalmente, se optó por estas actividades:

1. *Memo.* Se confeccionaron fichas de cartulina con pares de fotos; éstas se colocaron del revés y, por turnos, cada niño levantó dos fichas: si coincidían se las quedaba, y tenía la posibilidad de jugar de nuevo; si las dos fichas no coincidían, las volvía a girar y a colocar en la misma posición encima de la

mesa, y pasaba el turno al siguiente. Ganaba el niño que había conseguido emparejar más número de fichas.

2. *Las películas*: cada uno de los niños pensaba en el título de una película; por turnos, cada niño representaba la película delante de sus compañeros, hasta que uno de ellos la adivinaba.

3. *Oficios*: igual que la actividad anterior, pero con oficios en lugar de películas.

4. *Adivina, adivinanza*: por turnos, los niños leían un par de adivinanzas que los demás niños debían adivinar. Para la ocasión se llevaba el libro "*Endevinalles*". Editorial la Galera.

## 5.2 Diseño

En un primer momento se pensó diseñar un programa de tratamiento cognitivo-conductual que abarcara una amplia gama de problemas con que se encuentran estos niños (desde dificultades académicas hasta problemas en habilidades sociales). Este programa estaba pensado para ser realizado durante un período de seis meses, a razón de una sesión por semana. Posteriormente, tras la realización de un estudio piloto para la aplicación del primer programa durante el curso 1994-95, se advirtió la dificultad material que entrañaba la realización de un tratamiento de seis meses de duración que abarcara tantas áreas de intervención, por lo que nos vimos obligados a diseñar de nuevo el programa. Finalmente, el programa constó de 12 sesiones de tratamiento. Cada sesión ha tenido una estructura definida.

A continuación se presenta cada una de las 12 sesiones, su contenido, los objetivos y el modo de desarrollo en la aplicación del programa cognitivo-conductual (tabla 34):

**Tabla 34. Contenidos, objetivos y desarrollo de las sesiones en la aplicación del programa cognitivo-conductual para niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad**

<b>Sesión</b>	<b>1</b>
<b>Contenido</b>	<b>Presentación e introducción de las técnicas</b>
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Introducción de la organización y la estructura del programa</li> <li>➤ Inicio a las técnicas de tratamiento</li> </ul>
<b>Desarrollo de la sesión</b>	
<b>T</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información sobre las normas del grupo</li> </ul>
<b>T</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de la mascota del programa</li> </ul>
<b>T</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejemplificación sobre cómo realizar la valoración del comportamiento por parte del niño y del terapeuta</li> </ul>
<b>T</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introducción del sistema de puntos</li> </ul>
<b>T</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introducción del coste de respuesta</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejemplificación del uso del recuento de puntos y del menú de recompensas</li> </ul>
<b>T:</b> Terapeuta, <b>N:</b> Niño	

<b>Sesión</b>	<b>2</b>
<b>Contenido</b>	<b>Entrenamiento en solución de problemas sociales y en autoinstrucción</b>
<b>Objetivos</b>	➤ Potenciar el autocontrol personal, la atención y la autoevaluación del comportamiento
<b>Desarrollo de la sesión</b>	
<b>T</b>	• Presentación de tres conflictos de interacción social
<b>T + N</b>	• Definición operativa de los conflictos
<b>T+ N</b>	• Búsqueda de alternativas de solución
<b>T+ N</b>	• Análisis de consecuencias
<b>T+ N</b>	• Selección de la alternativa más adecuada
<b>T+ N</b>	• Demostraciones con uso de autoinstrucciones por parte del terapeuta
<b>T+ N</b>	• Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y terapeuta)
<b>T+ N</b>	• Recuento de puntos
<b>T+ N</b>	• Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera
<b>T:</b> Terapeuta, <b>N:</b> Niño	

<b>Sesión</b>	<b>3</b>
<b>Contenido</b>	<b>Ejemplificación de las técnicas de solución de problemas y autoinstrucción</b>
<b>Objetivos</b>	➤ Potenciar el autocontrol personal, la atención y la autoevaluación del comportamiento
<b>Desarrollo de la sesión</b>	
<b>T</b>	• Repaso de los pasos de solución de problemas, en un ejercicio concreto
<b>T</b>	• Presentación de los ejercicios
<b>T + N</b>	• Seguimiento de instrucciones
<b>T</b>	• Se presta especial atención al análisis de la situación de forma operativa que nos sirva de guía para poder decidir después cuál será la alternativa más adecuada
<b>T+N</b>	• Autoimposición de demora en la realización de la tarea
<b>T + N</b>	• 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
<b>T + N</b>	• Refuerzo social
<b>T + N</b>	• Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y terapeuta)
<b>T+ N</b>	• Recuento de puntos
<b>T+ N</b>	• Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera
<b>T:</b> Terapeuta, <b>N:</b> Niño	

<b>Sesión</b>	<b>4</b>
<b>Contenido</b>	<b>Guía autodirigida en la utilización de estrategias de solución de problemas y autoinstrucción</b>
<b>Objetivos</b>	➤ Potenciar la demora temporal, la atención, el autocontrol verbal y la autorregulación
<b>Desarrollo de la sesión</b>	
<b>T + N</b>	• Revisión de los pasos de solución de problemas, en un ejercicio concreto
<b>T</b>	• Ejemplificación por parte el terapeuta de la aplicación de las técnicas de solución de problemas y autoinstrucciones para resolver el problema
<b>T</b>	• Presentación de los ejercicios
<b>T+ N</b>	• Seguimiento de instrucciones
<b>T+ N</b>	• Se presta especial atención a la propuesta de alternativas. No se pone límite a los niños en la explicación o al escribir posibles alternativas de resolución los problemas. Parecido a la técnica de “brainstorming” o lluvia de ideas
<b>T + N</b>	• Autoimposición de demora en la realización de la tarea
<b>T + N</b>	• 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
<b>T + N</b>	• Refuerzo social
<b>T+ N</b>	• Motivación a los niños a utilizar el procedimiento de cinco pasos de solución de problemas en diversas situaciones escolares y/o familiares
<b>T+ N</b>	• Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y terapeuta)
<b>T+ N</b>	• Recuento de puntos
<b>T+ N</b>	• Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera
<b>T:</b> Terapeuta, <b>N:</b> Niño	

<b>Sesión</b>	<b>5</b>
<b>Contenido</b>	<b>Entrenamiento en estrategias sociales: analizar situaciones, buscar alternativas, planificar la solución</b>
<b>Objetivos</b>	➤ Incrementar la reflexión formulando diversas soluciones hipotéticas a los problemas planteados y analizar sus pros y contras, anticipando las posibles consecuencias
<b>T + N</b>	• Revisión de los pasos de solución de problemas, con ejercicios concretos
<b>T</b>	• Presentación
<b>T</b>	• Actuación como modelo por parte del terapeuta, en la que presenta problemas hipotéticos y los resuelve
<b>T + N</b>	• Se presta especial atención a la propuesta de alternativas propuestas por los niños
<b>T + N</b>	• Autoimposición de demora en la realización de la tarea
<b>T + N</b>	• 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.
<b>T + N</b>	• Refuerzo social
<b>T + N</b>	• Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y terapeuta)
<b>T + N</b>	• Recuento de puntos
<b>T + N</b>	• Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera
<b>T:</b> Terapeuta, <b>N:</b> Niño	

<b>Sesión</b>	<b>6</b>
<b>Contenido</b>	<b>Solución de problemas en situaciones formales e informales</b>
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Entrenar en resolución de problemas, en previsión y anticipación de consecuencias y en toma de decisiones.</li> <li>➤ Potenciar la demora forzada y el autocontrol y la autorregulación</li> </ul>
<b>Desarrollo de la sesión</b>	
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de los ejercicios</li> </ul>
<b>T</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actuación como modelo por parte del terapeuta en el que presenta un problema hipotético y los resuelve</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se presta especial atención al análisis de las posibles consecuencias de la alternativa elegida</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoimposición de demora en la realización de la tarea</li> <li>• Corrección en grupo del ejercicio: análisis de las alternativas propuestas</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• por cada niño, evaluación de pros y contras de cada una de ellas, elección de la alternativa adecuada</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexión colectiva sobre el impacto tanto cognitivo como conductual de llevar a cabo la solución propuesta</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se proponen dos ejercicios más siguiendo este mismo procedimiento</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refuerzo social</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y terapeuta)</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuento de puntos</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera</li> </ul>
<b>T:</b> Terapeuta, <b>N:</b> Niño	

<b>Sesión</b>	<b>7</b>
<b>Contenido</b>	<b>Aplicación del procedimiento de solución de problemas y autoinstrucción para mejorar el autocontrol</b>
<b>Objetivos</b>	➤ Incrementar la capacidad de resolver problemas, el autocontrol y la autorregulación
<b>Desarrollo de la sesión</b>	
<b>T + N</b>	• Presentación de los ejercicios
<b>T + N</b>	• Los niños resuelven de manera autónoma los ejercicios planteados
<b>T</b>	• Actuación como modelo por parte del terapeuta en la que presenta un problema hipotético y lo resuelve
<b>T + N</b>	• Se presta especial atención a la previsión y la anticipación de consecuencias y al análisis de la conducta en función de sus consecuencias
<b>T + N</b>	• Reflexión colectiva sobre el impacto que tiene nuestra conducta en la opinión y la forma de actuar de los demás
<b>T</b>	• Modelado participativo por parte del terapeuta en el análisis de los problemas planteados y en la corrección de los ejercicios
<b>T</b>	• Imposición de demora en la realización de la tarea
<b>T</b>	• El terapeuta dirige todo el proceso de solución de problemas de los ejercicios de los niños
<b>T + N</b>	• 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
<b>T + N</b>	• Se trabaja la generalización de la resolución de problemas y las autoinstrucciones en problemas y situaciones cotidianas de los niños
<b>T + N</b>	• Refuerzo social
<b>T + N</b>	• Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y terapeuta)
<b>T + N</b>	• Recuento de puntos
<b>T + N</b>	• Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera
<b>T:</b> Terapeuta, <b>N:</b> Niño	

<b>Sesión</b>	<b>8</b>
<b>Contenido</b>	<b>Reconocimiento de las señales de enfado y pérdida de control</b>
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Potenciar los procedimientos adecuados en resolución de problemas sociales, mejora del autocontrol y autorregulación del comportamiento ante señales de enfado (I)</li> </ul>
<b>Desarrollo de la sesión</b>	
<b>T</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de los ejercicios relacionados con la identificación de señales de enfado y pérdida de autocontrol</li> </ul>
<b>T</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guía por parte del terapeuta en la realización de los ejercicios, que son realizados por los niños</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se analizan con los niños aquellas situaciones en las que más fácilmente pierden el control y enfado. Se pide que reflexionen sobre aquellas situaciones en las que les es más difícil controlarse</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se trabaja la generalización de la resolución de problemas y las autoinstrucciones en problemas y situaciones cotidianas de los niños</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refuerzo social</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y terapeuta)</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuento de puntos</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera</li> </ul>
<b>T:</b> Terapeuta, <b>N:</b> Niño	

<b>Sesión</b>	<b>9</b>
<b>Contenido</b>	<b>Ejemplificación de la utilización de solución de problemas y en el control del enfado</b>
<b>Objetivos</b>	➤ Potenciar los procedimientos adecuados en resolución de problemas sociales, mejora del autocontrol y autorregulación del comportamiento ante señales de enfado (II)
<b>Desarrollo de la sesión</b>	
<b>T</b>	• Presentación de los ejercicios relacionados con la identificación de señales de falta de autocontrol
<b>T</b>	• Guía por parte del terapeuta en la realización de los ejercicios
<b>T + N</b>	• 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
<b>T + N</b>	• Se analizan con los niños aquellas situaciones en las que más fácilmente pierden el control y enfado. Se pide que reflexionen sobre aquellas situaciones en las que les es más difícil controlarse
<b>T</b>	• Modelado participativo del terapeuta en la solución de los problemas que plantean los niños
<b>T + N</b>	• Se trabaja la generalización de la resolución de problemas y las autoinstrucciones en problemas y situaciones cotidianas de los niños
<b>T + N</b>	• Refuerzo social
<b>T + N</b>	• Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y terapeuta)
<b>T + N</b>	• Recuento de puntos
<b>T:</b> Terapeuta, <b>N:</b> Niño	

<b>Sesión</b>	<b>10</b>
<b>Contenido</b>	<b>Tomar conciencia de la “autoimagen social”</b>
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Incrementar la capacidad de resolución de problemas e identificación de sentimientos, mejora del autocontrol y la autorregulación (I)</li> </ul>
<b>Desarrollo de la sesión</b>	
<b>T</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de los ejercicios relacionados con la autoimagen</li> </ul>
<b>T</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de los ejercicios relacionados con la imagen que creen que tienen los demás sobre ellos mismos</li> </ul>
<b>T</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guía por parte del terapeuta en la realización de los ejercicios</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discusión en grupo de esta imagen social que presenta cada niño</li> </ul>
<b>T</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelado participativo por parte del terapeuta ante los casos de hipervaloración o infravaloración</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se trabajan la generalización de la resolución de problemas y las autoinstrucciones en problemas y situaciones cotidianas de los niños</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refuerzo social</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y terapeuta)</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuento de puntos</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera</li> </ul>
<b>T:</b> Terapeuta, <b>N:</b> Niño	

<b>Sesión</b>	<b>11</b>
<b>Contenido</b>	<b>Exposición de los pensamientos positivos y negativos hacia uno mismo</b>
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Incrementar la capacidad de resolución de problemas e identificación de sentimientos, mejora del autocontrol y la autoregulación (II)</li> </ul>
<b>Desarrollo de la sesión</b>	
<b>T</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de los ejercicios relacionados con la autoimagen</li> </ul>
<b>T</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guía por parte del terapeuta en la realización de los ejercicios</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discusión en grupo de esta “autoimagen” que presenta cada niño</li> </ul>
<b>T</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelado participativo por parte del terapeuta ante los casos de hipervaloración o infravaloración</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se trabaja la generalización de la resolución de problemas y la autoinstrucciones en problemas y situaciones cotidianas de los niños</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refuerzo social</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y terapeuta)</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuento de puntos</li> </ul>
<b>T + N</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera</li> </ul>
<b>T:</b> Terapeuta, <b>N:</b> Niño	

<b>Sesión</b>	<b>12</b>
<b>Contenido</b>	<b>Revisión de las estrategias utilizadas durante el programa, con especial atención en la solución de problemas y autoinstrucción</b>
<b>Objetivos</b>	➤ Repasar los cinco pasos de resolución de problemas
<b>Desarrollo de la sesión</b>	
<b>T</b>	• Presentación de tres problemas hipotéticos
<b>T + N</b>	• Los niños resuelven de manera autónoma los ejercicios propuestos
<b>T + N</b>	• 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
<b>T + N</b>	• Valoración personal por parte de los niños de las técnicas que han aprendido durante la aplicación del programa y valoración de su utilidad en su vida cotidiana
<b>T + N</b>	• Refuerzo social
<b>T + N</b>	• Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y terapeuta)
<b>T + N</b>	• Recuento de puntos
<b>T + N</b>	• Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera
<b>T + N</b>	• Entrega de un diploma
<b>T + N</b>	• Entrega de un “pin” con la mascota del programa
<b>T:</b> Terapeuta, <b>N:</b> Niño	

### 5.3 Aplicación

*Número y duración de las sesiones:* el programa consta de doce sesiones de intervención. Todas las sesiones tuvieron una duración de entre 45 y 60 minutos, una frecuencia semanal, y se realizaron en grupos de tres niños/as.

*Población escolar a la que se dirige:* este programa fue pensado para escolares de Primaria de entre 8 y 12 años.

### 5.4 Funciones que se potencian en el programa

El programa de intervención pretende trabajar la capacidad de autocontrol, la capacidad de los niños para solucionar problemas, la mejora de la atención y el incremento de la capacidad para demorar la respuesta.

- Mejorar el autocontrol a través del habla interna autodirigida y la autorregulación del comportamiento. En general, los niños con TDAH presentan tasas muy bajas de autocontrol y autorregulación. Los ejercicios propuestos para el programa potencian la regulación y el control de la conducta mediante el habla interna y la previsión y anticipación de metas y consecuencias de la conducta; para ello nos basamos en los datos de Meichenbaum y Goodman (1971; 1981).
- Mejorar la capacidad de los niños con TDAH para solucionar problemas. Las actividades del programa intentan potenciar el acercamiento reflexivo a los problemas, la demora de la respuesta, el análisis de la situación, la toma pertinente de decisiones, y la previsión y la anticipación de las consecuencias. Dicho trabajo se apoya en los programas presentados por Kendall y Braswell (1985) y Braswell y Bloomquist (1991).

- Mejorar la capacidad de estos niños para definir los problemas, analizar sus partes, buscar las opciones que mejor convengan a cada situación teniendo en cuenta múltiples perspectivas, mejorar sus autoinstrucciones, saber automotivarse y mantener el esfuerzo hacia sus objetivos, etc. Tal y como señala Barkley (1997), éstos pueden ser los objetivos básicos para trabajar con niños con TDAH, ya que los déficits de atención, la hiperactividad y la impulsividad de estos niños vendrían causadas por un fallo en el sistema de inhibición conductual, sobre todo en el control de la interferencia.

- Incrementar la atención mediante la creación de actividades que sean atractivas para los niños, tanto por su contenido como por la presentación. Autores como Douglas (1983) y White y Sprague (1992) consideran que la atención es el principal problema de los niños con TDAH. En el programa se trabajó especialmente la mejora de la atención momento a momento: con ello se aseguran también la mejora de la atención sostenida durante toda la sesión de intervención.

- Mejorar la capacidad para demorar la respuesta, componente básico de las tareas que implican incertidumbre. Para ello nos basamos en los datos de autores como Kagan (1966) y Bandura (1977).

## 6. ANÁLISIS DE DATOS

A continuación presentaremos los resultados sobre la descripción de la muestra según los datos obtenidos de las entrevistas clínicas, análisis de las pruebas aplicadas, discusión y conclusiones.

### 6.1 Datos de la entrevista clínica para niños y adolescentes con TDAH

Los datos que se presentan a continuación han sido extraídos de la “Entrevista clínica para niños y adolescentes con TDAH” (Clinical Interview form for Child and Adolescent ADHD Patients; Barkley, 1987).

La tabla 35 presenta la distribución de las edades y sexos de los padres entrevistados.

<b>Tabla 35: Edad del padre y de la madre en el momento de la evaluación</b>				
	<b>Padres</b>	<b>Madres</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
26-30 años	-	6	6	10%
31-35 años	10	11	21	35%
36-40 años	8	7	15	25%
41-45 años	6	3	9	15%
46-60 años	4	2	6	10%
No se sabe	2	1	3	5%

Como puede apreciarse en la tabla 35, las edades de ambos padres se distribuyen en torno a los 31 a 45 años (75%). La media de edad de los padres es de 38 años; la de las madres, de 34 años.

La tabla 36 recoge la distribución de las profesiones de ambos padres.

<b>Tabla 36. Profesión del padre y la madre</b>				
	<b>Padres</b>	<b>Madres</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
En paro o ama de casa	1	15	16	26.6%
Obrero no especializado	6	4	10	16.6%
Obrero especializado	12	7	19	31.6%
Técnico administrativo	5	2	7	11.6%
Profesión con título universitario	4	1	5	8.3%
No se sabe	2	1	3	5%

Como se aprecia en la tabla 36, 12 de los 30 padres evaluados (40%) trabajan como obreros especializados; 20% como obreros no especializados, y 16.7% trabajan como técnico administrativo; estos tres grupos suman, en el caso de los padres, el 76.7% del total. En contraposición, sólo la mitad de las madres tiene una ocupación fija: un 23.3% como obreras especializadas, un 13.3% como obreras no especializadas, 6.7% como técnicas administrativas y un 3.3% con profesión universitaria.

La tabla 37 presenta la distribución de horas de trabajo de ambos padres, es decir, del tiempo que pasan fuera del hogar por cuestiones de trabajo.

<b>Tabla 37. Horas de trabajo de ambos padres*</b>				
	<b>Padres</b>	<b>Porcentaje padres</b>	<b>Madres</b>	<b>Porcentaje de madres</b>
Menos de 8 horas	3	11.1%	8	57.1%
8 horas	14	51.8%	5	35.7%
Más de 8 horas	10	37.1%	1	7.1%

\* Sólo se han anotado los padres y madres que tienen trabajo fuera del hogar.

Como podemos apreciar en la tabla 37 respecto a las horas de trabajo de los *padres*, la mayoría (52%) trabaja ocho horas fuera de casa, un 37% dedica más de ocho horas al trabajo, y sólo un 11% trabaja menos de ocho horas. En contraposición, el 57% de las *madres* trabaja menos de 8 horas fuera del hogar. La mayoría de las madres que trabaja fuera del hogar disfrutan de una reducción de jornada para poder compatibilizar el trabajo y el cuidado de sus hijos, y sólo un 7% del total trabaja más de ocho horas fuera de casa.

La tabla 38 presenta la distribución de las edades de las 30 madres evaluadas, a las que se pedía que indicaran la edad en que tuvieron a su hijo.

<b>Tabla 38. Edad de la madre (cuando tuvo al niño)</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
20-25 años	17	56.7
26-30 años	7	23.3
31-35 años	2	6.7
36-40 años	2	6.7
Adoptado	1	3.3
No se sabe	1	3.3

Como podemos apreciar en la tabla 38, el 57% de las madres que componen la muestra tuvo a su hijo entre los 20-25 años, y en un 23.3% entre, los 26 y los 30 años.

La mayoría de las madres tuvo a su hijo entre los 21 a 30 años. Los 24 es la media de edad de todas las entrevistadas.

La tabla 39 presenta la distribución del número de hermanos que tiene el niño y el lugar que ocupa entre ellos.

<b>Tabla 39. Número de hermanos y lugar que ocupa</b>				
<b>Hermanos</b>	<b>Mayor</b>	<b>Mediano</b>	<b>Menor</b>	<b>Porcentaje</b>
Hijo único	10	*	*	33.3%
Un hermano	9	6	*	50%
Dos hermanos	2	1	*	10%
Tres hermanos	*	*	1	3.3%
Cuatro hermanos	*	*	1	3.3%
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>

Como podemos apreciar en la tabla 39, un 33.3% de la muestra analizada son hijos únicos, el 50% de los niños con TDAH tiene un hermano, un 10% tiene dos, y sólo un 6.6% tiene más de dos hermanos. En la gran mayoría de los casos, es decir en el 70%, los niños con TDAH son los mayores de los hermanos, contando también los que son hijos únicos.

### **Datos sobre la salud prenatal**

En general, las madres informan de haber gozado de buena salud durante el embarazo (86.6%), sin necesidad de haber tomado medicación (93.3%). El embarazo se produjo a término (93.3%), no hubo complicaciones durante el parto (80 %), y el peso al nacer fue normal en un 90% de los casos.

### **Datos sobre el periodo postnatal**

El periodo postnatal parece haber transcurrido sin incidentes destacables; la mayoría de los padres informan, en general, de la buena salud de los niños durante este periodo; respecto a la alimentación, sueño, cólicos, etc. Sin embargo, un 30% de las madres califican la crianza de sus hijos como “difícil” o “muy difícil”.

### **Hitos del desarrollo**

Según los datos de que disponemos, no se aprecian retrasos en los principales hitos del desarrollo: sentarse, gatear, caminar, decir las primeras palabras, vestirse solo, etc. Sin embargo, es destacable que entre un 15% y un 25% de las madres y/o padres no se acuerden de estos datos.

### **Historia médica o de tratamiento psicológico**

En el 80% de los casos la salud física de los niños es buena o muy buena. Con relación a la prescripción de tratamientos, en el 30% de la muestra se ha prescrito medicación activadora, principalmente metilphenidato, y en un 15%, medicación tranquilizante, aunque en el momento de la evaluación y el tratamiento ningún niño tomó medicación. Un 45% ha recibido en algún momento terapia individual, y un 10%, grupal.

### **Historia escolar**

El rendimiento escolar de estos niños es bajo o muy bajo (73.3%), de manera que un 15% de los casos necesita una adaptación curricular, y un 43.3% ayuda escolar. Concretamente, un 33.3% informa de serios problemas en la lectura, en la escritura (20%), y en el cálculo (36.7%). Un 10% de la muestra ha repetido al menos un curso escolar, y un 7% ha sido en algún momento expulsado del colegio.

En relación con sus compañeros de clase, las madres indican que suelen tener una relación buena con sus compañeros (73.3%). Sus madres también los describen como niños extrovertidos, alegres, dinámicos. Señalan, sin embargo, que la mayoría no tiene amigos estables, y las amistades no suelen durar mucho, en opinión de sus madres.

En resumen, los resultados de la entrevista clínica para niños y adolescentes con TDAH (Barkley, 1987) muestran que un 57% de las madres tiene a su hijo entre los 20-25 años, la media está en torno a los 24 años. En el inicio de la evaluación, las madres tenían una media de edad de 34 años, y los padres, de 38 años. De estos padres, el 40% del total de la muestra trabaja como obrero especializado; la mayoría unas ocho horas fuera de casa (52%), y un 37% lo hace más de 8 horas. En contraposición, las madres, en un 50% de los casos, no tienen una ocupación fija, sólo el 23% trabaja como obrera especializada, un 13.3% trabaja como obrera no especializada, y sólo un 3.3% tiene una profesión con título universitario. La mayor parte de las madres que trabajan fuera de casa tiene reducción de jornada y, por lo general, suelen trabajar entre cuatro a seis horas fuera del hogar.

En un 33.3% el núcleo familiar lo compone el padre, la madre y el niño, en un 50%, a este núcleo familiar se le añade otro hermano; en un 10% del total de la muestra el núcleo familiar está compuesto por los padres y tres hermanos, y sólo un 6.6% son más de tres hermanos. En la gran mayoría de los casos, es decir, en un 70%, el niño con TDAH es el mayor de sus hermanos, o bien es el hijo único de la pareja.

Los datos sobre la salud prenatal muestran que las madres han tenido una buena salud durante el embarazo (87%), con lo que no han tomado medicación (93%), el embarazo se produjo a término (93%), sin complicaciones durante el parto, y el peso del niño al nacer estuvo dentro de los límites considerados normales. En el apartado de salud postnatal pocas madres informan de haber tenido especiales dificultades de salud con su hijo, si bien cabe destacar que un 30% de la muestra califica reiteradamente que la crianza de su hijo la ha vivido como “difícil” o “muy difícil”.

En el 80% de los casos la salud física de los niños es buena o muy buena. En un porcentaje pequeño (10%), los niños han sido ingresados en algún momento en el hospital por alguna caída o pequeña fractura. Estos datos difieren de las cifras de otros autores como Deutsch, Mathyse, Swanson y Fockes, (1990); Barkley, Murphy, Kwasmik, (1996); Pine, Shaffer, Schonfeld y Davis, (1997) que sitúan la tasa de accidentes de este tipo de niños alrededor del 60-70%.

Otro aspecto interesante que destacar es que al 30% de los niños evaluados se les ha prescrito en algún momento de su historia medicación activadora, principalmente metilphenidato, y en un 15% medicación tranquilizante. En un 55% de la muestra los padres buscaron otras alternativas a la medicación como los tratamientos individualizados (45%) o los tratamientos grupales (10%); no hubo en ningún caso terapia o ayuda familiar.

En el ámbito escolar, es innegable observar que los niños con TDAH presentan muchas dificultades para rendir óptimamente. En la muestra analizada, el 73% de los niños presentaba un rendimiento escolar bajo o muy bajo, incluso un 15% necesitaba una adaptación curricular para seguir el ritmo de la clase. Las dificultades mayores se presentaban en actividades básicas como la lectura, la comprensión, la escritura o el cálculo. Un 10% de los niños había repetido algún curso escolar, un par de ellos había repetido dos cursos y un 7% había sido expulsado del colegio por mal comportamiento.

En relación con sus compañeros de clase, aunque son niños extrovertidos, alegres, dinámicos, etc., según sus madres, profesores y compañeros, la gran mayoría presenta dificultades para tener amigos estables.

## 6.2 Descripción de los datos obtenidos con la DICA-P

Los datos que se describen a continuación son extraídos de la entrevista *Diagnóstica para Niños y Adolescentes (para padres de niños de 6-17 años) Diagnostic Interview for Children and Adolescents DICA-P*; Reich, Shayka y Taiblenon (1988). Traducción de Ezpeleta y Toro (1991).

Se analizan: la presencia de síntomas de TDAH, los síntomas para el trastorno oposicionista-desafiante, los síntomas para el trastorno de conducta disocial, los síntomas para el diagnóstico de depresión, los síntomas para el trastorno de ansiedad por separación y los síntomas para el diagnóstico de enuresis y encopresis.

### Presencia de síntomas de TDAH

A continuación se muestra el promedio de síntomas de TDAH evaluado mediante la entrevista a padres (DICA-P), tanto para el grupo de niños procedentes del ICASS, como para grupo de niños de las escuelas.

Los niños evaluados presentan una media de 12 síntomas; concretamente, los niños procedentes del ICASS presentan un promedio de 13 síntomas evaluados mediante la entrevista DICA-P (padres), y los niños de centros escolares presentan un promedio de 11 síntomas. El promedio de síntomas que presentaron los niños procedentes del ICASS y de los centros escolares fue superior al número de síntomas requeridos para cumplir el criterio A de DSM-IV, tanto si la información provino de los padres como de los profesores.

En la mayoría de los casos, los padres refieren que los síntomas aparecieron entre los tres y los cuatro años (53.3%). Dichos síntomas, según información de los padres, suelen ocasionar “bastantes” problemas en su relación con las personas de casa (36.7%) y en su conducta en clase (30%), y “algunos” problemas con sus compañeros y amigos (36.7%).

**Trastorno Opositorista-Desafiante:** un 20% de la muestra analizada presenta cinco o más síntomas para cumplir el criterio A para el diagnóstico de *Trastorno Opositorista-Desafiante*.

**Trastorno disocial:** no se constata la presencia de síntomas para llegar a cumplir el criterio A para el diagnóstico de *Conducta disocial* por el número de síntomas.

**Trastorno depresión mayor:** no se constata la presencia de síntomas para llegar a cumplir el criterio A para el diagnóstico de *Depresión* por el número de síntomas.

**Trastorno de Ansiedad por Separación:** en un 20% de los casos, hay presencia de tres o más síntomas para cumplir el criterio A del *Trastorno de Ansiedad por Separación*.

**Enuresis y Encopresis:** no se constata la presencia de síntomas para llegar a cumplir el criterio A para el diagnóstico de *Enuresis y Encopresis*.

En resumen, analizando los datos de la entrevista estructurada DICA-P, la media de síntomas de TDAH que presenta nuestra muestra es de 12 síntomas, por lo que todos los niños cumplen el criterio A para el TDAH. En particular, los niños procedentes del ICASS presentan una media de 13 síntomas, y el grupo de niños de las escuelas, una media de 11 síntomas.

La mayor parte de los padres empiezan a apreciar los primeros síntomas de TDAH entre los tres y los cuatro años (53.3%). Datos similares pueden encontrarse en Barkley, DuPaul y McMurray, (1990a); Bauermester, Bird, Canino, Rubión, Bravo y Alegría, (1995); Cantwell, (1996).

Por otra parte, de entre todos los niños de nuestra muestra, un 20% cumple, además, el criterio A para el diagnóstico de trastorno Opositorista-Desafiante, cifra aproximada a la hallada por Biederman, Faraone, Milberger, García, Chen, Mick, Creene y Rusell,

(1996b). Datos importantes, pero lejos de los que presentan otros autores como August, Realmuto, McDonald III, Nugent y Grosby, (1996) que llegan a asegurar que los niños con TDAH tienen una elevada comorbilidad con el trastorno Opositor-Desafiante en torno al 80%. Un 20% cumple el criterio A para el Trastorno de Ansiedad por Separación, similar a la encontrada en los estudios de Perrin y Last, (1996), o en el de Schmidt, Stank, y Antony, (1998).

### **6.3 Análisis de los datos obtenidos con las pruebas aplicadas**

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 período de un mes o mes y medio a partir de su finalización. Las pruebas seleccionadas han sido ampliamente utilizadas en la valoración de la presencia de síntomas de TDAH y síntomas asociados, en el ambiente familiar y escolar. A continuación pasaremos a comentar los resultados.

Se ha aplicado un análisis de la varianza de medidas repetidas. Si las condiciones de aplicación no se cumplían (prueba de esfericidad W de Mauchly) se aplicaba la prueba  $\chi^2$  de Friedman y, en este caso, los contrastes a posteriori se realizaban mediante la T de Wilcoxon.

#### **6.3.1 Child Behavior Checklist (CBCL) y Teacher's Report Form (TRF)**

La medida de los problemas de conducta fue realizada a través del Inventario de Conductas Infantiles de Achenbach, versión padres (CBCL) y versión profesores (TRF).

La tabla 40 recoge las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones T de las subescalas del CBCL en las diferentes fases de la investigación (pretratamiento, postratamiento y seguimiento).

**Tabla 40: Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones T de las subescalas del CBCL en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento**

	N	Pretratamiento		Postratamiento			Seguimiento		
		Media	Desv. típ	N	Media	Desv. típ	N	Media	Desv.típ
Aislamiento	30	65.00	10.35	30	59.53	9.31	29	58.07	7.88
Problemas somáticos	30	59.53	11.29	30	58.57	7.93	29	55.93	6.14
Ansiedad/depresión	30	68.23	7.80	30	61.87	6.98	29	61.63	6.63
Problemas sociales	30	64.48	10.44	30	59.80	8.49	29	59.71	9.49
Problemas de pensamiento	30	55.93	8.09	30	54.27	7.29	29	53.39	6.08
Problemas de atención	30	77.57	7.84	30	71.33	8.02	29	68.43	7.55
Conducta delictiva	30	64.70	6.85	30	61.73	7.94	29	60.71	8.17
Conducta agresiva	30	63.47	8.34	30	61.90	7.76	29	60.14	8.24
Cond. Externalizante	30	63.90	9.00	30	62.00	9.29	29	59.75	9.62
Cond. Internalizante	30	64.07	9.61	30	61.10	8.68	29	60.11	8.28
Problemas de conducta Total	30	66.63	5.74	30	63.00	7.55	29	60.96	7.63

Nota: los valores medios equivalenten a las medias de los valores T

La tabla 41 recoge las comparaciones entre el pretratamiento y el postratamiento, y entre el pretratamiento y el seguimiento del inventario de Conductas Infantiles de Achenbach (CBCL).

**Tabla 41: Comparaciones entre el pretratamiento, el postratamiento y el seguimiento. Inventario de Conductas Infantiles de Achenbach, versión padres (CBCL)**

	F/ $\chi^2$	Grados libertad	p	eta al cuadrado ( $\eta^2$ )	Contrastes	F/Z	p
Aislamiento	8.834	(2,56)	0.001	0.254	Pre- Postratamiento	$F_{(1,28)} = 7.095$	0.013
					Pre- Seguimiento	$F_{(1,28)} = 18.315$	0.001
Problemas somáticos	5.216*	(2,29)	0.74	---	Pre- Postratamiento	---	---
					Pre- Seguimiento	---	---
Ansiedad/depresión	12.818	(2,56)	0.002	0.307	Pre- Postratamiento	$F_{(1,28)} = 16.274$	0.001
					Pre- Seguimiento	$F_{(1,28)} = 14.460$	0.001
Problemas sociales	7.522	(2,56)	0.01	0.218	Pre- Postratamiento	$F_{(1,28)} = 10.284$	0.003
					Pre- Seguimiento	$F_{(1,28)} = 9.836$	0.004
Problemas de pensamiento	5.575	(2,56)	0.06	0.255	Pre- Postratamiento	---	---
					Pre- Seguimiento	---	---
Problemas de atención	19.480	(2,56)	0.001	0.419	Pre- Postratamiento	$F_{(1,28)} = 23.301$	0.001
					Pre- Seguimiento	$F_{(1,28)} = 29.157$	0.001
Conducta delictiva	8.860*	(2,29)	0.012	---	Pre- Postratamiento	$Z = 2.292^{**}$	0.022
					Pre- Seguimiento	$Z = 2.812^{**}$	0.005
Conducta agresiva	4.215*	(2,29)	0.122	---	Pre- Postratamiento	---	---
					Pre- Seguimiento	---	---
Cond. Externalizante	4.427	(2,56)	0.017	0.141	Pre- Postratamiento	$F_{(1,28)} = 1.672$	0.207
					Pre- Seguimiento	$F_{(1,28)} = 6.629$	0.016
Cond. Internalizante	6.041	(2,56)	0.004	0.183	Pre- Postratamiento	$F_{(1,28)} = 5.394$	0.028
					Pre- Seguimiento	$F_{(1,28)} = 8.667$	0.007
Problemas de conducta Total	17.089	(2,56)	0.001	0.388	Pre- Postratamiento	$F_{(1,28)} = 12.691$	0.001
					Pre- Seguimiento	$F_{(1,28)} = 25.338$	0.001

\* Los datos señalados con un (\*) corresponden a los datos obtenidos aplicando la prueba  $\chi^2$  de Friedman y (\*\*) datos obtenidos aplicando la prueba T de Wilcoxon

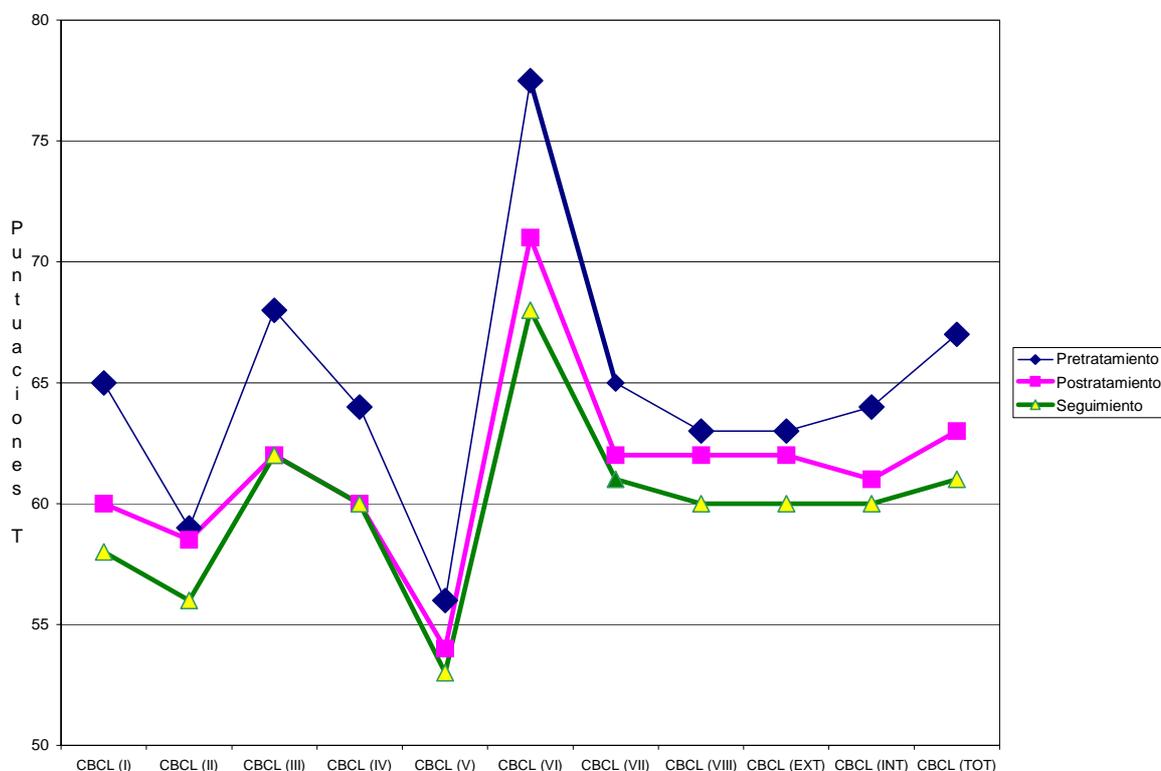
Según la información suministrada por los padres tras el tratamiento, se aprecia una disminución de las puntuaciones en las escalas de problemas de aislamiento ( $F_{(1,28)} = 7.095$ ,  $p = 0.013$ ), de problemas de ansiedad/ depresión ( $F_{(1,28)} = 16.274$ ,  $p = 0.001$ ), de problemas sociales ( $F_{(1,28)} = 10.284$ ,  $p = 0.003$ ), de problemas de atención ( $F_{(1,28)} =$

23.301,  $p < 0.001$ ), de problemas de conducta delictiva ( $Z: 2.292$ ,  $p = 0.022$ ), de problemas de conducta internalizante ( $F_{(1,28)} = 5.394$ ,  $p = 0.028$ ) y, en el total, de problemas de conducta ( $F_{(1,28)} = 12.691$ ,  $p < 0.001$ ). No se aprecia un descenso estadísticamente significativo respecto a la fase de pretratamiento en las puntuaciones de la escala de problemas somáticos, problemas de conducta agresiva y problemas externalizantes. Por otra parte, se observa una diferencia estadísticamente significativa entre la fase de pretratamiento y el seguimiento en las escalas de problemas de aislamiento ( $F_{(1,28)} = 18.315$ ,  $p < 0.001$ ), de ansiedad/depresión ( $F_{(1,28)} = 14.460$ ,  $p = 0.001$ ), de atención ( $F_{(1,28)} = 29.157$ ,  $p < 0.001$ ), de problemas sociales ( $F_{(1,28)} = 9.836$ ,  $p = 0.004$ ), de conducta delictiva ( $Z = 2.812$ ,  $p = 0.005$ ), de problemas de conducta externalizante ( $F_{(1,28)} = 6.629$ ,  $p = 0.016$ ), de problemas de conducta internalizante ( $F_{(1,28)} = 8.677$ ,  $p = 0.007$ ), y en el total de problemas de conducta ( $F_{(1,28)} = 25.338$ ,  $p = 0.001$ ).

En general, podemos decir que los padres aprecian un descenso de los problemas de conducta de sus hijos tras la aplicación del tratamiento, especialmente en la escala indicativa de problemas de atención. También se aprecian mejoras en las conductas internalizantes y en la conducta externalizante. Según la valoración de los padres, el número de los niños considerados con problemas atencionales (es decir,  $T > 70$ ) disminuye tras la administración del tratamiento (de veintiún niños en el pretratamiento, pasamos a once en el postratamiento y a ocho en el seguimiento).

En el gráfico 1 se muestra la puntuación y el promedio obtenido en las subescalas del CBCL antes de la intervención, tras el tratamiento y en el seguimiento.

**Inventario de conductas infantiles de Achenbach  
-versión para padres CBCL-**



**Gráfico 1: Inventario de Problemas infantiles de Achenbach –versión para padres, CBCL-**

I: Aislamiento	VII: Conducta delictiva
II: Problemas somáticos	VIII: Conducta agresiva
III: Ansiedad/Depresión	EXT: Externalizante
IV: Problemas sociales	INT: Internalizante
V: Problemas de pensamiento	TOT: Problemas de conducta Total
VI: Problemas de atención	

Como puede comprobarse en el gráfico 1, hay una disminución significativa en los problemas de conducta, según aprecian los padres, medidos a través del cuestionario CBCL. Es especialmente significativo el descenso en las puntuaciones en la subescala de atención, dado que se trata de niños con TDAH que presentan especialmente dificultades para estar atentos. Y en general, disminuye el número de conductas internalizantes (aislamiento, ansiedad / depresión) y externalizantes (conducta delictiva).

La tabla 42 muestra las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones T de las subescalas del inventario de problemas de conducta (TRF), versión profesores.

**Tabla 42: Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones T de las subescalas del TRF en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento**

	N	Pretratamiento		Postratamiento			Seguimiento		
		Media	Desv. típ	N	Media	Desv. típ	N	Media	Desv.típ
Aislamiento	30	59.13	7.32	30	58.07	6.32	29	59.31	7.02
Problemas somáticos	30	54.43	6.94	30	53.53	5.63	29	55.28	6.78
Ansiedad/depresión	30	62.90	7.78	30	60.80	6.94	29	61.52	7.40
Problemas sociales	30	63.67	8.40	30	59.60	6.64	29	60.97	6.81
Problemas de pensamiento	30	54.97	9.27	30	54.50	7.06	29	54.21	7.64
Problemas de atención	30	69.97	6.90	30	61.83	7.38	29	61.79	5.81
Conducta delictiva	30	65.13	7.03	30	63.40	7.47	29	63.07	7.59
Conducta agresiva	30	67.83	10.35	30	62.53	6.28	29	63.24	6.02
Cond. Externalizante	30	66.20	10.16	30	61.17	7.10	29	62.28	7.50
Cond. Internalizante	30	62.53	7.13	30	60.13	7.89	29	61.14	7.72
Problemas de conducta Total	30	66.50	7.44	30	61.53	6.27	29	62.55	6.29

Nota: los valores medios equivalenten a las medias de los valores T

La tabla 43 recoge los valores correspondientes a las comparaciones entre el pretratamiento y el postratamiento, y el pretratamiento y el seguimiento de las diferentes escalas de valoración para padres en el inventario de Conductas Infantiles de Achenbach (TRF).

**Tabla 43: Comparaciones entre el pretratamiento, el postratamiento y el seguimiento. Inventario de Conductas Infantiles de Achenbach, versión profesores (TRF)**

	F/ $\chi^2$	Grados libertad	p	eta al cuadrado ( $\eta^2$ )	Contrastes	F/Z	p
Aislamiento	1.357*	(2,29)	0.507	---	Pre- Postratamiento	---	---
					Pre- Seguimiento	---	---
Problemas somáticos	0.670	(2,56)	0.516	0.023	Pre- Postratamiento	---	---
					Pre- Seguimiento	---	---
Ansiedad/depresión	8.674*	(2,29)	0.013	---	Pre- Postratamiento	Z = 1.732**	0.83
					Pre- Seguimiento	Z = 1.651**	0.099
Problemas sociales	5.392	(2,56)	0.007	0.161	Pre- Postratamiento	F <sub>(1,28)</sub> = 9.846	0.004
					Pre- Seguimiento	F <sub>(1,28)</sub> = 4.422	0.045
Problemas de pensamiento	0.286*	(2,29)	0.867	---	Pre- Postratamiento	---	---
					Pre- Seguimiento	---	---
Problemas de atención	28.759	(2,56)	0.001	0.507	Pre- Postratamiento	F <sub>(1,28)</sub> = 31.967	0.001
					Pre- Seguimiento	F <sub>(1,28)</sub> = 42.162	0.001
Conducta delictiva	13.325*	(2,29)	0.001	---	Pre- Postratamiento	Z = 2.664**	0.008
					Pre- Seguimiento	Z = 3.169**	0.002
Conducta agresiva	15.755*	(2,29)	0.001	---	Pre- Postratamiento	Z = 3.539**	0.001
					Pre- Seguimiento	Z = 3.128**	0.002
Cond. Externalizante	11.663*	(2,29)	0.003	---	Pre- Postratamiento	Z = 3.472**	0.001
					Pre- Seguimiento	Z = 2.813**	0.005
Cond. Internalizante	4.343	(2,29)	0.114	---	Pre- Postratamiento	---	---
					Pre- Seguimiento	---	---
Problemas de conducta Total	14.964	(2,56)	0.001	0.348	Pre- Postratamiento	F <sub>(1,28)</sub> = 22.246	0.001
					Pre- Seguimiento	F <sub>(1,28)</sub> = 16.463	0.001

\* Los datos señalados con un (\*) corresponden a los datos obtenidos aplicando la prueba  $\chi^2$  de Friedman y (\*\*) datos obtenidos aplicando la prueba T de Wilcoxon

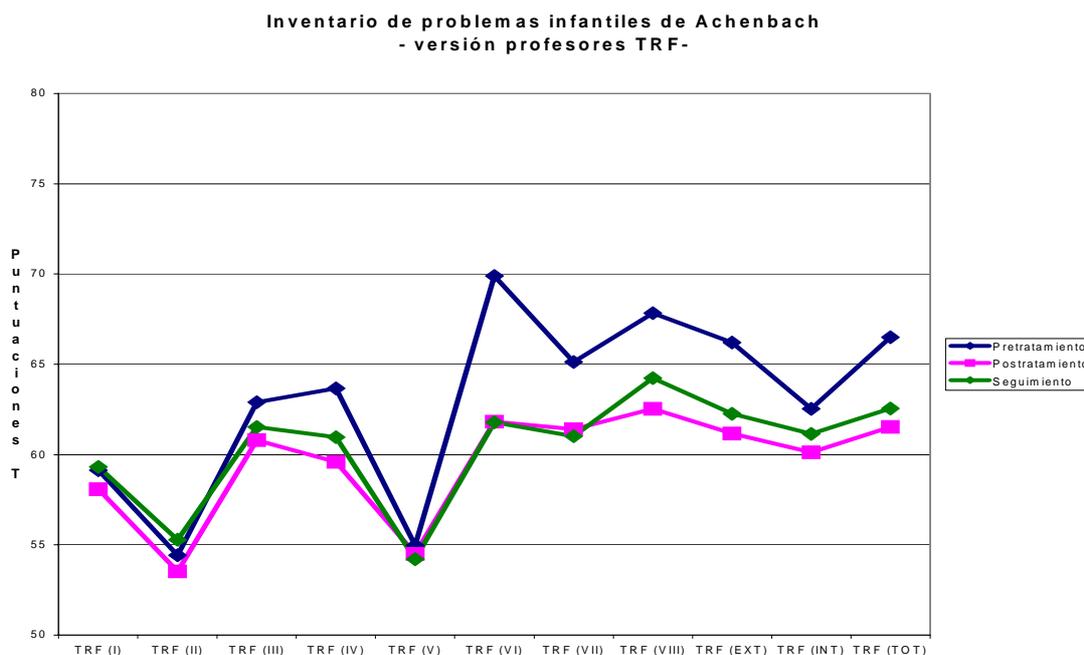
Según la información suministrada por profesores (TRF), tras el tratamiento se aprecia una disminución de las puntuaciones T en las subescalas indicativas de problemas sociales (F<sub>(1,28)</sub> = 9.846, p = 0.004), de atención (F<sub>(1,28)</sub> = 31.967, p < 0.001), de conducta

delictiva ( $Z = 2.664$ ,  $p = 0.008$ ), de conducta agresiva ( $Z = 3.539$ ,  $p < 0.001$ ), en la conducta externalizante ( $Z = 3.472$ ,  $p < 0.001$ ) y en el total de problemas de conducta ( $F_{(1,28)} = 22.246$ ,  $p < 0.001$ ).

En el seguimiento, el descenso de las puntuaciones se mantiene en las subescalas indicativas de atención ( $F_{(1,28)} = 42.162$ ,  $p < 0.001$ ), de conducta delictiva ( $Z = 3.169$ ,  $p = 0.002$ ), de conducta agresiva ( $Z = 3.128$ ,  $p = 0.002$ ), en la conducta externalizante ( $Z = 2.813$ ,  $p = 0.005$ ) y en el total de problemas de conducta ( $F_{(1,28)} = 16.463$ ,  $p < 0.001$ ).

En general, los profesores aprecian mejoras en la conducta de los niños tras la aplicación del tratamiento, especialmente en la conducta externalizante (conducta delictiva y conducta agresiva) en clase y en los problemas de atención. Concretamente, en la valoración realizada por los profesores, observamos una disminución en el número de niños considerados con problemas atencionales tras el tratamiento (es decir, que obtienen una  $T > 70$ ): en el pretratamiento (7), en el postratamiento (1) y en el seguimiento (1).

En el gráfico 2 se muestra la puntuación promedio obtenido en las subescalas del TRF antes de la intervención, tras el tratamiento y en el seguimiento.



**Gráfico 2: Inventario de problemas infantiles de Achenbach – versión para profesores, TRF-**

I: Aislamiento	VII: Conducta delictiva
II: Problemas somáticos	VIII: Conducta agresiva
III: Ansiedad/Depresión	EXT: Externalizante
IV: Problemas sociales	INT: Internalizante
V: Problemas de pensamiento	TOT: Problemas de conducta Total
VI: Problemas de atención	

Como puede comprobarse 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, nos fijamos en un descenso en las puntuaciones de conductas características del TDAH como son los problemas de atención. También se observa un descenso en las puntuaciones de problemas externalizantes y en la puntuación total de problemas del TRF. Estas mejoras se mantienen en la evaluación realizada un mes más tarde en el seguimiento.

En síntesis, la percepción de los problemas de atención de los niños disminuye, tanto en la valoración de los padres como en la de los profesores. Parece, por tanto, que el tratamiento cognitivo-conductual ha podido influir significativamente en la reducción de los problemas atencionales evaluados por los padres y por los profesores.

### 6.3.2 Conners' Parent Scale-Revised (CPRS-R) y Conners' Teacher Scale-Revised (CTRS-R)

La medida de las conductas indicativas de TDAH fue realizada a través de las escalas de Conners, versión padres (CPRS-R) y versión profesores (CTRS-R).

La tabla 44 muestra las medias y las desviaciones típicas de las puntuaciones T de los factores del **Conners' Parent Scale-Revised (CPRS-R)**.

**Tabla 44: Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones T de las subescalas del Conners CPRS-R (padres) en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento**

	N	Pretratamiento		Postratamiento			Seguimiento		
		Media	Desv. típ	N	Media	Desv. típ	N	Media	Desv.típ
Oposicionismo	30	65.60	15.42	30	58.27	10.59	29	55.64	10.30
Desatención	30	73.47	11.73	30	66.20	11.70	29	65.39	12.14
Hiperactividad	30	71.50	15.42	30	67.80	15.10	29	64.50	13.50
Índice de TDAH	30	73.47	11.73	30	66.00	9.42	29	63.71	9.90

Nota: los valores medios equivalen a las medias de los valores T

La tabla 45 muestra los valores correspondientes a las comparaciones entre pretratamiento y el postratamiento y, entre el pretratamiento y el seguimiento.

<b>Tabla 45: Comparaciones entre el pretratamiento, el postratamiento y el seguimiento. Información de padres en el cuestionario de Conners (CPRS-R)</b>							
	F/ $\chi^2$	Grados libertad	p	eta al cuadrado ( $\eta^2$ )	Contrastes	F/Z	p
Oposicionismo	9.196*	(2,29)	0.010	---	Pre- Postratamiento	Z = 2.350**	0.019
					Pre- Seguimiento	Z = 3.294**	0.001
Desatención	17.52*	(2,29)	0.001	---	Pre- Postratamiento	Z = 3.630**	0.001
					Pre- Seguimiento	Z = 3.244**	0.001
Hiperactividad	6.808	(2,56)	0.002	0.201	Pre- Postratamiento	F <sub>(1,28)</sub> = 3.798	0.062
					Pre- Seguimiento	F <sub>(1,28)</sub> = 11.180	0.002
Índice de TDAH	17.154	(2,29)	0.001	---	Pre- Postratamiento	Z = 3.787**	0.001
					Pre- Seguimiento	Z = 3.506**	0.001

\* Los datos señalados con un (\*) corresponden a los datos obtenidos aplicando la prueba  $\chi^2$  de Friedman y (\*\*) datos obtenidos aplicando la prueba T de Wilcoxon.

En la escala Conners, contestada por los padres, se aprecia una disminución significativa entre las fases pre y postratamiento, en los factores de oposicionismo (Z= 2.350, p = 0.019), en desatención (Z= 3.630, p<0.001), y en el índice de TDAH (Z= 3.787, p<0.001). Esta disminución se mantiene durante el seguimiento en los factores oposicionismo (Z= 3.294, p<0.001), desatención (Z= 3.244, p< 0.001), e índice de TDAH (Z= 3.506, p< 0.001), y además aparece también estadísticamente significativa entre el pretratamiento y el seguimiento en el factor de hiperactividad-impulsividad (F<sub>(1,28)</sub> = 11.180, p< 0.002).

La tabla 46 muestra las medias y las desviaciones típicas de las puntuaciones T de los factores del **Conners' Teacher Scale-Revised (CTRS-R)**.

**Tabla 46: Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones T de las subescalas del Conners CTRS-R (profesores) en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento**

	N	Pretratamiento		Postratamiento			Seguimiento		
		Media	Desv. típ	N	Media	Desv. típ	N	Media	Desv. típ
Oposicionismo	30	57.86	13.51	30	51.57	8.48	29	53.34	9.30
Desatención	30	67.37	7.51	30	56.77	10.76	29	56.72	9.69
Hiperactividad	30	66.27	14.15	30	59.30	14.38	29	56.72	14.36
Índice de TDAH	30	70.73	11.98	30	61.23	10.78	29	61.10	11.47

Nota: los valores medios equivalen a las medias de los valores T

La tabla 47 recoge los valores correspondientes a las comparaciones entre el pretratamiento y el postratamiento, y entre el pretratamiento y el seguimiento de las diferentes escalas del Cuestionario Conners (CTRS-R) para profesores.

**Tabla 47: Comparaciones entre el pretratamiento, el postratamiento y el seguimiento. Información de profesores en el cuestionario de Conners (CTRS-R)**

	F/ $\chi^2$	Grados libertad	p	eta al cuadrado ( $\eta^2$ )	Contrastes	F/Z	p
Oposicionismo	10.333*	(2,29)	0.006	---	Pre- Postratamiento	Z= 2.889**	0.004
					Pre- Seguimiento	Z=2.763**	0.006
Desatención	29.013	(2,56)	0.001	0.509	Pre- Postratamiento	F <sub>(1,28)</sub> = 31.319	0.001
					Pre- Seguimiento	F <sub>(1,28)</sub> = 55.493	0.001
Hiperactividad	22.707*	(2,29)	0.001	---	Pre- Postratamiento	Z= 3.248**	0.001
					Pre- Seguimiento	Z= 3.578**	0.001
Índice TDAH	23.281	(2,56)	0.001	0.454	Pre- Postratamiento	F <sub>(1,28)</sub> = 28.373	0.001
					Pre- Seguimiento	F <sub>(1,28)</sub> = 29.251	0.001

\* Los datos señalados con un (\*) corresponden a los datos obtenidos aplicando la prueba  $\chi^2$  de Friedman y (\*\*) datos obtenidos aplicando la prueba T de Wilcoxon.

Según la información suministrada por los profesores, tras el tratamiento se aprecia una disminución de las puntuaciones en los factores oposicionismo ( $Z= 2.899$ ,  $p = 0.004$ ), desatención ( $F_{(1,28)} = 31.319$ ,  $p<0.001$ ), hiperactividad-impulsividad ( $Z=3.248$ ,  $p<0.001$ ) y en el índice de TDAH ( $F_{(1,28)}=28.373$ ,  $p<0.001$ ). Estos cambios se mantienen en la fase de seguimiento en los factores oposicionismo ( $Z= 2.763$ ,  $p = 0.006$ , desatención ( $F_{(1,28)} = 55.578$ ,  $p<0.001$ ), en hiperactividad-impulsividad ( $Z= 3.578$ ,  $p<0.001$ ), y también en el índice de TDAH ( $F_{(1,28)} = 29.251$ ,  $p<0.001$ ).

La apreciación de padres y profesores es que los síntomas de hiperactividad y desatención disminuyen tras el tratamiento. Tanto padres como profesores (CTRS-R y CPRS-R, respectivamente) informan de una mejora significativa en el índice de hiperactividad e impulsividad tras el tratamiento.

En los gráficos 3 y 4 se muestran las puntuaciones promedio obtenidas en las subescalas de oposicionismo, desatención, hiperactividad y en el índice general de TDAH, tanto de la escala de CPRS-R (padres) como de la CTRS-R (profesores).

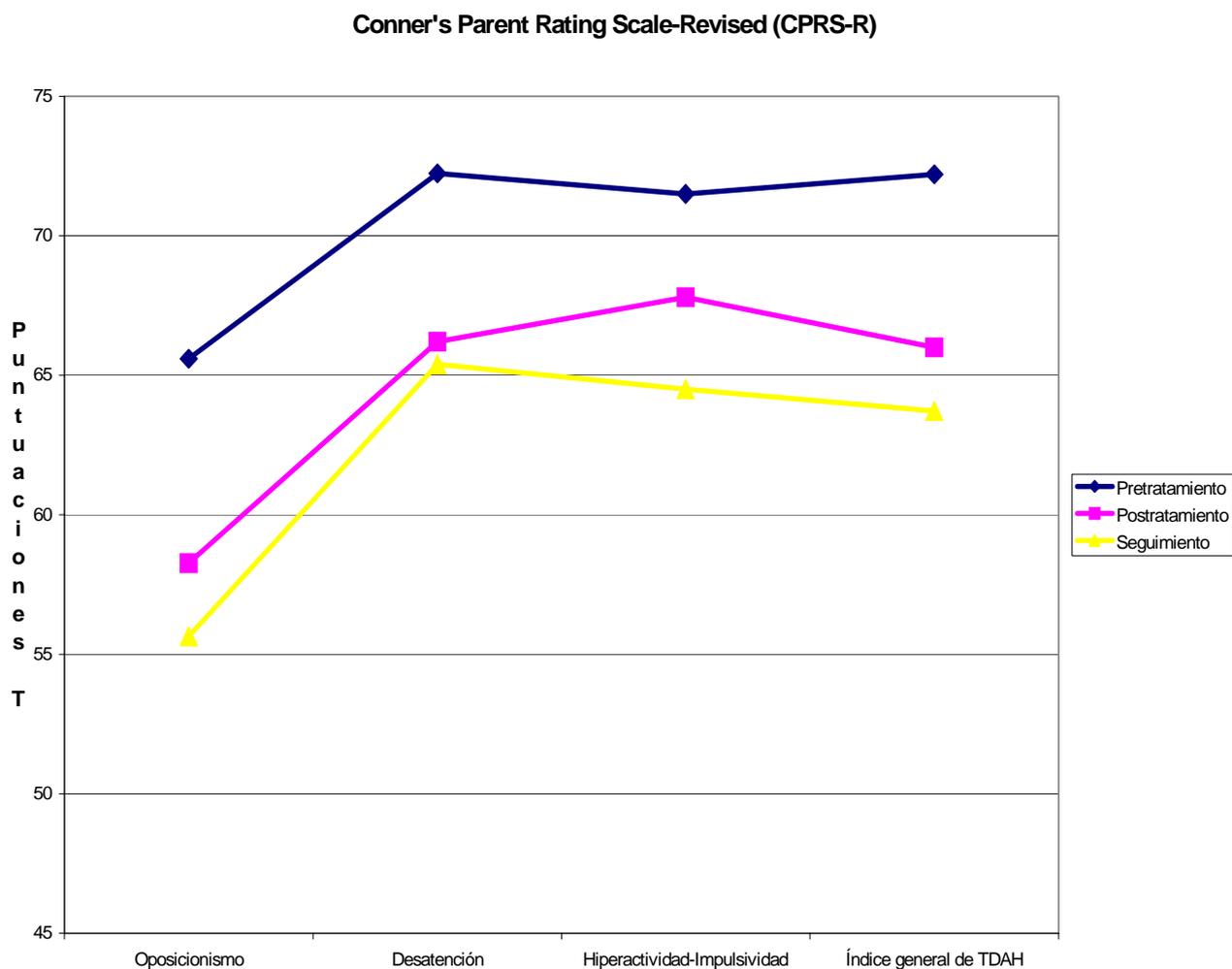


Gráfico 3. Puntuación T media en las subescalas de oposicionismo, desatención, hiperactividad y en el índice general de TDAH, en la escala de CPRS-R (padres)

Como puede apreciarse en el gráfico 3, se constata una disminución significativa de los problemas que presentan los niños en el ambiente familiar, según la valoración realizada por los padres (CPRS-R). Concretamente, se observa una mejora en las conductas indicativas de falta de atención, hiperactividad y conducta oposicionista, así como un descenso en las puntuaciones del índice de TDAH.

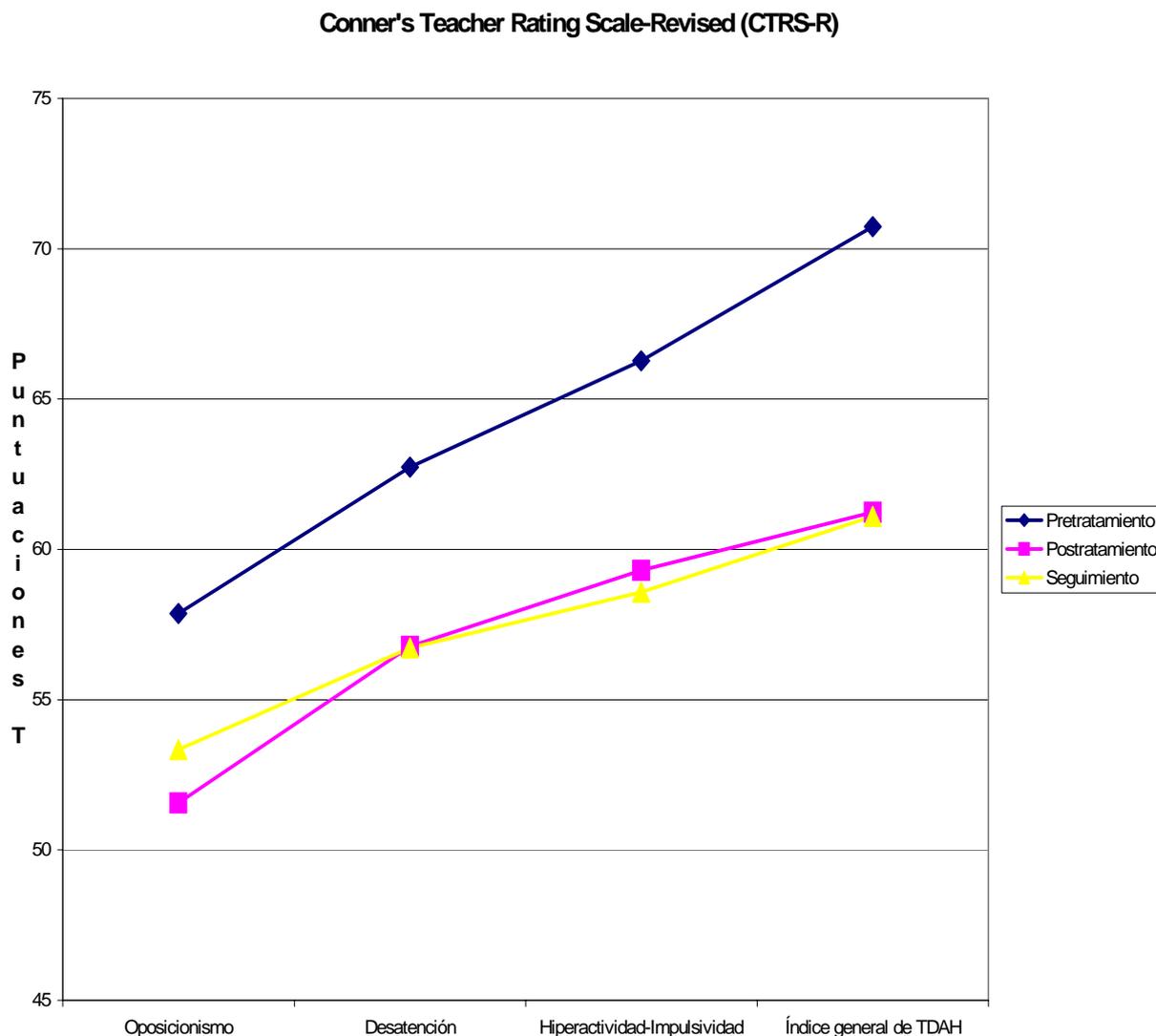


Gráfico 4. Puntuación T media en las subescalas de oposicionismo, desatención, hiperactividad y en el índice general de TDAH en la CTRS-R (profesores)

En el gráfico 4 se muestra una disminución significativa en los problemas de conducta que presentan los niños en el ambiente escolar, como así se refleja en la escala de Conners, versión profesores (CTRS-R). Concretamente, se produce un descenso en las puntuaciones de conductas características del TDAH, mejoras que se mantienen en la evaluación realizada un mes más tarde durante el seguimiento.

### 6.3.3 Listado de síntomas del TDAH DSM-IV (padres y profesores)

La tabla 48 muestra la media del número de síntomas de TDAH y sus desviaciones típicas, según la información de padres y profesores en el **listado de síntomas del DSM-IV**. Las puntuaciones se estimaron a partir de la presencia o ausencia de los síntomas.

**Tabla 48: Número de síntomas de desatención, hiperactividad y total de síntomas del listado de síntomas del TDAH (DSM-IV) en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento**

	Pretratamiento			Postratamiento			Seguimiento		
	N	Media	Desv. típ	N	Media	Desv. típ	N	Media	Desv.típ
<b>PADRES</b>									
TDAH desatención	30	5.97	2.41	30	3.74	2.78	29	3.43	2.86
TDAH hiperactividad-impulsividad	30	6.20	2.46	30	3.83	2.65	29	3.86	3.25
TDAH total de síntomas	30	12.10	3.46	30	7.63	4.38	29	7.36	5.42
<b>PROFESORES</b>									
TDAH desatención	30	5.80	2.31	30	5.43	5.40	29	3.83	2.54
TDAH hiperactividad-impulsividad	30	5.47	3.54	30	4.30	5.42	29	2.69	2.55
TDAH total de síntomas	30	11.27	3.96	30	9.73	9.11	29	6.52	3.68

Nota: los valores medios equivalen a las medias de los síntomas

La tabla 49 recoge los valores correspondientes a las comparaciones entre el pretratamiento y el postratamiento, y entre el pretratamiento y el seguimiento de los diferentes subtipos de TDAH valorados por el **listado de Síntomas de TDAH (DSM-IV)** contestado por padres y profesores.

**Tabla 49: Comparaciones entre el pretratamiento, el postratamiento y el seguimiento. Información de padres y profesores del listado de síntomas del TDAH (DSM-IV)**

	F/ $\chi^2$	Grados libertad	p	eta al cuadrado ( $\eta^2$ )	Contrastes	F/Z	p
<b>PADRES</b>							
TDAH, desatención	25.881	(2,56)	0.001	0.417	Pre- Postratamiento	$F_{(1,28)} = 29.950$	0.001
					Pre- Seguimiento	$F_{(1,28)} = 26.869$	0.001
TDAH, hiperactividad-impulsividad	19.366	(2,56)	0.001	0.418	Pre- Postratamiento	$F_{(1,28)} = 30.398$	0.001
					Pre- Seguimiento	$F_{(1,28)} = 26.428$	0.001
TDAH, total de síntomas	31.658	(2,56)	0.001	0.415	Pre- Postratamiento	$F_{(1,28)} = 51.349$	0.001
					Pre- Seguimiento	$F_{(1,28)} = 35.755$	0.001
<b>PROFESORES</b>							
TDAH, tipo desatento	11.275*	(2,29)	0.004	---	Pre- Postratamiento	$Z = 1.984^{**}$	0.047
					Pre- Seguimiento	$Z = 2.770^{**}$	0.006
TDAH, hiperactividad-impulsividad	25.373*	(2,29)	0.001	---	Pre- Postratamiento	$Z = 2.927^{**}$	0.003
					Pre- Seguimiento	$Z = 3.434^{**}$	0.001
TDAH, total de síntomas	23.102*	(2,29)	0.001	---	Pre- Postratamiento	$Z = 4.371^{**}$	0.001
					Pre- Seguimiento	$Z = 4.294^{**}$	0.001
* Los datos señalados con un (*) corresponden a los datos obtenidos aplicando la prueba $\chi^2$ de Friedman y (**) datos obtenidos aplicando la prueba T de Wilcoxon.							

Como suele apreciarse en la tabla 49, existen diferencias estadísticamente significativas en el número de síntomas entre el pre y postratamiento, tanto en la valoración realizada por padres como en la de los profesores. Concretamente, en el **listado de síntomas de TDAH (DSM-IV) padres** se aprecia una disminución significativa en los síntomas de desatención ( $F_{(1,28)} = 29.950$ ,  $p < 0.001$ ), de hiperactividad-impulsividad ( $F_{(1,28)} = 30.398$ ,  $p < 0.001$ ) y en el total de síntomas ( $F_{(1,28)} = 51.349$ ,  $p < 0.001$ ). Las mejoras que se mantienen en el seguimiento en los síntomas de desatención ( $F_{(1,28)} = 26.869$ ,  $p < 0.001$ ), en los síntomas de hiperactividad-impulsividad ( $F_{(1,28)} = 26.428$ ,  $p < 0.001$ ), y en el total de síntomas ( $F_{(1,28)} = 35.755$ ,  $p < 0.001$ ).

En el listado de síntomas TDAH (DSM-IV) profesores, se observa una disminución de los síntomas de TDAH, disminución que no es significativa entre el pre y el postratamiento, en los síntomas de hiperactividad-impulsividad ( $Z = 2.927$ ,  $p = 0.003$ ) y en el total de síntomas ( $Z = 4.371$ ,  $p < 0.001$ ). Dicha disminución se mantiene estadísticamente significativa en el seguimiento de los síntomas hiperactividad-impulsividad ( $Z = 3.434$ ,  $p < 0.001$ ) y en el total de los síntomas ( $Z = 4.294$ ,  $p < 0.001$ ); además, aparece también estadísticamente significativa entre el pretratamiento y el seguimiento en los síntomas de desatención ( $Z = 2.770$ ,  $p = 0.006$ ). Una de las posibles razones por las que los profesores reflejan mejoras con posterioridad a los padres puede deberse a que los profesores tardan algo más tiempo en detectar los cambios en el comportamiento de un alumno por trabajar en clases colectivas.

El gráfico 5 muestra la evolución del promedio de síntomas del TDAH, según la información manifestada por padres, antes de la intervención, tras el tratamiento y en el seguimiento.

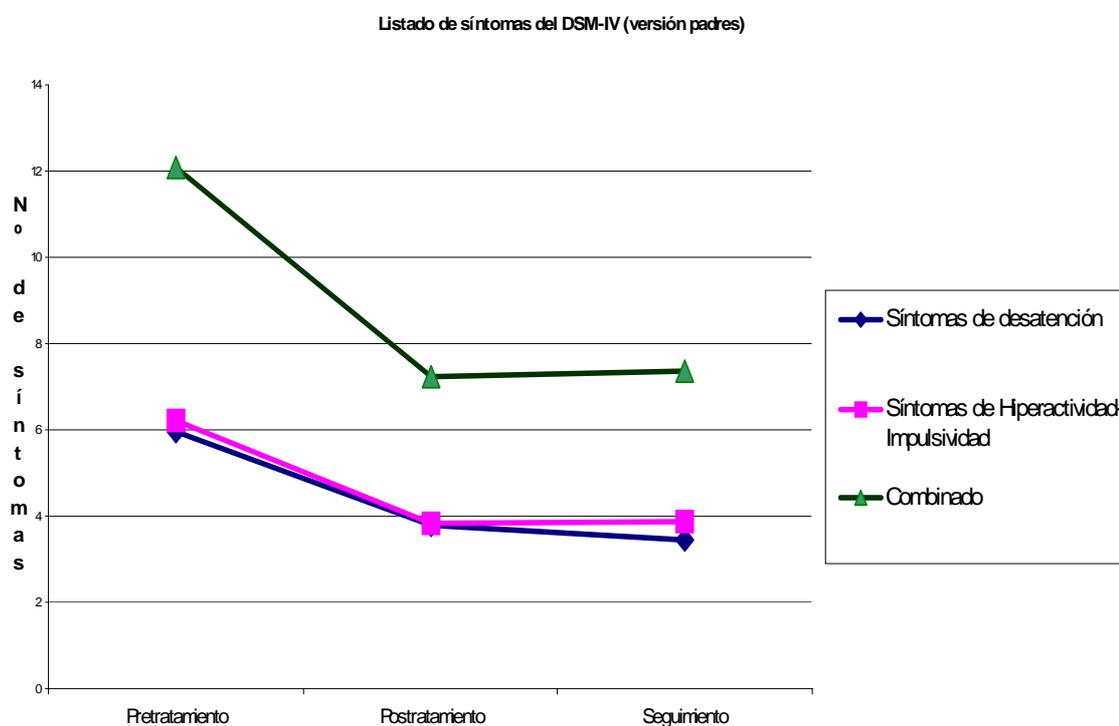


Gráfico 5. Promedio de síntomas de TDAH contestado por padres

El gráfico 6 muestra la evolución del promedio de síntomas del TDAH, según la información manifestada por profesores, antes de la intervención, tras el tratamiento y en el seguimiento.

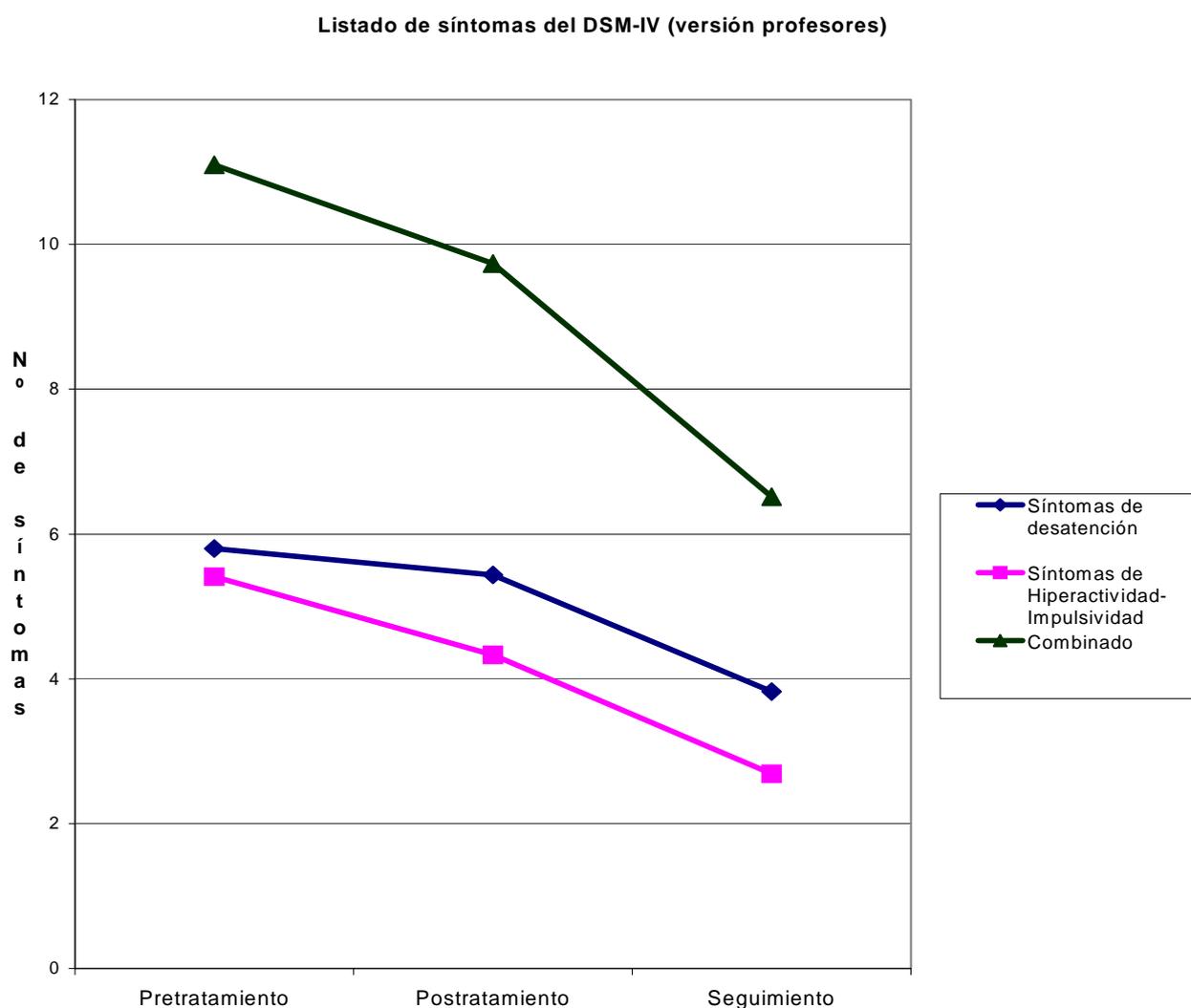


Gráfico 6. Promedio de síntomas de TDAH contestado por profesores.

Podemos decir que tras la aplicación del tratamiento, tanto padres como profesores aprecian un descenso en el número de síntomas del TDAH en los niños, disminución que se mantiene durante el seguimiento.

### 6.3.4 Escala de problemas de conducta (EPC)

Esta escala evalúa los problemas de conducta en el ambiente extraescolar. El EPC se compone de siete escalas que abarcan: Problemas Escolares (PE), Conducta Antisocial (CA), Timidez/Retraimiento /TR), Trastornos Psicopatológicos (TP), Problemas de Ansiedad (PA), Trastornos Psicósomáticos (TS) y Adaptación Social (AS). La escala consta de 99 ítems que se valoran en una escala de “nunca”, “a veces”, “siempre”. La tabla 50 muestra las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones, en centiles de las subescalas del EPC.

**Tabla 50: Medias y desviaciones típicas de puntuación, en centiles, de las subescalas del EPC (Escala de Problemas de Conducta) contestada por padres en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento**

	Pretratamiento			Postratamiento			Seguimiento		
	N	Media	Desv. típ	N	Media	Desv. típ	N	Media	Desv.típ
Problemas Escolares (PE)	30	79.33	13.69	30	73.83	18.13	29	73.21	16.11
Conducta Antisocial (CA)	30	76.33	17.42	30	66.17	24.62	29	59.82	27.47
Timidez / Retraimiento (TR)	30	64.67	28.13	30	52.00	31.69	29	42.64	32,91
Trastornos Psicopatológicos (TP)	30	75.33	20.55	30	64.67	28.68	29	58.04	27.83
Problemas de Ansiedad (PA)	30	62.33	27.69	30	50.17	29.46	29	45.00	29.15
Trastornos Psicósomáticos (TO)	30	64.00	18.17	30	66.50	19.39	29	69.11	19.82
Adaptación social (AS)	30	79.00	21.75	30	79.00	17.04	29	81.25	16.53

Nota: los valores medios equivalen a las medias de las puntuaciones en centiles

La tabla 51 recoge los valores correspondientes a las comparaciones entre el pretratamiento y el postratamiento, y entre el pretratamiento y el seguimiento de la Escala de Problemas de Conducta (EPC), información proporcionada por los padres.

<b>Tabla 51: Comparaciones entre el pretratamiento, el postratamiento y el seguimiento. Información de padres en la Escala de Problemas de Conducta (EPC)</b>							
	F/ $\chi^*$	Grados libertad	p	eta al cuadrado ( $\eta^2$ )	Contrastes	F/Z	p
Problemas Escolares (PE)	4.443	(2,56)	0.015	0.141	Pre- Postratamiento	$F_{(1,28)} = 3.641$	0.067
					Pre- Seguimiento	$F_{(1,28)} = 7.112$	0.013
Conducta Antisocial (CA)	7.633	(2,56)	0.001	0.220	Pre- Postratamiento	$F_{(1,28)} = 6.398$	0.018
					Pre- Seguimiento	$F_{(1,28)} = 11.133$	0.002
Timidez/ Retraimiento (TR)	9.859	(2,56)	0.001	0.267	Pre- Postratamiento	$F_{(1,28)} = 6.926$	0.014
					Pre- Seguimiento	$F_{(1,28)} = 18.864$	0.001
Trastornos Psicopatológicos (TP)	22.571	(2,29)	0.001	---	Pre- Postratamiento	$Z = 2.543^{**}$	0.011
					Pre- Seguimiento	$Z = 3.577^{**}$	0.001
Problemas de Ansiedad (PA)	12.45*	(2,29)	0.002	---	Pre- Postratamiento	$Z = 2.358^{**}$	0.018
					Pre- Seguimiento	$Z = 3.480^{**}$	0.001
Trastornos Psicomáticos (TS)	1.392	(2,56)	0.257	0.049	Pre- Postratamiento	---	---
					Pre- Seguimiento	---	---
Adaptación Social (AS)	1.342*	(2,29)	0.511	---	Pre- Postratamiento	---	---
					Pre- Seguimiento	---	---

\* Los datos señalados con un (\*) corresponden a los datos obtenidos aplicando la prueba  $\chi^2$  de Friedman y (\*\*) datos obtenidos aplicando la prueba T de Wilcoxon.

Como puede apreciarse en la tabla 51, se constata una disminución estadísticamente significativa tras el tratamiento en las subescalas de Conducta Antisocial ( $F_{(1,28)} = 6.398$ ,  $p = 0.018$ ), Timidez/ Retraimiento ( $F_{(1,28)} = 6.926$ ,  $p = 0.014$ ), Trastornos Psicopatológicos ( $Z = 2.543$ ,  $p = 0.011$ ) y Problemas de Ansiedad ( $Z = 2.358$ ,  $p = 0.018$ ).

En la evaluación del seguimiento, los padres informan de mejoras en cinco de las siete escalas del cuestionario: Problemas Escolares ( $F_{(1,28)} = 7.112$ ,  $p = 0.013$ ), Conducta Antisocial ( $F_{(1,28)} = 11.133$ ,  $p = 0.002$ ), Timidez / Retraimiento ( $F_{(1,28)} = 18.864$ ,  $p =$

0.001), Trastornos Psicopatológicos ( $Z = 3.577$ ,  $p < 0.001$ ), Problemas de Ansiedad ( $Z = 3.480$ ,  $p < 0.001$ ). En síntesis: la mejora que los padres describen hace referencia a una mejora en la conducta social de su hijo tras la aplicación del tratamiento.

El gráfico 7 muestra la puntuación media en centiles de las subescalas del EPC antes de la intervención, tras el tratamiento y en el seguimiento.

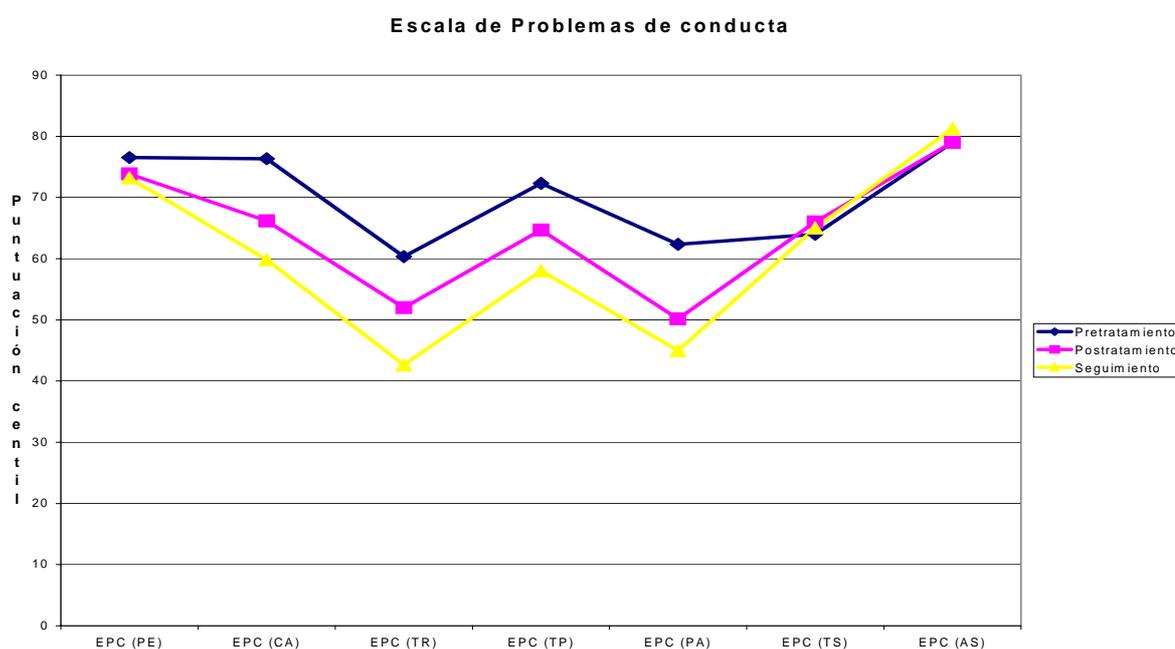


GRAFICO 7: Puntuaciones medias en centiles de las subescalas del cuestionario (EPC)

PE: Problemas Escolares  
 CA: Conducta Antisocial  
 TR: Timidez-Retramiento  
 TP: Trastornos Psicopatológicos

PA: Problemas de Ansiedad  
 TS: Trastornos Psicósomáticos  
 AS: Adaptación Social

Como se aprecia en el gráfico 7, se constata una disminución en las puntuaciones de las subescalas del cuestionario. Los padres perciben, especialmente, una mejora en la esfera social del niño, que va acompañada de una disminución de las conductas agresivas, y un descenso en los problemas de ansiedad/depresión, lo que puede hacer pensar en un incremento en la calidad de las interacciones sociales del niño con su entorno.

### 6.3.5 Escala de autocontrol (SCRS)

La constatación en otras investigaciones de que el tipo de tratamiento empleado podría modificar la percepción de los padres sobre el autocontrol de sus hijos nos animó a utilizar la siguiente escala para comprobar si tal percepción se modificaba tras la utilización de un tratamiento cognitivo-conductual. Los datos que se reflejan en esta escala se refieren a puntuaciones directas entre 0 y 66. A menos número de puntuación menor conductas de impulsividad y, por lo tanto, mayor autocontrol. La tabla 52 muestra las medias y desviaciones típicas la escala de autocontrol de Kendall y Wilcox (SCRS), contestada por padres.

**Tabla 52: Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones directas de la escala de autocontrol de Kendall y Wilcox (SCRS) contestada por padres en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento**

	N	Pretratamiento		Postratamiento			Seguimiento		
		Media	Desv. típ	N	Media	Desv. típ	N	Media	Desv.típ
SCRS	30	20.30	5.10	30	14.67	4.58	29	12.50	4.72

La tabla 53 recoge los valores correspondientes a las comparaciones entre el pretratamiento y el postratamiento, y entre el pretratamiento y el seguimiento de la escala de autocontrol de Kendall y Wilcox (SCRS), información proporcionada por los padres.

**Tabla 53: Comparaciones entre el pretratamiento, el postratamiento y el seguimiento. escala de autocontrol de Kendall y Wilcox (SCRS)**

	F/ $\chi^2$	Grados libertad	p	eta al cuadrado ( $\eta^2$ )	Contrastes	F/Z	p
Escala de auto-control de Kendall y Wilcox (SCRS)	29.472	(2,56)	0.001	0.245	Pre- Postratamiento	$F_{(1,28)} = 23.601$	0.001
					Pre- Seguimiento	$F_{(1,28)} = 64.759$	0.001

\* Los datos señalados con un (\*) corresponden a los obtenidos aplicando la prueba  $\chi^2$  de Friedman, y (\*\*) a los obtenidos aplicando la prueba T de Wilcoxon.

En la escala de autocontrol (SCRS) se aprecian mejoras significativas entre las fases de pretratamiento y postratamiento ( $F_{(1,28)} = 23.601$ ,  $p < 0.001$ ), mejoras que se mantienen durante el seguimiento ( $F_{(1,28)} = 64.759$ ,  $p < 0.001$ ). Según los datos de los padres, la mejora en el autocontrol en su hijo puede deberse a una disminución de la impulsividad. El gráfico 8 muestra la puntuación obtenida en el SCRS antes de la intervención, tras el tratamiento y en el seguimiento.

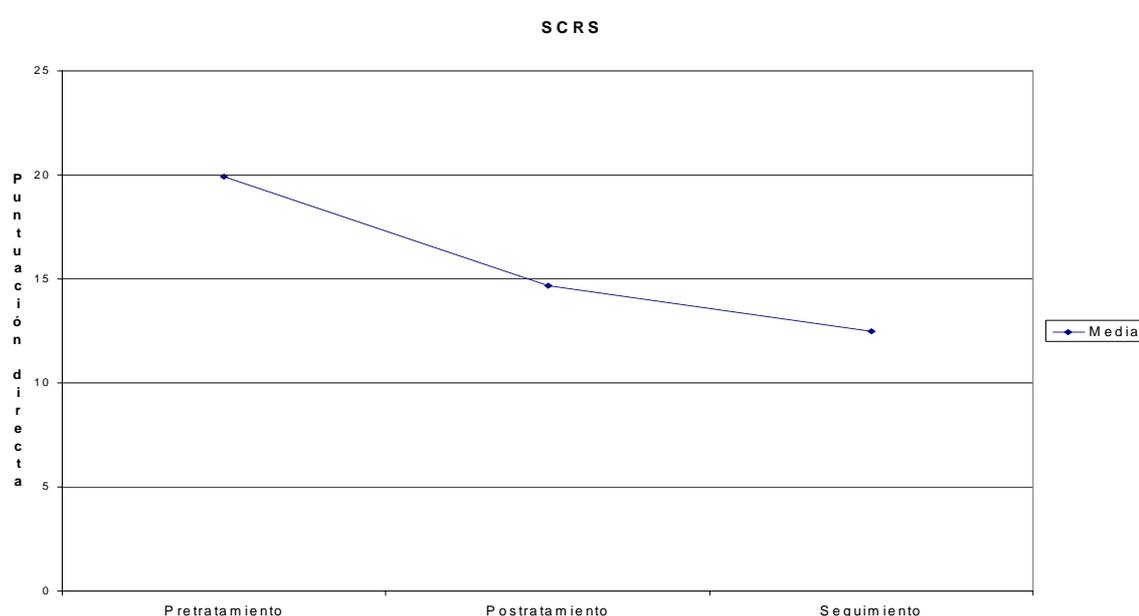


Gráfico 8: Puntuaciones de la escala de autocontrol de Kendall y Wilcox (1979) en el pretratamiento, postratamiento y el seguimiento

Como podemos apreciar en el gráfico 8, ha habido una disminución significativa de las puntuaciones y una mejora significativa en la percepción de los padres sobre el autocontrol de sus hijos.

### 6.3.6 Continuous Performance Test (CPT)

El Continuous Performance Test (CPT) es una de las medidas de laboratorio más utilizadas para valorar los problemas de atención e impulsividad en niños. La tabla 54 muestra las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones obtenidas en el Continuous Performance Test (CPT).

**Tabla 54: Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en centiles obtenidos en el *Continuous Performance Test (CPT)*, en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento**

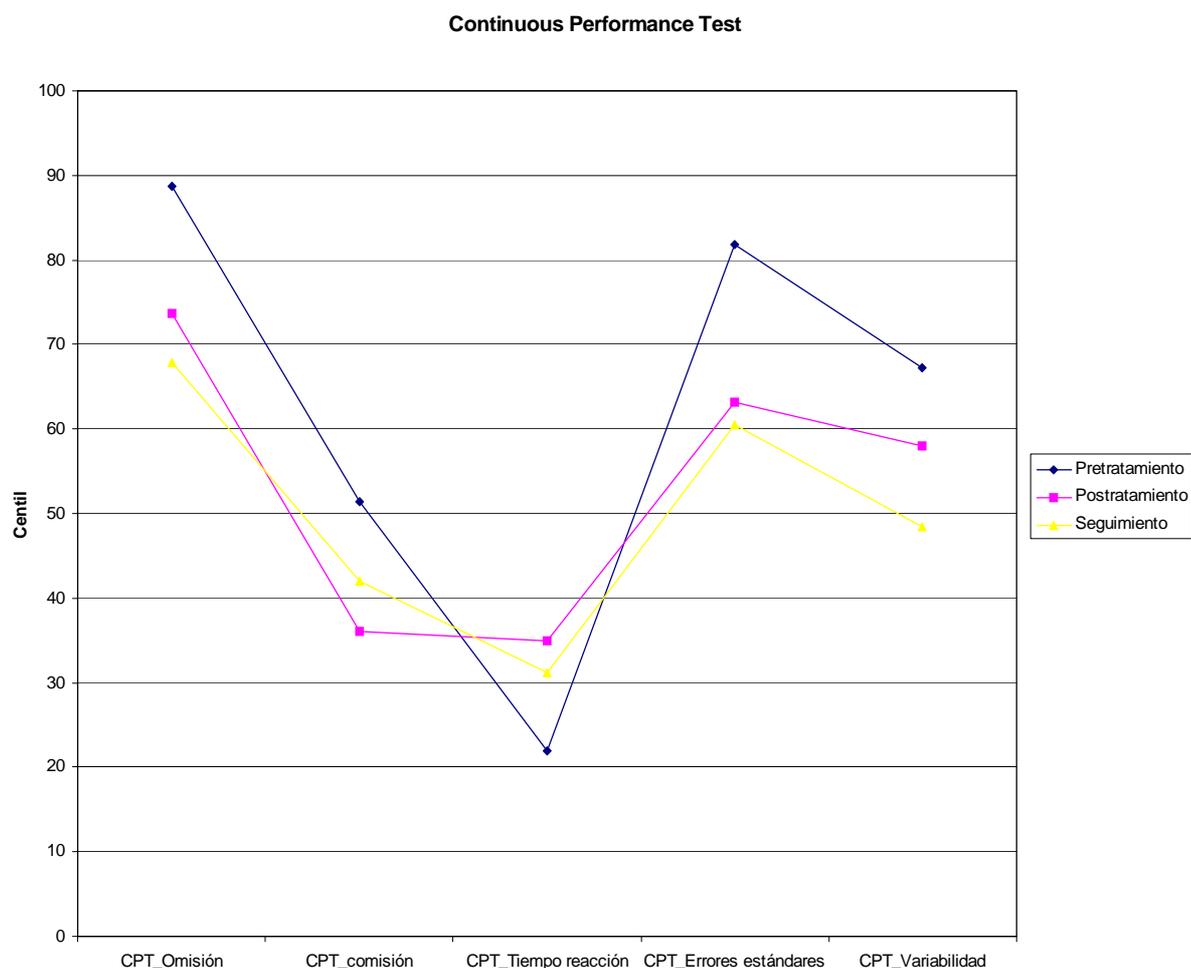
	N	Pretratamiento		Postratamiento			Seguimiento		
		Media	Desv. típ	N	Media	Desv. típ	N	Media	Desv.típ
Número de aciertos	12	309.3	7.01	12	312.4	7.11	12	312.3	2.35
*Omisión	12	88.69	12.24	12	73.66	24.05	12	67.87	24.56
*Comisión	12	51.48	24.06	12	36.25	25.88	12	41.37	24.61
*Tiempo de Reacción	12	21.96	10.33	12	35.04	20.84	12	31.12	22.43
*Errores estándares	12	81.80	27.78	12	63.15	33.05	12	60.50	28.39
*Variabilidad	12	67.19	34.30	12	58.04	33.23	12	48.47	24.90
Índice general	12	8.12	4.47	12	6.11	5.00	12	6.18	5.12

Nota: los valores que aquí se recogen son en puntuación centil

La tabla 55 recoge los valores correspondientes a las comparaciones entre el pretratamiento y el postratamiento, y entre el pretratamiento y el seguimiento de los resultados obtenidos en el Continuous Performance Test (CPT).

<b>Tabla 55: Comparaciones de las puntuaciones en centiles entre el pretratamiento, el postratamiento y el seguimiento. Continuous Performance Test (CPT)</b>							
	F/ $\chi^2$	Grados libertad	p	eta al cuadrado ( $\eta^2$ )	Contrastes	F/Z	p
Número de aciertos	1.382	(2,22)	0.222	0.111	Pre- Postratamiento	---	---
					Pre- Seguimiento	---	---
Omisión	3.234	(2,22)	0.059	0.227	Pre- Postratamiento	---	---
					Pre- Seguimiento	---	---
Comisión	4.880	(2,22)	0.018	0.307	Pre- Postratamiento	$F_{(1,11)} = 8.240$	0.015
					Pre- Seguimiento	$F_{(1,11)} = 1.043$	0.083
Tiempo de reacción	2.846	(2,22)	0.082	0.222	Pre- Postratamiento	---	---
					Pre- Seguimiento	---	---
Errores estándares	2.133	(2,22)	0.145	0.176	Pre- Postratamiento	---	---
					Pre- Seguimiento	---	---
Variabilidad	1.127	(2,22)	0.342	0.093	Pre- Postratamiento	---	---
					Pre- Seguimiento	---	---
Índice general	0.673	(2,22)	0.52	0.058	Pre- Postratamiento	---	---
					Pre- Seguimiento	---	---
* Los datos señalados con un (*) corresponden a los datos obtenidos aplicando la prueba $\chi^2$ de Friedman y (**) datos obtenidos aplicando la prueba T de Wilcoxon.							

Como puede apreciarse en la tabla 55, se reconocen una disminución estadísticamente significativa entre el pretratamiento y el seguimiento en comisión de errores ( $F_{(1,11)} = 8.262$ ,  $p = 0.015$ ). El gráfico 9 muestra las puntuaciones en centiles promedio en las subescalas del CPT antes de la intervención, tras el tratamiento y en el seguimiento.



**GRÁFICO 9: Continuous Performance Test (CPT)**

Omisión	Tiempo de reaccion en las respuestas correctas
Comisión	Errores Estándares
	Variabilidad

Como puede apreciarse en el gráfico 9, los niños disminuyen el número de errores de omisión y comisión, y la variabilidad de respuesta; aunque las diferencias en las puntuaciones sólo son estadísticamente significativas en errores de comisión entre el pretratamiento y el postratamiento.

### 6.3.7 Test de Emparejamiento de Figuras Enmascaradas

Es un test de emparejamiento que consta de 20 ítems en los que se presentan un dibujo junto a seis variantes del mismo, de las que sólo una es una copia exacta. El niño debe averiguar cuál es. Se anota la latencia a la primera respuesta y el tiempo que tarda el niño en dar la primera respuesta y el número de orden de errores, si se producen.

La tabla 56 muestra las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones obtenidas con la aplicación del *Matching Familiar Figures Test* (MFFT-20).

<b>Tabla 56: Medias y desviaciones típicas de la aplicación del <i>Matching Familiar Figures Test</i> (MFFT-20), en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento</b>									
	N	Pretratamiento		Postratamiento			Seguimiento		
		Media	Desv. típ	N	Media	Desv. típ	N	Media	Desv. típ
Número de Errores	30	24.77	10.09	30	15.55	7.35	30	15.77	17.54
Latencia de Respuesta*	30	8.602	4.20	30	13.19	6.63	30	13.79	7.83

\* Tiempo en segundos

La tabla 57 muestra los resultados obtenidos en la aplicación del *Matching Familiar Figures Test* (MFFT-20) durante el pretratamiento, postratamiento y seguimiento.

<b>Tabla 57: Comparaciones entre el pretratamiento, el postratamiento y el seguimiento. Matching Familiar Figures Test (MFFT-20)</b>							
	F/ $\chi^2$	Grados libertad	p	eta al cuadrado ( $\eta^2$ )	Contrastes	F/Z	p
Número de errores	26.917*	(2,30)	0.001	---	Pre- Postratamiento	Z= 4.200**	0.001
					Pre- Seguimiento	Z= 0.419**	0.675
Latencia de Respuesta	7.811	(2,58)	0.001	0.218	Pre- Postratamiento	F <sub>(1,29)</sub> = 9.729	0.004
					Pre- Seguimiento	F <sub>(1,29)</sub> = 3.834	0.060

\* Los datos señalados con un (\*) corresponden a los datos obtenidos aplicando la prueba  $\chi^2$  de Friedman y (\*\*) datos obtenidos aplicando la prueba T de Wilcoxon.

En los resultados se aprecia una disminución del número errores en el MFFT-20, disminución que es estadísticamente significativa entre las fases de pretratamiento y postratamiento en el número de errores ( $Z = 4.200$ ,  $p = .0001$ ). Esta mejora no se mantiene en la fase de seguimiento. También se aprecia un incremento en la latencia de respuesta ( $F_{(1,29)} = 9.729$ ,  $p=0.004$ ), diferencia que tampoco se mantiene durante el seguimiento.

En los gráficos 10 y 11 se muestran los resultados obtenidos en la aplicación del MFFT (latencias y errores) antes de la intervención, tras el tratamiento y en el seguimiento.

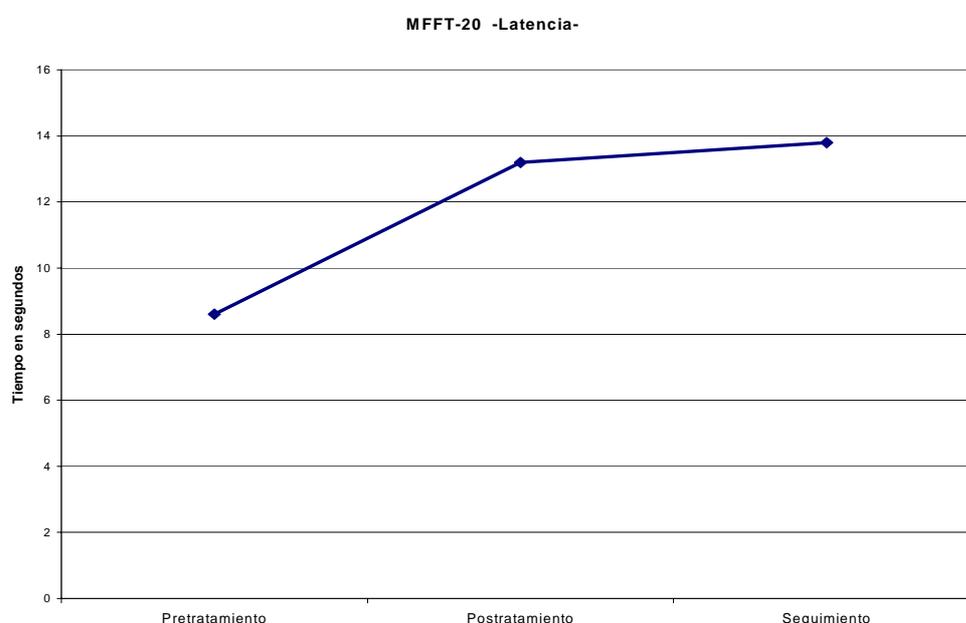


Gráfico 10. Latencia de respuesta en segundos obtenidos en la aplicación del *Matching Familiar Figures Test* (MFFT-20) en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento

Como podemos apreciar en el gráfico 10, se observa un aumento significativo en la latencia a la primera respuesta, es decir, se incrementa la latencia de los niños tras la

aplicación del tratamiento. Este incremento favorece que el rendimiento de los niños también mejore, como podremos apreciar en el gráfico siguiente.

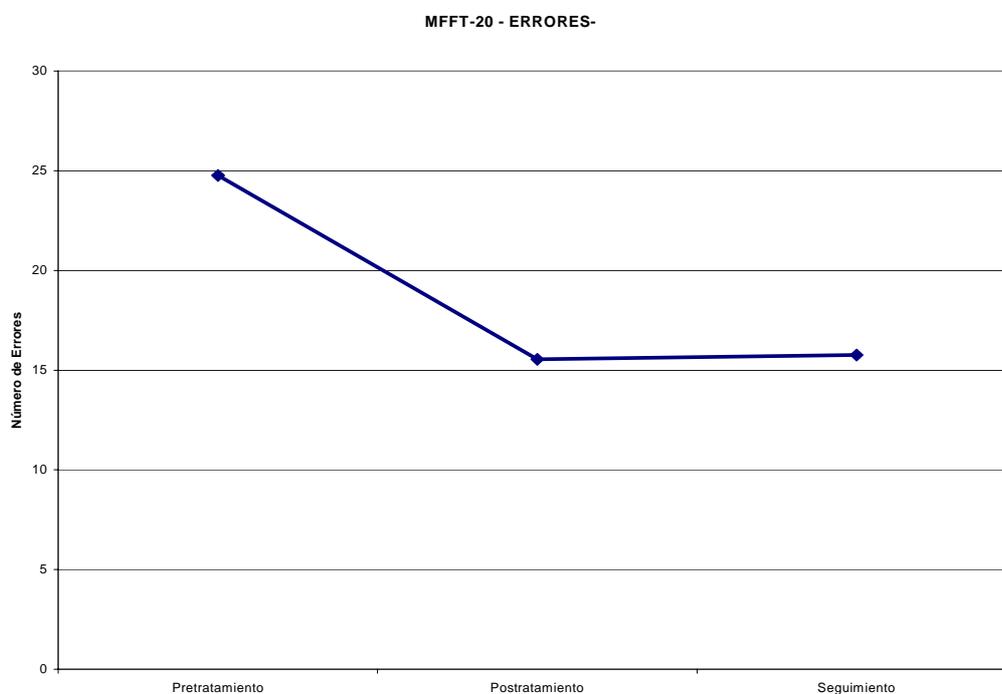


Gráfico 11. Número de errores en el *Matching Familiar Figures Test* (MFFT-20) en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento

Como puede apreciarse en el gráfico 11, se constata que los niños disminuyen el número de errores tras la aplicación del tratamiento, disminución que se mantiene en el seguimiento. Así, la disminución se mantiene pero no hay diferencias estadísticamente significativas.

En síntesis, se detecta una mejora en la ejecución del MFFT-20 que se manifiesta con la comisión de menos errores y en un aumento en el tiempo de obtención de la primera respuesta, lo que puede indicar mayor capacidad de análisis y mayor control de la impulsividad; los niños invierten más tiempo en contestar y ello conlleva una mejora de los resultados.

## 7. DISCUSIÓN

Diferentes trabajos han puesto de manifiesto que la historia del desarrollo, la composición de la familia y las relaciones familiares de los niños con TDAH presentan una serie de atributos diferenciales. En nuestro trabajo hemos encontrado algunas características que exponemos a continuación.

Respecto a la composición del núcleo familiar, la mayoría de las familias estudiadas son familias nucleares, formadas por el matrimonio y los hijos. Los resultados obtenidos en este trabajo no confirman los datos de Bierdeman et al. (1990), quienes afirman que los padres de niños con TDAH tienen más probabilidades de ser padres separados o divorciados que otros padres; en comparación, en nuestra muestra la incidencia de divorcio o separación ha sido mínima.

En cuanto a la salud prenatal materna, se aprecian diferencias entre los resultados de nuestra muestra y los de Pelham et al. (1997), quienes informaban de mayor incidencia de abuso de alcohol y estrés durante el embarazo entre madres gestantes de hijos con TDAH.

En lo que se refiere a la mayor propensión de los niños con TDAH a padecer más número de accidentes y hospitalizaciones (Barkley, 1997 y Leon et al. 1999), en nuestro trabajo no se ha podido constatar esta mayor propensión.

Respecto a la prescripción de medicación activadora en niños con TDAH, se aprecian diferencias en los resultados obtenidos en este trabajo con los del estudio de Ferguson (2000), quienes afirman que tres cuartas partes de los niños diagnosticados con TDAH en EEUU reciben medicación activadora; concretamente en su muestra el 75.4% de los niños con TDAH eran tratados con metilfenidato, mientras que sólo un 25.2% lo era con psicoterapia. En nuestro estudio, la prescripción de medicación activadora es mucho menor: sólo un 30% de los casos recibió en algún momento esta medicación, mientras que el 45% de los casos analizados recibió psicoterapia individual, principalmente.

Los resultados obtenidos en este trabajo sobre rendimiento escolar coinciden con los resultados de los estudios de Meents (1989), Purvis y Tannock (1998) y Cohen et al. (2000), en los que se destaca que los niños con TDAH rinden por debajo de sus posibilidades y presentan grandes dificultades para conseguir un rendimiento escolar óptimo.

Los resultados obtenidos en este trabajo sobre las relaciones sociales coinciden con los hallados por Ferguson (2000), en el sentido que los niños con TDAH suelen ser más rechazados, ignorados y menos queridos por sus compañeros.

La mayor parte de los padres (53.3%) empiezan a apreciar los primeros síntomas de TDAH entre los tres y los cuatro años de edad del niño. Datos similares los podemos encontrar en Barkley, DuPaul y McMurray (1990); Bauermester, Bird, Canino, Rubión, Bravo y Alegría (1995); Cantwell (1996). Desde que los padres empiezan a apreciar los problemas de sus hijos (3-4 años) hasta que los problemas se empiezan a tratar o a remitir, pasan años en los que los padres buscan o son derivados a diferentes tipos de tratamientos: medicación, psicosocial o combinado. Este dato refuerza las conclusiones a las que llega Barkley (1997), en las que afirma que los niños con TDAH necesitan una evaluación precoz para detectar sus dificultades, y un tratamiento largo, que puede abarcar incluso toda la etapa escolar del niño –evidentemente, no siempre con la misma intensidad y frecuencia–. Como señala el citado autor, tanto los niños como sus padres son un grupo de riesgo para padecer más estrés y presentar otra serie de problemas psicopatológicos. Según información de los padres, los síntomas del TDAH suelen ocasionar “bastantes” problemas a estos niños en su relación con las personas de casa (36.7%), en su conducta en clase (30%), y “algunos” problemas con sus compañeros y amigos (36.7%).

Por otra parte, un 30% de los niños de nuestra muestra cumple, además, el criterio A para el diagnóstico del trastorno Oposicionista-Desafiante, cifra aproximada a la hallada por August, Realmuto, McDonald III, Nugent y Grosby (1996). Este dato, aunque importante, está lejos aún de los datos que presentan otros autores como Biederman, et al. (1996a), que llegan a asegurar que los niños con TDAH tienen una elevada

cormorbilidad con el trastorno Opositor-Desafiante en torno al 54%. Un 20% de nuestra muestra cumple, además, el criterio A para el Trastorno de Ansiedad por Separación. Datos similares a los encontrados en los estudios de Perrin y Last (1996), o en el de Schmidt et al. (1998).

A continuación presentamos las conclusiones a los que hemos llegado respecto a la evaluación de la eficacia terapéutica en las diversas fases de la intervención.

En primer lugar, y respecto a la evaluación proporcionada por los **padres**, hemos confirmado o rechazado las siguientes hipótesis:

- 1) Se confirma la hipótesis 1.1, en la que se hipotetiza una disminución de las puntuaciones en la escala indicativa de problemas atencionales en el inventario de padres CBCL, tanto en el postratamiento como en el seguimiento.

Cabe señalar que los padres indican mejoras estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) en 6 de las 11 escalas en la fase postratamiento, concretamente en las escalas de aislamiento ( $p = 0.013$ ), de ansiedad/depresión, ( $p = 0.001$ ), de problemas sociales ( $p = 0.003$ ), de problemas de atención ( $p < 0.001$ ), de problemas de conducta delictiva ( $p = 0.002$ ), de problemas de conducta internalizante ( $p = 0.028$ ) y en el total de problemas de conducta ( $p < 0.001$ ). También informan de mejoras estadísticamente significativas ( $p < 0.005$ ) en 7 de las 11 escalas durante la fase de seguimiento, que incluyen, además de las escalas citadas anteriormente, los problemas de conducta externalizante ( $p = 0.016$ ).

En general, atendiendo a los datos proporcionados por los padres en el inventario de conducta CBCL, podemos decir que los padres observan una mejora en la capacidad de prestar atención de sus hijos y una disminución de los problemas de conducta, tal y como se aprecia en la escala total del CBCL.

- 2) Se confirma, asimismo, la hipótesis 1.2 sobre una disminución de conductas de hiperactividad, desatención, y una disminución en el índice de TDAH de la Escala

de Conners para padres (CPRS-R), tanto en el postratamiento como en el seguimiento. Tres de las cuatro escalas del cuestionario ofrecen diferencias significativas entre el pre y el postratamiento: oposiciónismo ( $p = 0.019$ ), desatención ( $p < 0.001$ ) e índice general de TDAH ( $p < 0.001$ ), y en el seguimiento no sólo se mantienen estas tres escalas sino que además se observa una disminución significativa en la puntuación en la escala de hiperactividad ( $p = 0.002$ ).

- 3) De la misma forma se confirma la hipótesis 1.3 sobre una disminución significativa en los síntomas de TDAH evaluados a través del listado de síntomas del DSM-IV tras la aplicación del tratamiento. Esta mejora es ampliamente significativa en los síntomas de desatención ( $p < 0.001$ ), de hiperactividad-impulsividad ( $p < 0.001$ ) y en el total de síntomas del TDAH ( $p < 0.001$ ), datos que una vez más señalan la mejora que los padres han constatado tras la aplicación del tratamiento, y que se mantienen en el seguimiento.
- 4) La evaluación postratamiento confirma la hipótesis 1.4 de nuestra investigación, puesto que refleja una disminución significativa de la puntuación de falta de autocontrol tras el tratamiento ( $p < 0.001$ ) y al cabo de un mes de finalizar la intervención ( $p < 0.001$ ). Según la información proporcionada por dicha escala, la mejora en el autocontrol vendría a significar que los padres perciben en sus hijos un aumento en su capacidad para retrasar una respuesta y/o formular una demanda.
- 5) Se confirma la hipótesis 1.5 al apreciarse una disminución significativa de las puntuaciones en la Escala de Problemas de Conducta (EPC), en las subescalas de conducta antisocial ( $p = 0.018$ ), timidez/retraimiento ( $p = 0.014$ ), trastornos psicopatológicos ( $p = 0.011$ ), y problemas de atención ( $p = 0.018$ ). Durante el seguimiento se mantienen las mejoras en las subescalas de: conducta antisocial ( $p = 0.002$ ), timidez/retraimiento ( $p = 0.001$ ), trastornos psicopatológicos ( $p = 0.001$ ), problemas de atención ( $p = 0.001$ ), y además se observa una mejora significativa en la escala de problemas escolares ( $p = 0.013$ ). Como podemos observar, y tal y como indica esta prueba, muchos de los problemas con los que habitualmente se asocia el TDAH han disminuido tras la aplicación del tratamiento.

A partir de **profesores**, hemos confirmado o rechazado las siguientes hipótesis:

- 6) Se confirma la hipótesis 2.1 al apreciarse una disminución estadísticamente significativa tras la aplicación del programa en la subescala indicativa de problemas de atención, reflejada en el inventario TRF; dicha mejora se mantiene en el seguimiento ( $p < 0.001$ ). El resto de subescalas del inventario indican mejora, tanto en el postratamiento como en el seguimiento, en las escalas indicativas de problemas sociales ( $p = 0.004$ ), conducta delictiva ( $p = 0.008$ ), conducta agresiva ( $p < 0.001$ ), conducta externalizante ( $p < 0.001$ ) y en la puntuación total de problemas ( $p < 0.001$ ).
  
- 7) Los datos de la prueba de Conners para profesores (CTRS-R) confirman la hipótesis 2.2, ya que todas las diferencias entre el pretratamiento y postratamiento, y entre el pretratamiento y el seguimiento son estadísticamente significativas. Concretamente, hacemos referencia a la subescala de oposicionismo ( $p = 0.004$ ), subescala de desatención ( $p < 0.001$ ), subescala de hiperactividad ( $p < 0.001$ ) y al índice de TDAH ( $p < 0.001$ ). Todas ellas muestran una mejora tras el tratamiento y en el seguimiento en un nivel de significación de  $p < 0.001$ .
  
- 8) Se confirma la hipótesis 2.3 de la existencia de una disminución de los síntomas de TDAH, evaluados mediante el listado de síntomas del DSM-IV, tras el tratamiento y en el seguimiento, en un nivel de significación de  $p < 0.001$ . Concretamente, se observa tal disminución tras el tratamiento de los síntomas de desatención ( $p = 0.047$ ), de hiperactividad-impulsividad ( $p = 0.003$ ), y del total de síntomas ( $p < 0.001$ ); mejoras que se mantienen en el seguimiento.

De los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas a los **niños**, hemos confirmado o rechazado las siguientes hipótesis:

- 9) Se confirma la hipótesis 3.1 sobre la existencia de menor número de errores evaluados a través del MFFT-20 tras la administración del tratamiento, ( $p < 0.001$ ), mejora que no se mantiene en la fase de seguimiento. En cuanto a la latencia, se aprecia un aumento estadísticamente significativo en el tiempo de latencia en dar la primera respuesta ( $p = 0.004$ ), mientras que en la evaluación durante el seguimiento, estas mejoras no se mantienen estadísticamente significativas.
  
- 10) En cuanto a la hipótesis 3.2, los datos obtenidos con el CPT confirman parte de las hipótesis planteadas. Se aprecian diferencias significativas entre el pretratamiento y el postratamiento en la comisión de errores ( $p = 0.015$ ); diferencias que, sin embargo, no se mantienen en el seguimiento.

## 8. CONCLUSIONES

A continuación resaltamos los puntos más relevantes concernientes a los síntomas nucleares del trastorno del TDAH y los problemas asociados, relacionándolos con los datos obtenidos en este trabajo. Pretendemos ofrecer algunas consideraciones relevantes para futuras investigaciones, sugerir mejoras que pueden realizarse en los programas cognitivo-conductuales y, finalmente, realizar algunas consideraciones finales. Los siguientes apartados recogen las principales conclusiones de la discusión en torno al TDAH y sus implicaciones para el tratamiento:

### 8.1 Interpretación de los resultados a la luz de las aportaciones teóricas expuestas en la primera parte de la investigación

- 1) La falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad se consideran hoy en día los síntomas nucleares del TDAH (Barkley, 1990a; Hinshaw, 1994; AACAP, 2001). A la luz de los resultados de los estudios revisados en el apartado de síntomas nucleares del TDAH, la impulsividad es particularmente importante en la conceptualización actual del trastorno. En numerosos estudios se ha puesto de manifiesto que los niños con TDAH suelen interrumpir más las actividades de otros niños, no guardan su turno, responden antes de haberles formulado las preguntas, tienen dificultades para autocontrolarse, y son más descuidados en sus tareas cotidianas, en comparación con niños de los grupos de control normales u otros grupos de niños con diferentes trastornos psiquiátricos (Gaub y Carlson, 1997b; McBurnett et al. 1999; Neuman et al. 1999).

En líneas generales, se ha observado en ellos un empleo inadecuado de las estrategias de exploración; una dependencia excesiva de las características físicas de los estímulos, con especial dificultad para no atender a la información relevante; así como un defecto en el mantenimiento de la atención

en las tareas monótonas y repetitivas (Barkley, 1997). Según este autor, los niños con TDAH presentan un fallo en la inhibición conductual que retrasa la adquisición de la capacidad de control de la interferencia. Entre las implicaciones del modelo de Barkley para el tratamiento del TDAH está la necesidad de enseñar a estos niños a mejorar su capacidad para definir los problemas; a buscar las soluciones que mejor convengan a cada situación, teniendo en cuenta múltiples perspectivas; a mejorar su capacidad para darse autoinstrucciones; a saber automotivarse y mantener el esfuerzo hacia sus objetivos.

- 2) Los resultados de los estudios sobre los componentes neuroanatómicos y neuroquímicos en la explicación de la fisiopatología del TDAH dejan muchos interrogantes por responder, ya que falta demostrar una relación directa entre algún componente neuroanatómico o neuroquímico y sus efectos sobre la conducta. Por otra parte, parece demostrado que los factores ambientales modulan la expresividad y la severidad del TDAH de forma importante, y es aquí donde un programa de tratamiento dirigido al niño alcanza mayor sentido.
- 3) Respecto al tratamiento con medicación no se conoce por el momento, ningún tratamiento farmacológico que elimine completamente los síntomas del trastorno. Existen, sin embargo, tratamientos eficaces para incrementar los niveles de atención, o disminuir los síntomas de hiperactividad e impulsividad. La administración de medicación, sobre todo activadora, tiene una amplia tradición en el tratamiento del TDAH, como lo confirman los resultados obtenidos en numerosos estudios clínicos (Berman, et al. 1999; Diamond, et al. 1999; Denney y Rapport, 1999), aunque existan dudas sobre el mantenimiento de las mejoras a largo plazo (O'Tooler et al. 1997). Es necesario, además, valorar la intensidad de los síntomas del TDAH y valorar la presencia de síntomas comórbidos como la ansiedad o la depresión, pues, en caso de que se aprecien, es posible que el niño no responda bien a la

medicación activadora (Gomez y Sanson, 1994). En algunos casos en los que el TDAH se asocia a otros trastornos como tics, trastorno de la Tourette, etc., la medicación activadora está contraindicada (Carter et al. 2000). Se debe tener en cuenta, así mismo, la actitud de los padres ante la medicación y su capacidad para mantenerla a largo plazo. Por último, a estas consideraciones deberíamos añadir el riesgo asociado al abuso de la medicación (Jensen et al. 1999).

- 4) El tratamiento del TDAH desde la perspectiva de modificación de conducta se basa en los principios del análisis conductual aplicado y la teoría del aprendizaje social. Los estudios que han aplicado estrategias conductuales en el tratamiento del TDAH han demostrado que los niveles de actividad pueden controlarse mediante la manipulación de variables ambientales y por medio del refuerzo diferencial de conductas incompatibles. Sin embargo, las técnicas de refuerzo diferencial, coste de respuesta y refuerzo positivo, dirigidas a reducir la actividad de los niños con hiperactividad, no han demostrado cambios significativos en el rendimiento académico de los niños tratados, ni mejoras en el déficit de atención de éstos. En general, se ha comprobado que las técnicas operantes son eficaces pero no suficientes para controlar la gran heterogeneidad de síntomas del TDAH.
- 5) Diversas técnicas cognitivas, concretamente, del entrenamiento en autoinstrucciones y en el entrenamiento en solución de problemas, junto con otras técnicas como la autoobservación, la autoevaluación o el autorefuero, han demostrado ser eficaces para reducir los problemas de conducta de los niños hiperactivos (AACAP, 2001; Pelham et al. 1998). En general, y con respecto a los tratamientos conductuales o cognitivo-conductuales, se ha constatado una mejora social y académica a corto plazo (Grizenko, 1997).

Entre los efectos a corto plazo se ha observado una mejora en la conducta de atención y en el rendimiento académico del niño, una disminución de la

hiperactividad motriz, y una mejora en la conducta social (Taylor, 1991; Hibbs, 1995; Hibbs et al. 1996). Entre sus limitaciones está el desconocimiento del efecto obtenido con cada una de las técnicas aplicadas, o de los elementos más relevantes y decisivos que integran los programas de intervención; el hecho de que las mejoras dependen en gran medida de la colaboración y confianza de los padres, profesores y del niño, así como de sus niveles de competencia. Por último, a estas consideraciones deberíamos añadir las dificultades para mantener y generalizar las mejoras (AACAP, 2001).

- 6) Algunos de los programas de intervención cognitivo-conductuales con mejores resultados en el tratamiento del TDAH son el de Kendall y Braswell (1985), y el programa de Braswell y Bloomquist (1991). El tratamiento aquí aplicado comparte con estos programas la aplicación de las siguientes técnicas: las autoinstrucciones (contenido y secuencia), el entrenamiento en estrategias de solución de problemas, el modelado participativo, la autoevaluación, la demora reforzada, el refuerzo social, el autorrefuerzo individual, la economía de fichas, el coste de respuesta, el recuento de puntos, la elección y el menú de refuerzos.
- 7) Actualmente se recomienda el uso de la combinación de varios tratamientos en el abordaje del TDAH; entre ellos, la combinación de medicación activadora y el tratamiento cognitivo-conductual. Otros tratamientos adecuados son el entrenamiento en habilidades sociales (Bloomquist et al. 1996), el entrenamiento en autocontrol (Pelham et al. 1987), y el entrenamiento de los padres en el manejo de las conductas de sus hijos (Barkley, 1997). La combinación de distintos tratamientos parece ser la opción más eficaz en niños con TDAH severo, en los que la medicación ayuda a mejorar los problemas atencionales y a disminuir la hiperactividad, y posteriormente los tratamientos conductuales o cognitivo-conductuales contribuyen a que estos niños mejoren en otros dominios.

A continuación se recogen las principales conclusiones a partir de los resultados obtenidos:

Los datos del pretratamiento nos indican que los padres destacan dificultades en el núcleo central del TDAH, es decir, informan de problemas de atención, impulsividad e hiperactividad. Así mismo, es interesante constatar que también señalan dificultades en problemas de carácter internalizante como: problemas de aislamiento, ansiedad, depresión y problemas sociales; en menor medida, pero igualmente importantes, los padres destacan problemas en la conducta externalizante: conducta antisocial y conducta delictiva.

Los profesores, en la evaluación pretratamiento, informan de problemas de atención, impulsividad e hiperactividad, y también señalan dificultades en problemas de carácter externalizante: conducta delictiva, conducta agresiva, y conducta oposicionista. De igual modo informan de problemas sociales. Es interesante observar cómo los profesores, a diferencia de los padres, no indican dificultades en conductas internalizantes.

Tras el tratamiento, los padres informan de mejoras en los síntomas característicos del TDAH: mejoras de atención (evaluadas por el CBCL, CPRS-R, y en el listado de síntomas de desatención del DSM-IV), mejoras en la hiperactividad-impulsividad (evaluadas mediante el listado de síntomas de hiperactividad-impulsividad del DSM-IV), y en el índice total del TDAH (evaluado por el CPRS-R). También informan de mejoras estadísticamente significativas en las conductas internalizantes, concretamente: disminución en las conductas de aislamiento (evaluado por el CBCL), ansiedad/depresión (evaluadas por el CBCL y el EPC), timidez / retraimiento (evaluados por el EPC), y disminución de problemas externalizantes: conducta oposicionista (evaluada por el CPRS-R), conducta delictiva (evaluada por el CBCL), conducta antisocial (evaluada por el EPC). Las mejoras también aparecen en problemas sociales (evaluados por el CBCL),

trastornos psicopatológicos (evaluados por el EPC), y en el autocontrol (evaluado por el SCRS).

Los profesores informan de mejoras en los síntomas del TDAH: mejoras de atención (evaluadas por el TRF, CTRS-R, y en el listado de síntomas de desatención del DSM-IV), mejoras en la hiperactividad-impulsividad (evaluadas mediante el CTRS-R, y el listado de síntomas de hiperactividad-impulsividad del DSM-IV), y en el índice total del TDAH (evaluado por el CTRS-R). También informan de mejoras estadísticamente significativas en las conductas externalizantes: disminución de problemas de conducta oposicionista (evaluada por el CPRS-R), de problemas de conducta delictiva (evaluada por el TRF), y conducta agresiva (evaluada por el TRF). De igual modo informan de mejoras en problemas sociales (evaluados por el CBCL).

Durante el seguimiento, se mantienen las mejoras obtenidas tras el tratamiento y se añaden mejoras en la conducta externalizante (evaluada por el CBCL), una disminución de los síntomas de hiperactividad (evaluados por el CPRS-R) y una disminución de los problemas escolares (evaluados por el EPC), según la información suministrada por los padres. En el seguimiento, los profesores informan que se mantienen las mejoras apreciadas tras el tratamiento.

Los niños, en el pretratamiento, se muestran altamente impulsivos (evaluados mediante el número de errores en el MFFT-20, la latencia a la primera respuesta del MFFT-20, y los errores de comisión en el CPT) y desatentos (evaluados mediante el número de errores de omisión, el patrón de tiempo de respuesta, el patrón de errores estándar, y el índice general del CPT).

Tras el tratamiento, se detectan mejoras en la impulsividad; concretamente, se observa un aumento en la latencia de la primera respuesta en el MFFT-20, un menor número de errores en el MFFT-20 y un menor número de errores de

comisión en el CPT; mejoras que, sin embargo, no se mantienen durante el seguimiento.

En resumen, tanto los padres como los profesores indican mejoras los síntomas centrales del TDAH. Además, para los padres, estas mejoras se observan también en las conductas internalizantes, y para los profesores se aprecian más en las conductas externalizantes. Ya Reid et al. (1998) y Weiler et al. (1999) apuntaron que los padres son más sensibles a las dificultades que muestran sus hijos en la conducta internalizante (aislamiento, ansiedad, depresión, etc.) dado que pasan más tiempo con sus hijos en un medio más íntimo, en donde hay más relación personalizada y donde es más fácil poder expresar los estados de ánimo; mientras que los profesores informan más de conductas externalizantes (conducta agresiva, antisocial, oposicionista, etc.), porque en el contexto escolar son conductas más fácilmente observables, y resultan más perturbadoras para la dinámica escolar que las conductas propias de un niño con ansiedad o depresión (Danforth et al. 1996).

De este modo, como afirman Ostrander et al. 1998, nuestros datos confirman que los padres están más predispuestos a observar mejoras en la conducta internalizante de sus hijos, mientras que los profesores estarían más atentos a la conducta externalizante del niño. Por consiguiente, además de la mejora constatada tanto por padres como por profesores en los síntomas nucleares del trastorno tras el tratamiento, las diferencias en la mejora apreciada en los problemas asociados entre los niños con TDAH se pueden explicar por las diferencias en la interpretación de los cambios que captan los adultos que conviven con el niño.

Asimismo, los cambios en la conducta del niño se relacionan con el desarrollo y mejora de las habilidades que requieren planificación, autocontrol y persistencia en la tarea. Como indican Schachar, Tannock y Logan (1993), Sandberg (1996), Barkley (1997), y Tannock (1998), entre otros, el problema central del TDAH es la dificultad para inhibir la conducta. Este déficit de inhibición produce un retraso en la adquisición de conductas destinadas a planificar, guiar y controlar la propia

conducta, y en seguir las reglas y normas. Por consiguiente, el refuerzo de dichas habilidades mediante la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales como las utilizadas en este trabajo: las autoinstrucciones (contenido y secuencia), el entrenamiento en estrategias de solución de problemas, el modelado participativo, la autoevaluación, la demora reforzada, el refuerzo social, el autorrefuerzo individual, la economía de fichas, y el coste de respuesta, entre otras, ayuda a mejorar los síntomas característicos. La evidencia empírica para esta interpretación procede de la mejora estadísticamente significativa constatada por padres y profesores tras la aplicación del programa, y por la mejora observada en la inhibición de la conducta (impulsividad) comprobada en las pruebas aplicadas al niño.

En definitiva, potenciar las habilidades de autocontrol y de autorregulación en los niños con TDAH es beneficioso para ellos, pero no es suficiente para abordar la gran heterogeneidad de síntomas del trastorno. Como mantienen Abikoff y Hechtman (1996); Grizenko (1997); Pelham et al. (1998) y AACAP (2001), la administración combinada de terapias cognitivo-conductuales y farmacológicas es la alternativa terapéutica más eficaz para los niños con TDAH, de modo que la medicación reduzca inicialmente los niveles de hiperactividad y mejore la atención, y junto con las terapias cognitivo-conductuales se contribuya a que estos niños mejoren considerablemente.

Finalmente, los resultados obtenidos en esta investigación son esperanzadores en cuanto al resultado que se puede esperar de la aplicación de los tratamientos cognitivo-conductuales, sin caer en la presunción de que sean más eficaces que la medicación. En este sentido, consideramos que todavía queda mucho por investigar sobre la etiología y las características de este trastorno. A pesar de la cantidad de información e investigación sobre el TDAH, todavía sigue siendo necesario profundizar sobre las conductas nucleares del trastorno, sobre la alta comorbilidad que presentan con otros trastornos, y la evolución e integración de estos niños en la vida adulta.

## 8.2 Mejoras que pueden realizarse en los tratamientos cognitivo-conductuales

A la luz de los resultados, y teniendo en cuenta las reflexiones que en su momento hicimos sobre la especificidad de los tratamientos cognitivo-conductuales, consideramos de utilidad ofrecer algunas consideraciones que tener en cuenta para futuras investigaciones:

- a) Este tratamiento se ha aplicado a niños **entre 8 y 12 años** por lo que nuestros datos deben restringirse a niños de estas edades. La aplicación del programa a otras edades implicaría necesariamente una adaptación, tanto de las técnicas utilizadas como de las situaciones sociales que se plantean, lo que daría paso a otra investigación y la obtención de nuevos resultados.
- b) En este estudio, todas las **familias** que participaron en la investigación mostraron un alto grado de colaboración y disposición en todas las fases de la investigación, y también se mostraron altamente implicadas en el proceso. El interés de las familias se explica, en parte, por los criterios de selección utilizados en la fase de evaluación pretratamiento, es decir, la entrevista previa con los padres, las charlas con los profesores, la actitud del terapeuta, etc. Esta fase ayudó a incrementar la motivación, la implicación, y a crear altas expectativas respecto a la eficacia del programa.
- c) El programa de intervención aplicado a niños con TDAH se realizó con un **grupo reducido**. En un principio, se planteó la posibilidad de hacer grupos de cuatro o incluso de seis niños por sesión, tal y como algunos autores han sugerido (Bloomquist et al. 1996); pero el primer programa piloto que pusimos en marcha fue aplicado a un grupo de cuatro niños. La experiencia nos mostró que resulta muy difícil trabajar con un

grupo de cuatro niños con TDAH, justamente por las dificultades inherentes que presentan estos niños, es decir, falta de atención, impulsividad, hiperactividad. Finalmente optamos por la solución de un grupo de tres niños como máximo. Esto nos permitía, por una parte, trabajar los aspectos de interacción social, intercambios sociales, respeto a las normas, conducta prosocial, etc. y, por otro, conseguir que todos los niños prestasen atención, evitando interferencias que hiciesen inviable la sesión. A pesar de ello, creemos que sería interesante llevar a cabo otras investigaciones incorporando más número de niños, y acompañados de más terapeutas dentro de la sesión.

- d) Otro aspecto relevante en la aplicación de los tratamientos es **la duración de las sesiones**. En un principio, y guiados por la bibliografía existente sobre el tema (p.ej: Barkley, 1987, Bloomquist et al. 1996), establecimos la duración de las sesiones entre 60 minutos y 90 minutos. En el programa piloto, cada sesión duraba una hora y media; posteriormente pudimos constatar que dicho intervalo de tiempo era excesivamente largo. Finalmente, y una vez que empezamos a aplicar el programa definitivo, la duración de las sesiones se estableció entre 45 minutos y 60 minutos, del material que debíamos trabajar, dependiendo de la motivación de la atención de los niños, etc.
  
- e) La **secuenciación de las intervenciones** constituye un punto crítico todavía no suficientemente estudiado. En unos casos, el tratamiento cognitivo-conductual debería iniciarse antes de la administración de estimulantes con el objetivo de que el niño atribuya a su propia conducta los logros que va obteniendo, en lugar de la “pildora mágica” (Calhoum et al. 1999). En otros, sin embargo, la medicación previa a la implantación de técnicas cognitivas puede mejorar e incluso, en ciertos casos, hacer viable el aprovechamiento de este tipo de programas

(ACAAP, 2001). Lo que hemos podido constatar en esta investigación es que el tratamiento cognitivo-conductual es beneficioso para los niños con TDAH; pero, dado que este programa incorpora técnicas cognitivas, y requiere que el niño cree y automatice nuevos esquemas y formas de actuar, es una intervención que necesita tiempo y constancia. Creemos, además, que en aquellos casos en los que el TDAH sea severo, sería aconsejable iniciar el tratamiento cognitivo-conductual junto con la medicación activadora.

En conclusión, el tratamiento cognitivo-conductual es un tratamiento beneficioso para los niños con TDAH, pero, dada la alta heterogeneidad de síntomas que presentan los niños y las repercusiones que el trastorno ocasiona en el entorno social, familiar y personal del niño, es necesario e imprescindible trabajar desde una perspectiva multimodal. Y tal y como hemos comentado anteriormente, en casos con TDAH severo, el tratamiento cognitivo-conductual debe considerarse como un **tratamiento más** y no como única alternativa. En muchos casos, la administración de fármacos estimulantes, los métodos conductuales, el consejo a padres y las tutorías académicas continúan siendo necesarias.

### 8. 3 Consideraciones finales

Nuestra investigación ha pretendido dar respuesta a algunos de los objetivos planteados al inicio de la presente investigación, pero indudablemente ha dejado otras preguntas sin una respuesta completa y satisfactoria, que ofrecen posibles líneas de investigación para valorar la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales en el tratamiento del TDAH.

A nuestro juicio, se podría formular una objeción a este trabajo. Se refiere a la opción de aplicar un programa de tratamiento cognitivo-conductual a niños con TDAH sin combinarlo con tratamiento farmacológico. El motivo no fue otro que poder controlar esta variable. El que en esta investigación no se haya utilizado la medicación o su uso combinado con el tratamiento no quiere decir que no sea necesaria o no deba hacerse, es más, sería altamente aconsejable poder realizar investigaciones con un diseño que combine ambas modalidades de intervención. Algunas investigaciones que han combinado diversos tipos de tratamientos a niños con TDAH indican que la aproximación óptima en el tratamiento del TDAH es la intervención multimodal, que combina la intervención con los niños con TDAH, y la prescripción del tratamiento farmacológico, el entrenamiento a los padres y/o el consejo a los profesores (Hibbs, 1995; Jensen, Martin y Cantwell, 1997; AACAP, 2001).

Respecto a la generalización de los resultados obtenidos, la metodología empleada en esta investigación no permite **generalizar** los resultados y las conclusiones más allá de las que en este tipo de estudios se aconseja. Para salvar ciertas dificultades en torno a la generalización de los resultados, hemos intentado mantener la constancia en las condiciones de aplicación de las pruebas y del tratamiento, crear grupos de niños homogéneos en cuanto al diagnóstico de TDAH, a la edad, y a la no utilización de otros tratamientos durante la aplicación de esta intervención.

Numerosos estudios han demostrado la importancia de los tratamientos cognitivo-conductuales en la mejora de los síntomas propios de los niños con TDAH y en la mejora en diversas áreas del funcionamiento infantil (Ervin, et al. 1996; Bloomquist et al. 1996; AACAP, 2001; Arnold et al. 1997b). No obstante, los resultados nos han mostrado que si bien es necesario, y muy beneficioso, el desarrollo de habilidades de autocontrol y de autorregulación en los niños con TDAH no es suficiente.

La detección y el tratamiento temprano de los niños con TDAH son de capital importancia. Los primeros síntomas del TDAH son observados por los padres alrededor de los 3-4 años de edad del niño, por lo que la prevención de este trastorno, así como la prevención de su impacto en el entorno implican, en primer lugar, un diagnóstico precoz y, en segundo lugar, la aplicación en los casos en que sea necesario, de una intervención a través de los padres y/o profesores, que actúen como principales agentes educativos encargados de fomentar y optimizar la autorregulación del niño.

Finalmente, los resultados obtenidos en esta investigación son esperanzadores en cuanto a la eficacia que se puede esperar de la aplicación de los tratamientos cognitivo-conductuales. En este sentido, consideramos que todavía queda mucho por investigar sobre la etiología, las características, las conductas nucleares del trastorno, su facilidad para presentarse asociado a determinados tipos de problemas o trastornos, y la evolución de los niños con TDAH y su integración en la vida adulta. En definitiva, todas estas proposiciones nos llevan a sugerir la necesidad de continuar investigando en el campo del tratamiento. Por último, creemos que la investigación realizada puede servir para animar a otros investigadores interesados en el mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Abikoff, H. (1991). Cognitive Training in ADHD Children, less to it than meets the eye. *Journal of Learning Disabilities, 24*, 205-209.
- Abikoff, H. y Hechtman, L. (1996). Multimodal therapy and stimulants in he treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder (pp.341-369). En E. D. Hibbs y P. S. Jensen. *Psychosocial treatments for childood adolescent disorder, empirically based strategies for clinical practice*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Abikoff, H. y Klein, R. (1992). Attention-deficit hyperactivity and conduct disorder, comorbidity and implications for treatment. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 60*, 6, 881-892.
- Abikoff, H., Gittelman-Klein, R. y Klein, D. (1977). Validation of a classroom observation code for hyperactive children. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 45*, 772-783.
- Abramowitz, A. J., O'leary, S. y Rosen L. A. (1987). Reducing off-task behavior in the classroom, a comparison of encouragement and reprimands. *Journal of Abnormal Psychology, 15*, 153-163.
- Abramowitz, A., Eckstrand, D., O'Leary, S. y Dulcan, M. (1992). ADHD children's responses to stimulant medication and two intensities of a behavioral intervention. *Behavior Modification, 16*, 193-203.
- ACAAP. (2001). NIMH Collaborative Multiste Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 147-158.
- Acker, M. M. y O'leary, S. (1987). Effects of reprimands and praise on appropriate behavior in the classroom. *Journal of Abnormal Child Psychology, 15*, 4, 549-557.
- Achenbach, T. M. (1978a). The child behavior profile, 1. Boys aged 6-11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 478-488.
- Achenbach, T. M. (1978b). Psychopathology of Childhood, research problems and issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 759-776.
- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the child behavior chekslist/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.
- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. S. (1981). *Manual for teacher version of the child behavior checklist and child behavior profile*. Burlington, Vermont, Author.
- Achenbach, T. M. y McConaughy, S. H. (1987a). *Empirically Based Assessment of Child and Adolescent Psychopathology. Practical Applications*. Nuevabury Park, CA: Sage.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H. y Howell, C. T. (1987b). Child/adolescent behavioral and emotional problems, implications for cross-informant correlations for situacional specificity. *Psychological Bulletin, 101*, 213-232.
- Adams, C. D., Reynolds, L. K., Perez, R. A., Powers, D. y Kelley, M. L. (1998). The adolescent behavior checklist: validation using structured diagnostic interviews. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 20*, 103-125.

- Ajibola, O. y Clement, P. W. (1995). Differential effects of methylphenidate and self-reinforcement on attention-deficit hyperactivity disorder. *Behavior Modification*, 19, 211-233.
- Alexander, G. E., DeLong, M. R. y Strick, P. L. (1986). Parallel organization of functionally segregated circuits linking basal ganglia and cortex. *Annuary review neuroscience*, 9, 357-381.
- Allport, D. A., Tipper, S. P. y Chmiel, N. (1985). Perceptual integration and postcategorical filtering (pp. 119-211). En M. I. Posner y O. S. M. Marin (Dir). *Mechanisms of attention: attention and performance*. Nueva York: Erbaum.
- Amador, J.A. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: evaluación y tratamiento (en revisión).
- Amador, J. A. Forns, M., Martorell, B., Abad, J., Figueras, A., Cano, L. y Abad, D. (1998). *Evaluación de las conductas de hiperactividad, impulsividad y desatención*. Investigación en curso presentada en el V Congreso de Evaluación Psicológica.
- Amador, J. A. y Calderón, C. (1997). *Entrevista clínica para padres de niños y adolescentes con TDAH*. Manuscrito no publicado. Universidad de Barcelona.
- Amador, J. A., Forns, M. y Martorell, B. (2001). Síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad: análisis evolutivo y consistencia entre informantes. *Anuario de Psicología*, 32, 51-66.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (1nd edition). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (2nd edition). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1983). *DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson (Edición original, 1980).
- American Psychiatric Association. (1988). *DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson (Edición original, 1987).
- American Psychiatric Association. (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson (Edición original, 1994).
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson (Edición original, 2000).
- Anastopoulos, A. D., Dupaul, G. y Barkley, R. A. (1991). Stimulant medication and parent training therapies for attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 4, 210-218.
- Anastopoulos, A., Barkley, R. y Shelton, T. (1996). Family-based treatment, psychological intervention for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (pp. 267-284). En E. D. Hibbs y P. S. Jensen. *Psychosocial Treatments for Childood Adolescent Disorder, empirically based strategies for clinical practice*. Washington. D. C: American Psychological Association.
- Anastopoulos, A., Shelton, T., DuPaul, G. y Guevremont, D. (1993). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder, its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 5, 581-596.
- Anguera, M. T. (1988). *Observación en la escuela*. Barcelona: Graó.

- Anhalt, K., Mcneil, C. B. y Bahl, A. B. (1998). The ADHD classroom kit, a whole-classroom approach for managing disruptive behavior. *Psychology in the Schools*, 35, 67-79.
- Antrop, I., Roeyers, H., Van Oost, P. y Buisse, A. (2000). Stimulation seeking and hyperactivity in children with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 225-231.
- Applegate, B., Lahey, B., Hart, E., Biederman, J., Hynd, G., Barkley, R., Ollendick, T., Frick, P., Greenhill, L., Mcburnett, K., Nuevacorn, J., Kerdyk, L., Garfinkel, B., Waldman, I. y Shaffer, D. (1997). Validity of the age-of-onset criterion for ADHD, a report from the DSM-IV field trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 9, 1211-1221.
- Arend, R., Lavigne, J. V., Rosenbaum, D., Binns, H. J. y Kaufer, K. (1996). Relation between taxonomic and quantitative diagnostic systems in preschool children, emphasis on disruptive disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 388-397.
- Arnold, E., O'Leary, S. y Edwards, G. (1997a). Father involvement and self-reported parenting of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 2, 337-342.
- Arnold, L. E., Abikoff, H. B., Cantwell, D. P., Conners, K., Elliott, G., Greenhill, L. L., Hectman, L., Hinshaw, S. P., Hoza, B., Jensen, P. S., Kraemer, H. C., March, J. S., Nuevacorn, J. H., Pelham, E. W., Richters, J. E., Schiller, E., Severe, J. B., Swanson, J. M., Vereen, D. y Wells, K. C. (1997b). National Institute of Mental Health Collaborative Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (the MTA). *Archives of General Psychiatry*, 54, 865-870.
- Arnstein, A. (2000). Genetics of childhood disorders: XVII. ADHD, part 2: norepinephrine has a critical modulatory influence prefrontal cortical function. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1201-1203.
- Arnstein, A., Steere, J. y Hunt, R. (1996). The Contribution of D2- Noradrenergic mechanisms to prefrontal cortical cognitive function. Potential significance for attention-deficit disorder. *Archives General of Psychiatry*, 53, 448-455.
- Atkins, M. S. y Pelham, W. E. (1991). School-Based assessment of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 4, 197-204.
- August, G. J., Braswell, L. y Thuras, P. (1998). Diagnostic Stability of ADHD in a community sample of school-aged screened for disruptive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychoogy*, 26, 5, 345-356.
- August, G. J., Realmulto, G., Macdonald III, A. W., Nugent S. y Grosby, R. (1996a). Prevalence of ADHD and comorbid disorders among elementary school children screened for disruptive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 5, 571-595.
- August, G., Mcdonald, A. W., Realmunto, G. M. y Skare, S. (1996b). Hyperactive and aggressive pathways, effects of demographic, family and child characteristics on children's adaptive functioning. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 3, 341-351.
- Ault, R. L., Crawford, D. E. y Jeffrey, W. E. (1972). Visual scanning strategies of reflective, impulsive, fast-accurate, and slow-accurate children on the Matching Familiar Figures test. *Child Development*, 43, 1412-1417.
- Ault, R. L., Mitchell, C. y Hartman, D. P. (1976). Some methodological problems in reflection-impulsivity

- research. *Child Development*, 47, 227-231.
- Ávila, C. y Polaino-Lorente, A. (1991). Adaptación del classroom code en la población escolar para la evaluación del hiperactividad infantil. *Anuario de Psicología*, 48, 55-68.
- Ávila, C. y Polaino-Lorente, A. (1997). Evaluación observacional y escalar de la hiperactividad (pp. 107-132). En A. Polaino-Lorente (Dir). *Manual de hiperactividad infantil*. Madrid: Unión Editorial.
- Aylward, E. H., Reiss, A. L., Reader, M. J., Singer, H. S., Brown, J. E. y Denckla, M. G. (1996). Basal ganglia volumes in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Neurology*, 11, 112-115.
- Ayllon, T., y Azrin, N. (1974). *Economía de fichas*. México: Trillas (original, 1968).
- Ayllon, T. y Milan, M. (1997). Desorden de déficit de atención e hiperactividad (pp. 563-611). En M<sup>a</sup> C. Luciano Soriano, *Manual de psicología clínica*. Valencia: Promolibro.
- Aytaclar, S., Tarter, R., Kirisci, L. y Lu, S. (1999). Association between hyperactivity and executive cognitive functioning in childhood and substance use in early adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 172-178.
- Baber, M.A., Milich, R. y Welsh, R. (1996). Effects of reinforcement schedule and task difficulty on the performance of attention deficit hyperactivity disorder and control boys. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 1, 66-76.
- Baer, R. y 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, 4, 400-412.
- Bathia, M. S., Nigam, V. R., Bohra, N. y Malik, S.C. (1991). Attention deficit disorder with hyperactivity among paediatric Outpatients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 2, 297-306.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs. Nueva York: Prentice-Hall. (Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa-Calpe, 1982).
- Barkley, R. A. (1987). The assessment of attention deficit hyperactivity disorder. *Behavioral Assessment*, 9, 207-233.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Nuevaby, R. y Breen, M. (1988). Development of a multi-method clinical protocol for assessing stimulant drug responses in ADHD children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17, 14-24.
- Barkley, R. A., DuPaul, G. J. y McMurray, M. B. (1990a). Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 6, 775-789.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, G. S. y Samllish, L. (1990b). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria, I. An 8-Year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 546-557.
- Barkley, R. A. (1991a). The Ecological Validity of laboratory and analogue assessment methods of ADHD symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 2, 149-178.
- Barkley, R. A., Anastopoulos, A. A., Guevremont, D. C. y Fletcher, K. E. (1991b). Adolescents with ADHD, patterns of behavioral adjustment, academic functioning and treatment utilization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 752-761.

- Barkley, R. A., Grodzinsky, G. y DuPaul, G. J. (1992). Frontal lobe functions in attention deficit disorder with and without hyperactivity: A review and research report. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 163-188.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R. y Kwasnik, D. (1996). Psychological adjustment and adaptative impairments in young adult with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 1, 41-54.
- Barkley, R., y Biederman, J. (1997a). Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 9, 1204-1210.
- Barkley, R. A. (1997b). *ADHD and the nature of self-control*. Nueva York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Barrickman, I. I., Perry, P. J., Allen, A. J., Kuperman, S., Arndt, S. V., Herrmann, K. J. y Schumacher, E. (1995). Bupropion versus methylphenidate in the treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 5, 649-657.
- Bauermeister, J. J., Bird, H. R., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Bravo, M. y Alegria, M. (1995). Dimensions of attention deficit hyperactivity disorder, findings from teacher and parent reports in a community sample. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 3, 264-271.
- Baumgaertel A., Wolraich, M. I. y Dietrich, M. (1995). Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 5, 629-638.
- Baumgardner, T. L., Singer, H. S., Denckla, M. B., Rubin M. A., Abrams, M. T., Coli, M. J. y Reiss, A. L. (1996). Corpus callosum morphology in children with Tourette syndrome and attention deficit hyperactivity disorder. *Neurology*, 47, 477-482.
- Becker, D. F., Doane, J. A. y Wexler, B. E. (1993). Effects of emotion on perceptual asymmetry in adolescent inpatients with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 318-321.
- Benjamin, J., Li, L., Patterson, C., Greenberg, B. D., Murphy, D. L. y Hamer, D. H. (1996). Population and familial association between the D4 Dopamine receptor gene and measures of novelty seeking. *Natures Genetics*, 12, 81-85.
- Benjumea, P. y Mojarro, M<sup>a</sup> D. (1995). El síndrome hiperactivo (pp. 723-765). En Rodríguez Sacristán. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla.

- Bennett, K. (2000). Screening for externalizing behavior problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1341-1343.
- Benson, F. (1991). The Role of frontal dysfunction in attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Neurology*, 6, S8-S12
- Berk, L. E. (1992). Children's private speech: an overview of theory and the status of research (pp. 17-53). En R. M. Diaz y L. E. Berk (Dir). *Private speech: from social interaction to self-regulation* Hillsdale, Nueva York: Erlbaum.
- Berk, L. E. y Landau, S. (1993). Private speech of learning disabled and normally achieving children in classroom academic and laboratory contexts. *Child Development*, 64, 556-571.
- Berman, K. F., Ostrem, J. L., Randolph, C., Gold, J., Goldberg, T. E., Coppola, R., Carson, R. E., Hercovitch, P. y Weinberger, D. R. (1995). Physiological activation of a cortical network during performance of the Wisconsin Card Sorting Test: a positron emission tomography study. *Neuropsychologia*, 33, 1027-1046.
- Berman, T., Douglas, V. I. y Barr, R. G. (1999). Effects of methylphenidate on complex cognitive processing in attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 1, 90-105.
- Bernaldo, G., Kinsbourne, M., Palmer, R. L. y Tocci, D. (1998). Attention deficit disorder in children, three clinical variants. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15, 5, 311-319.
- Biederman, J., Baldessarini, R. J., Wright, V., Knee, D., Harmatz, J. S. y Goldblatt, A. (1989). A double-blind placebo controlled study of desipramine in the treatment of ADD, II. serum drug levels and cardiovascular findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 6, 903-911.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, Ka., Knee, D. y Tsuang, M. T. (1990). Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 4, 526-533.
- Biederman, J., Nwecorn, J. y Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 5, 564-577.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., Benjamin, J., Krifcher, B., Moore, C., Sprich-Buckminster, S., Ugalia, K., Jellinek, M. S., Steingard, R., Spencer, T., Norman, D., Kolodny, R., Kraus, I., Perrin, J., Keller, M. y Tsuang, M. (1992). Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49, 728-738.

- Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S. y Doyle, A. (1993a). Diagnoses of attention-deficit hyperactivity disorder from parent reports predict diagnoses based on teacher reports. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 2, 315-322.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Doyle, A., Lehman, B. K., Kraus, Y., Perrin, J. y Tsuang, M. T. (1993b). Convergence of the child behavior checklist with structured interview-based psychiatric diagnoses of adhd children with and without comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1241-1251.
- Biederman, J., Faraone, S. V. y Mick, E. (1995a). High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder, a pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 431-435.
- Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Milberger, S., Specer, T. J. y Faraone, S. V. (1995b). Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1652-1658.
- Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S., Curtis, S., Chen, L., Marris, A., Ouellette, C., Moore, P. y Spencer, T. (1996a). Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence, results from a four-year prospective follow-up study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent*, 35, 3, 343-351.
- Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S., Garcia, J., Chen, L., Mick, E., Greene, R. y Russell, R. (1996b). Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 9, 1193-1204.
- Biederman, J., Wilens, T., Mick, W., Faraone, S., Weber, W., Curtis, S., Thornell, A., Pfister, K., Garcia, J. y Soriano, J. (1997). Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorder? findings from a four-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1, 21-29.
- Biederman, J., Russell, R., Soriano, J., Wozniak, J. y Faraone, S. V. (1998). Clinical features of children with both ADHD and mania, does ascertainment source make a difference? *Journal of Affective Disorders*, 5, 101-112.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V. y Burbach, M. (2001). Patterns of remision and symptom decline in conduct disorder: a four year prospective study of an ADHD sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 290-298.
- Block, J., Block, J. H. y Harrington, D. M. (1974). Comment on the Kagan-Messer reply. *Developmental Psychology*, 10, 611-632.

- Block, J., Gjerde, P. F. y Block, J. H. (1986). More misgivings about the Matching Familiar Figures Test as a measure of reflection-impulsivity: Absence of construct validity in preadolescence. *Developmental Psychology*, 22, 820-831.
- Bloomquist, M., August, G. y Ostrander, R. (1991). Effects of a school-based cognitive-behavioral intervention for ADHD Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 5, 591-605.
- Bloomquist, M., August, G., Brombach, A., Anderson, D. y Skare, S. (1996). Maternal facilitation of children's problem solving, relation to disruptive child behavior and maternal characteristics. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 3, 308-316.
- Börger, N. y Van Der Meere, J. (2000). Visual behavior of ADHD children during an attention test, an almost forgotten variable. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 525-532.
- Bornás, X. y Servera, M. (1992). Cognitive training programs to reduce impulsivity-related achievement: the need of in-classroom interventions. *Learning and Instruction*, 2, 89-100.
- Bornás, X. y Servera, M. (1996). *La impulsividad infantil. Un enfoque cognitivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Bourneville, E. (1897). *Le traitement medico-pedagogique des differentes formes de l'idiotie*. Paris: Alcan. (Citado por Benjumea y Mojarro, 1995).
- Boyle, M. H., Offord, D. R., Hofmann, H. G., Catlin, G. P., Byles, J. A., Cadman, D. T., Crawford, J. W., Links, P. S., Rae-Grant, N. I. y Szatmar, P. (1987). Ontario Child Health Study. I. Methodology. *Archives of General Psychiatry*, 44, 826-831.
- Bradley, C. (1937). The behavior of children receiving benzedrine. *American Journal of Psychiatry*, 94, 577-589. (Citado por Sandberg, 1996).
- Braswell, L. y Bloomquist, M. C. (1991). *Cognitive behavioral therapy with attention deficit hyperactive disorder children*. Nueva York: Guilford.
- Breen, M. J. (1989). Cognitive and behavioral differences in ADHD Boys and Girls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 5, 711-716.
- Breen, M. J. y Altepeter, T. S. (1990). *Disruptive behavior disorders in children*. Nueva York: Guilford Press.
- Broader, D. A. y Pond, M. (2001). The development of selective attention in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 229-239.
- Burnley, G. D. (1993). A team approach for identification of an attention deficit hyperactivity disorder child. *The School Counselor*, 40, 228-230.
- Burns, G. L., Boe, B., Walsh, J. A., Sommers-Flanagan, R. y Teegarden, L. A. (2001). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 339-349.
- Bussing, R., Schuhmann, E., Belin, T. R., Widawski, M. y Perwien, A. R. (1998a). Diagnostic utility of two commonly used ADHD screening measures among special education students. *Journal of American Academy of Child and Adolescent*, 37, 1, 74-82.
- Bussing, R., Zima, B. T. y Belin, T. R. (1998b). Variations in ADHD treatment among special education students. *Journal of American Academy of Child and Adolescent*, 37, 9, 968-976.

- Cabanyes, D. A., García, D. y Polaino-Lorente, A. (1997a). Algunos modelos en el estudio de la hiperactividad infantil (pp. 81-88). En A. Polaino-Lorente (Dir). *Manual de hiperactividad infantil*. Madrid: Unión Editorial.
- Cabanyes, J. y Polaino-Lorente, A. (1997b). Trastornos de la atención e hiperactividad infantil: planteamiento actual de un viejo problema (pp. 31-48). En A. Polaino-Lorente (Dir). *Manual de hiperactividad infantil*. Madrid: Unión Editorial.
- Cabanyes, J. y Polaino-Lorente, A. (1997c). Bases biológicas y evaluación neurofisiológica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (pp. 89-106). En A. Polaino-Lorente (Dir). *Manual de hiperactividad infantil*. Madrid: Unión Editorial.
- Cabanyes, J. y Polaino-Lorente, A. (1997d). Tratamiento psicofarmacológico del trastorno de atención e hiperactividad. En A. Polaino-Lorente (Dir). *Manual de hiperactividad infantil*. Madrid: Unión Editorial. (pp. 163-176).
- Cabanyes, J. y Polaino-Lorente, A. (1997e). El perfil psicopatológico del niño hiperactivo: análisis sintomatológico y clínico (pp. 65-80). En A. Polaino-Lorente (dir). *Manual de hiperactividad infantil*. Madrid: Unión Editorial.
- Cadesky, E. B., Mota, V. L. y Schachar, R. J. (2000). Beyond words: how do children with ADHD and/or conduct problems process nonverbal information about affect? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1160-1167.
- Cairns, E. y Cammock, T. (1978). Development of a more reliable version of the Matching Familiar Figures Test. *Developmental Psychology*, 14, 555-560.
- Calhoun, G., Fees, C. K. y Bolton, J. A. (1994). Attention deficit hyperactivity disorder, alternatives for psychotherapy. *Perceptual and Motor Skills*, 79, 657-658.
- Campbell, S. B. (1984). Research issues in clinical Child Psychology. En A.S Bellack y M. Hersen (Dir). *Research Methods in Clinical Psychology*. Nueva York: Pergamon Press.

- Campbell, S. B. (1986). *The Hyperactive Child. Diagnosis, management, current research*. Nueva York: Spectrum Publications.
- Campbell, S. B., Breaux, A. M., Ewing, L. J. y Szumowski, E. K. (1984). A one-year follow-up of parent-identified "hyperactive" preschoolers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23, 243-249.
- Campbell, S. B., Pierce, E. W., March, C. L., Ewing, L. J. y Szumowski, E. K. (1994). Hard-to-manage preschoolers: symptomatic behavior across contexts and time. *Child Development*, 65, 836-851.
- Cantwell, D. (1997). Introduction the scientific study of child and adolescent psychopathology, the Attention Deficit Disorder syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 8, 1033-1035.
- Cantwell, D. P. (1972). Psychiatric illness in the families of hyperactive children. *Archives General of Psychiatry*, 6, 414-417. (Citado por Benjumea y Mojarro, 1995).
- Cantwell, D. P. y Baker, L. (1991). Association between attention deficit-hyperactivity disorder and learning disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 2, 88-95.
- Cantwell, D., Lewinsohn, P., Rohde, P. y Seeley, J. (1997). Correspondence between adolescent report and parent report of psychiatric diagnostic data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 5, 610-619.
- Cantwell, D. (1996). Attention Deficit Disorder, a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 8, 978-987.
- Capafons, J., Sosa D., Alcantud, F. y Silva, F. (1986). La información diagnóstica general, una pauta estructurada de anamnesis para niños y adolescentes. *Evaluación Psicológica*, 2, 13-46.
- Carrillo de la Peña, M. T., Otero, J. M. y Romero, E. (1993). Comparison among various methods of assessment of impulsiveness. *Perceptual and Motor Skills*, 77, 567-575.
- Carter, A. S., O'donnell, D. A., Schultz, R. T., Scahill, L., Leckman, J. F. y Pauls, D. L. (2000). Social and emotional adjustment in children affected with Tourette syndrome, associations with ADHD and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 215-223.
- Carter, E., Nigg, J. y Hinshaw, S. (1997). Neuropsychological functioning, motor speed, and language processing in boys with and without ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 4, 481-498.

- Casey, B., Castellanos, F., Giedd, J., Marsh, W., Hamburger, S., Schubert, A., Vauss, Y., Vaituzis, C., Dicksteins, D., Sarfatti, S. y Rapoport, J. (1997). Implication of right frontostriatal circuitry in response inhibition and attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Psychiatry*, 36, 3, 374-383.
- Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Eckburg, P., Marsh, W. L., Vaituzis, C., Kaysen, D., Hamburger, S. D. y Rapoport, J. L. (1994). Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder. *Neurology*, 151, 12, 1791-1796.
- Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Hamburger, S. D., Marsh, W. L. y Rapoport, J. L. (1996a). Brain morphometry in Tourette syndrome, the influence of comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neurology*, 47, 1581-1583.
- Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Marsh, W. L., Hamburger, S. D., Vaituzis, C., Kickstein, D. P., Sarfatti, S. E., Vauss, y. C., Snell, J. W., Rajapake, J. C. y Rapoport, J. D. (1996b). Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53, 607-616.
- Castellanos, X., Giedd, J., Elia, J., Marsh, W., Ritchie, G., Hamburger, S. y Rapoport, J. (1997). Controlled stimulant treatment of ADHD and comorbid Tourette syndrome, effects of stimulant and dose. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 5, 589-596.
- Castellanos, F. X., Marvasti, F., Ducharme, J., Walter, J., Israel, M., Krain, A., Pavlovsky, C. y Hommer, K. (2000). Executive function oculomotor tasks in girls with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Psychiatry*, 39, 644-650.
- Castro, J., De Pablo, J., Gomez, J., Arrindell, W. A. y Toro, J. (1997). Assessing rearing behaviour from the perspective of the parents. *Psychiatry Epidemiology*, 32, 230-235.
- Cavell, T. A. (1990). Social adjustment, social performance, and social skills, a tri-component model of social competence. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 2, 111-122.
- Clements, S. D. (1966). *Task force one: minimal brain dysfunction in children*. National Institute of neurological Diseases and Blindness, Monograph, N°3. USA: Departament of Health, Education and Welfare. (Citado por Sandberg, 1966).
- Clements, S. D. y Peters, J. E. (1962). Minimal brain dysfunction in the shool-age child. *Archives Genera lof Psychiatry*, 6, 185-197.
- Clouston, T. S. (1892). Mental Diseases. *Clinical Lectures on Mental Diseases* (3ª ed). Londres: Churchill. (Citado por Sandberg, 1996).
- Cocciarella, A., Wood, R. y Low, K. G. (1995). Brief behavioral treatment for attention-deficit hyperactivity disorder. *Perceptual and Motor Skills*, 81, 225-226.
- Cohen, D. J. (1995). Psychosocial therapies for children and adolescents, overview and future directions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 141-156.
- Cohen, L. H., Sargent, M. M. y Sechrest, L. B. (1986). Use of psychotherapy research by professional psychologist. *American Psychologist*, 41, 2, 198-206.
- Cohen, N. J., Wallance, D. D., Barwick, M., Im, N., Menna, R., Horodezky, N. B. y Isaacson, L. (2000). The interface between ADHD and language impairment, an examination of language, achievement and

- cognitive processing. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 353-362.
- Colby, C. L. (1991). The neuroanatomy and neurophysiology of attention. *Journal of Child Neurology*, 16, S90-S118
- Comings, D. E. (1997). Genetic aspects of childhood behavioral disorders. *Child psychiatry and Human Development*, 27, 139-150.
- Conners, C. K. (1969). A teacher rating scale for use in drug studies with children. *American Journal of Psychiatry*, 126, 884-888.
- Conners, C. K. (1970). Symptom patterns in hiperkinetic, neurotic, and normal children. *Child Development*, 41, 667-682.
- Conners, C. K. (1989). *Conners' Rating Scale Manual*. Nueva York, Multi- Health Systems.
- Conners, C. K. (1994). Conners Rating Scales (pp. 550-578). En M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* Hillsdale, Nueva York: Erlbaum.
- Conners, C. K. (1995). *Conners' Continuous Performance Test (CPT)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Conners, C. K. (1997a). *Conners' Parent Rating Scale- Revised Manual*. Nueva York, Multi- Health Systems.
- Conners, C. K. (1997b). *Conners' Teacher Rating Scale- Revised Manual*. Nueva York, Multi- Health Systems.
- Conners, C. K., Sitarenios, G., Parker, J. D. A., Epstein, J. N. (1998a). The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R), factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 4, 257-268.
- Conners, C.K., Sitarenios, G., Parker, J.D.A. y Epstein, J.N. (1998b). Revision and restandardization of the Conners teacher rating scale (CTRS-R), factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 4, 270-291.

- Cook, E. H., Stein, M. A., Krasowski, M. D., Cox, N. J., Olkon, D. M. y Kieffer, J. E. (1995). Association of attention-deficit disorder and the dopamine transporter gene. *American Journal of Human Genetics*, 56, 993-998.
- Copeland, A. P. y Wissbrod, C. S. (1980). Effects of modeling on behavior related to hyperactivity. *Journal of Educational Psychology*, 72, 6, 875-883.
- Corkum, P. V. y Siegel, L. S. (1993). Is the continuous performance task a valuable research tool for use with children with attention-deficit-hyperactivity disorder? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 7, 1217-1239.
- Corkum, P., Tannock, R. y Moldofsky, H. (1998). Sleep disturbances in children with attention deficit hyperactivity disorders. *Journal of Abnormal Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 6, 637-646.
- Crystal, D. S., Ostrander, R., Chen, R. S y August, G. J. (2000). Multimethod assessment of psychopathology among DSM-IV subtypes of children with attention deficit hyperactivity disorder: self, parent and teacher report. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 189-205.
- Chabot, R. J. y Serfontein, G. (1996). Quantitative electroencephalographic profiles of children with attention deficit disorder. *Biological Psychiatry*, 40, 951-963.
- Chem, W., Faraone, S., Bierderman, J. y Tsuang, M. (1994). Diagnostic accuracy of the child behavior checklist scales for attention deficit hyperactivity disorder, a receiver. Operating characteristic analysis. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 62, 1017-1025.
- Dagenbach, D. y Carr, T. H. (1994). *Inhibitory processes in attention, memory and language*. USA: Academic Press.
- Dane, A. V., Schachar, R. J. y Tannock, R. (2000). Does Actigraphy differentiate ADHD subtypes in a clinical research setting? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 752-760.
- Danforth, J. y Dupaul, G. (1996). Interrater reliability of teacher rating scales for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 18, 3, 227-237.
- Daugherty, T. K. y Quay, H. C. (1991). Response perseveration and delayed responding in childhood behavior disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 453-461.
- Del Barrio, V. (1995). Evaluación Clínica Infantil y Adolescente. (pp. 461-529). En F. Silva (Ed.). *Evaluación Psicológica en niños y Adolescentes*. Madrid: Síntesis.
- De la Osa, N., Ezpeleta, L., Doménech, J. M., Navarro, J. B. y Losilla, J. M. (1996). Fiabilidad entre entrevistadores de la DICA-R. *Psicothema*, 8, 359-368.
- Dean, R. S. y Kulhavy, R. W. (1981). Influence of spatial organization in prose learning. *Journal of Educational Psychology*, 73, 57-64.
- Denckla, M. B. (1989). Attention deficit hyperactivity disorder, residual type. *Journal of Child Neurology*, 6, 44-50. Denney, C. B. y Rapport, M. D. (1999). Predicting methylphenidate response in children with ADHD, theoretical, empirical and conceptual models. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 393-401.
- Despins, J. P. (1994). *La música y el cerebro*. Barcelona: Gedisa (pp. 30-71).

- Detweiler, R., Hicks, A. y Hicks, M. (1995). The multimodal diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Therapeutic care and Education*, 4, 21-35.
- Deutsch, C. K., Matthyse, S., Swanson, J. M. y Farkas, L. G. (1993). Genetic latent structure analysis of dysmorphoogy in Attention Deficit Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Psychiatry*, 29, 2, 189-194.
- Diamond, I. V., Tannock, R. y Schachar, R. J. (1999). Response to methylphenidate in children with ADHD and comorbid anxiety. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Psychiatry*, 38, 402-409.
- Díaz, A. (1985). Autocontrol, una revisión bibliográfica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 11, 29, 441-458.
- Donney, V. K. y Poppen, R. (1989). Teaching parents to conduct behavioral relaxation training with their hyperactive children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 4, 319-325.
- Douglas, V. I. (1972). Stop, look and listen: the problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 4, 259-282. (Citado por Sandberg, 1996).
- Douglas, V. I. (1983). Attention and cognitive problems (pp. 280-329). En M. Rutter (Dir), *Developmental neuropsychiatry*. Nueva. york: Guilford Press.
- Douglas, V. I. y Benezra, E. (1990). Supraspan verbal memory in attention deficit disorder with hyperactivity normal and reading disabled boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 4, 617-630
- Douglas, V. I. y Peters, K. G. (1979). Toward a clearer definition of the attention deficit of hyperactive children (pp. 215-260). En A. H Gordon y M. Lewis (Dir). *Attention and Cognitive Developmental*. Nueva York: Plenum Press.
- Douglas, V. I., Barr, R. G., Desilets, J. y Sherman, E. (1995). Do high doses of stimulants impair flexible thinking in attention deficit hyperactive disorder? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Psychiatry*, 34, 7, 877-885.
- Douglas, V. I., Barr, R. G., O'neil, M. E. y Britton, B. G. (1988). Dosage effects and individual responsivity to methylphenidate in attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Psychiatry*, 29, 453-475.
- Dowdney, L. y Taylor, E. (1997). Child and family factors influencing the clinical referral of children with hyperactivity, a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 479-485.
- Draeger, S., Prior, M. y Sanson, A. (1986). Visual and auditory attention performance in hyperactive children, competence or compliance. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 411-424.
- Dubey, D., O'leary, S. y Kaufman, K. (1983). Training parents of hyperactive children in child management, a comparative outcome study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 2, 229-246.
- Dupaul, G, Guevremont, D. y Barkley, R. (1991a). Attention deficit hyperactivity disorder. En T. Kratoxhwill y R. Morris. *The practice of child therapy*. Nueva York: General Psychology Series (pp. 154-178).
- Dupaul, G. J. (1991b). Parent and teacher ratings of ADHD symptoms, psychometric properties in a community-based sample. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 3, 245-253.

- Dupaul, G., Guevremont, D. y Barkley, R. (1991c). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in adolescence, critical assessment parameters. *Clinical Psychology Review*, 11, 231- 245.
- Dupaul, G. y Barkley, R. (1992a). Situational variability of attention problems, psychometric properties of the revised home and school situations questionnaires. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 2, 178-188.
- Dupaul, G., Anastopoulos, A., Shelton, T., Guevremont, D. y Meteva, L. (1992b). Effectiveness of self-management on attentional behavior and reading comprehension for children with attention deficit disorder. *Child and Family Behavior Therapy*, 17, 2, 1-17.
- Dupaul, G., Guevremont, D. y Barkley, R. (1992c). Behavioral treatment of attention deficit hyperactivity disorder in the classroom. *Behavior Modification*, 16, 2, 204-225.
- Dupaul, G. J. y Barkley, R. A. (1993a). Behavioral contributions to pharmacotherapy, the utility of behavioral methology in medication treatment of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Behavior Therapy*, 24, 47-65.
- Dupaul, G. y Rapport, M. (1993b). Does methylphenidate normalize the classroom performance of children with attention deficit disorder? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1, 190-198.

- DuPaul, G. J., Barkley, R. A. y McMurray, M. B. (1994). Response of children with ADHD to methylphenidate, interaction with internalizing symptoms. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 33, 6, 894-903.
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., Reid, R., McGoey, K. E. y Ikeda, M. J. (1997). Teacher rating of attention deficit hyperactivity disorder symptoms: Factor structure and normative data. *Psychological Assessment*, 9, 436-444.
- DuPaul, G. J., Anastopoulos, A. D., Power, T. J., Reid, R., Ikeda, M. J. y McGoey, K. E. (1998). Parent rating of attention deficit hyperactivity disorder symptoms: factor structure and normative data. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20, 83-102.
- D.Zurilla, T. J., y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Ebaugh, F. G. (1923). Neuropsychiatric sequelae of acute epidemic encephalitis in children. *American of Diseases of Children*, 5, 89-97. (Citado por Benjumea y Mojarro, 1995).
- Ebstein, R. P., Novick, O., Umansky, R., Priel, B., Osher, Y., Blaine, D., Bennett, E. R., Nemanov, L., Katz, M. y Belmaker, R. H. (1996). Dopamine D4 Receptor (D4dr) Exon III polymorphism associated with the human personality trait of novelty seeking. *Nature Genetics*, 12, 78-81.
- Edelbrock, C. S. y 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.
- Edelbrock, C., Rende, R., Plomin, R. y Thompson, L. A. (1995). A twin study of competence and problem behavior in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 775-785.
- Edwards, L., Salant, V., Howard, V., Brouger, J. y Mclaughlin, T. (1995). Effectiveness of self-management on attentional behavior and reading comprehension for children with attention deficit disorder. *Child and Family Behavior Therapy*, 17, 2, 1-17.
- Egeland, B. y Weinberg, R. A. (1976). The Matching Familiar Figures Test: a look at its psychometric credibility. *Child Development*, 47, 483-491.
- Eilkison, P. C., Kircher, J. C., McMahon, W. M. y Sloane, H. N. (1995). Effects of methylphenidate on reward strength in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 7, 897-901.
- Eiraldi, R., Power, T. y Nezu, C. (1997). Patterns of comorbidity associated with subtypes of attention deficit hyperactivity disorder among 6 to 12 years old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 4, 503-514.

- Epstein, M. A., Shaywitz, S. E., Shaywitz, B. A. y Woolston, J. L. (1991). The boundaries of attention deficit disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 2, 78-86.
- Epstein, M. H., Cullinan, D. y Gadow, K. D. (1986). Teacher rating of hyperactivity in learning-disabled, emotionally disturbed and mentally retarded children. *Journal of Special Education*, 20, 219-229.
- Erhardt D. y Baker, B. L. (1990). The effects of behavioral parent training on families with young hyperactive children. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 21, 2, 121-132.
- Erhardt, D. y Hinshaw, S. P. (1994). Initial sociometric impressions of attention deficit hyperactivity disorder and comparison boys, predictions from social behaviors and from nonbehavioral variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 4, 833-842.
- Ernst, M., Cohen, R., Liebenauer, L., Jons, P. y Zametkin, A. (1997). Cerebral glucose metabolism in adolescent girls with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 10, 1399-1406.
- Ernst, M., Liebenauer, L. L., King, C., Fitzgerald, G. A., Cohen, R. M. y Zametkin, A. J. (1994a). Reduced brain metabolism in hyperactive girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 6, 858-868.
- Ernst, M., Zametkin, A. J. y Matochik, J. A. (1994b). Effects of intravenous dextroamphetamine on brain metabolism in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) preliminary findings. *Psychopharmacology Bulletin*, 30, 219-225.
- Ervin, R. A., Bankert, C. L. y Dupaul, G. J. (1996). Treatment of attention deficit hyperactivity disorder (pp. 38-61). En M. A Reinecke, F. M. Daltilio y A. Freeman. *Cognitive therapy with children and adolescent*. Nueva York: Guilford.
- Eysenck, S. B. G. y Eysenck, H. J. (1977). The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 2, 46-55.
- Eysenck, S. B. G. y Eysenck, H. J. (1978). Impulsiveness and venturesomeness: their position in a dimensional system of personality description. *Psychological Reports*, 43, 1247-1255.
- Eysenck, S. B. G., Easting, G. y Pearson, P. R. (1984). Age norms for impulsiveness, venturesomeness and empathy in children. *Personality and Individual Differences*, 5, 315-321.
- Ezpeleta, L., de la Osa, N., Doménech, J.M., Navarro, J. B. y Losilla, J. M. (1997). Diagnostic agreement between clinicians and the diagnostic interview for children and adolescent DICA-R in an outpatient sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 431-440.
- Fabe, T. R. y Walker, H. M. (1987). Teacher perceptions of the behavioral adjustment of primary grade level handicapped pupils within regular and special education setting. *Remedial and Special Education*, 8, 34-39.
- Fallon, T. y Schwab-Stone, M. (1994). Determinants of reliability in psychiatric surveys of children age 6-12. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1391-1408.
- Faraone S. V., Biederman, J., Mennin, D., Russell, R. y Tsuang, M. T. (1998a). Familial subtypes of attention deficit hyperactivity disorder, a 4 year follow-up study of children from antisocial ADHD families. *Journal of Child Psychiatry Psychology*, 39, 7, 1045-1053.
- Faraone, S. V. (1996). Discussion of, genetic influence on parent-reported attention-related problems in a

norwegian general population twin sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 596-599.

Faraone, S. V., Biederman, J., Keenan, K. y Tsuang, M. T. (1991a). A family genetic study of girls with DSM-III attention deficit disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1, 112-117.

Faraone, S. V., Biederman, J., Keenan, K. y Tsuang, M. T. (1991b). Separation of DSM-III attention deficit disorder and conduct disorder, evidence from a family genetic study of american child psychiatric patients. *Psychological Medicine*, 21, 109-121.

Faraone, S. V., Biederman, J., Krifcher, B., Keenan, K., Norman, D., Seidman, L. J., Kolodny, R., Kraus, I., Perrin, J. P. y Chen, W. J. (1993). Evidence for the independent familial transmission of attention deficit hyperactivity disorder and learning disabilities, results from a family genetic study. *American of Psychiatry*, 150, 6, 891-895.

Faraone, S. V., Bierderman, J., Weber, W. y Russell, R. L. (1998b). Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention deficit hyperactivity disorder, results from a clinically referred sample. *Journal of Abnormal Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 2, 185-193.

Faraone, S., Biederman, J. y Friedman, D. (2000). Validity of DSM-IV subtypes of attention deficit hyperactivity disorder, a family study perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 300-307.

Faraone, S., Biederman, J., Chen, W., Milberger, S., Warburton, R. y Tsuang, M. (1995). Genetic heterogeneity in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), gender, psychiatric comorbidity, and maternal ADHD. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 2, 334-345.

Faraone, S., Biederman, J., Mennin, D., Wozniak, J. y Spencer, T. (1997a). Attention deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder, a familial subtype? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 10, 1378-1387.

- Faraone, S., Biederman, J., Wozniak, J., Mundy, E., Mennin, D. y O'donnell, D. (1997b). Is comorbidity with ADHD a marker for juvenile-onset mania? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 8, 1046-1055.
- Fehlings, D., Roberts, W., Humphries, T. y Dawe, G. (1991). Attention deficit hyperactivity disorder, does cognitive behavioral therapy improve home behavior? *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 12, 223-228.
- Fejerman, N. (1997). Trastornos del aprendizaje, lenguaje y conducta (pp. 145-178). En. N. Fejerman y E. Fernández. *Neurología Pediátrica*. Buenos Aires: Panamericana.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. y Lloyd, M. (1991). Confirmatory factor models of attention deficit and conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 257-274.
- Fergusson, D. M. y Horwood, L. J. (1993a). The structure, stability, and correlations for the trait components of conduct disorder, attention deficit and anxiety withdrawal. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 5, 749-766.
- Fergusson, D. M., Horwood, J. y Lynskey, M. T. (1993b). Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15 year olds. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1127-1134.
- Fergusson, J. H. (2000). National institutes of health consensus development conference statement, diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 182-193.
- Fiedd, J. N., Castellanos, F. X., Casey, B. J., Kozuch, P., King, C., Hamburger, S. D. y Rapoport, J. L. (1994). Quantitative morphology of the corpus callosum in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 5, 665-669.
- Filipek, P. A., Semrud-Clikerman, M., Steingard, R. J., Renshaw, P. F., Kennedy, D. N. y Biederman, J. (1997). Volumetric MRI analysis comparing subjects having attention deficit hyperactivity disorder with normal controls. *Neurology*, 48, 589-601.
- Fischer, M., Barkley, R., Edelbrock, C. y Smallish, L. (1990). The adolescent of hyperactive children diagnosed by research criteria, academic, attentional and neuropsychological status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 5, 580-588.
- Fischer, M., Barkley, R. A., Fletcher, K. E. y Smallish, L. (1993). The adolescent outcome of hyperactive children, predictors of psychiatric, academic, social and emotional adjustments. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 324-332.
- Fischer, M., Nweaby, R. y Gordon, M. (1995). Who are the false negatives on continuous performance test?. *Journal of Clinical Child Psychology*, 14, 4, 427-433.

- Fletcher, J. M., Morris, R. D. y Francis, D. J. (1991). Methodological issues in the classification of attention related disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 72-77.
- Fletcher, K., Fischer, M., Barkley, R. y Smallish, L. (1996). A sequential analysis of the mother adolescent interactions of ADHD, ADHD/ODD, and normal teenagers during neutral and conflict discussions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 3, 271-297.
- Fonseca, A. C. (1998). Problemas de atenção e hiperactividade na criança e no adolescente, questões e perspectivas actuais. *Psychologica. Revista da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra*, 7-41.
- Forns, M. (1993). *Evaluación Psicológica Infantil*. Barcelona: Barcanova.
- Frankel, F., Myatt, R., Cantwell, D. y Feingberg, D. (1997). Parent assisted transfer of children's social skills training effects on children with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 8, 1056-1064.
- Fraser, C., Belzner, R. y Conte, R. (1992). Attention deficit hyperactivity disorder and selfcontrol. A single case study of the use of a timing device in the development of self-monitoring. *School Psychology International*, 13, 339-345.
- Frick, P. J. (1994). Family disfunction, the disruptive behavior disorders. A review of recent empirical findings. En T.H. Ollendick y R.J. Prinz, *Advances In Clinical Child Psychology*, 16, 203-227.
- Fuhrman, M. J. y Kendal. P. (1986). Cognitive tempo and behavioral adjustment in children. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 1, 45-50.
- Furlong, M. J. y Fortman, J. B. (1984). Factor analysis of the abbreviated Conners' Teacher Rating Scale: Implications for the assessment of hyperactivity. *Psychology in the Schools*, 21, 289-293.
- Garaigordobil, M. (1998). *Evaluación Psicológica: Bases teórico-metodológicas, situación actual y directrices de futuro*. Salamanca: Amarú.
- García, A. (1985). El desarrollo de la atención selectiva y modos de percepción holísticos y analíticos. *Infancia y Aprendizaje*, 30, 101-112.
- García, D. A. y Polaino-Lorente, A. (1997). Breve aproximación histórica al concepto de hiperactividad infantil (pp. 15-26). En A. Polaino-Lorente (Dir). *Manual de hiperactividad infantil*. Madrid: Unión Editorial.
- García, Mª I. (1994). La atención: fases y mecanismos (pp. 279-300). En V. Bermejo (Dir). *Desarrollo cognitivo*. Madrid: Síntesis.

- García, P. (1987). Tratamiento de la hiperactividad en un niño con un diseño e respuestas incompatibles. *Análisis. y Modificación de Conducta*, 13, 35.
- Gargallo, B. (1993). Basic variables in reflection-impulsivity: a training programme to increase reflectivity. *Child Development*, 47, 483-491.
- Gaub, M. y Carlson, C. (1997a). Gender differences in ADHD, a meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 8, 1036-1045.
- Gaub, M. y Carlson, C. L. (1997b). Behavioral characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in a school-based population. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 2, 103-111.
- Gavino, A. (1997). *Técnicas de terapia de conducta*. Barcelona: Martínez Roca.
- Geller, B., Bolhofner, K., Craney, J. L., Williams, M., Delbello, M. P. y Gundersen, K. (2000). Psychosocial functioning in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1543-1548.
- Geller, B., Warner, K., Williams, M. y Zimmerman, B. (1998a). Prepubertal and young adolescent bipolarity versus ADHD, assessment and validity using the wash-u-ksads, CBCL and TRF. *Journal of Affective Disorders*, 51, 93-100.
- Geller, B., Williams, M., Zimmerman, B., Frazier, J., Beringer, L. y Warner, K. L. (1998b). Prepubertal and early adolescent bipolarity differentiate from ADHD by manic symptoms, grandiose delusions, ultra-rapid or ultradian cycling. *Journal of Affective Disorders*, 51, 81-91.
- Gerring, J. P., Brady, K. D., Chen, A., Vasa, R., Grados, M., Bandeen-Roche, K. J., Bryan, R. N. y Denckla, M. B. (1998). Premorbid prevalence of ADHD and development of secondary ADHD after closed head injury. *Journal of Abnormal Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 6, 647-654.
- Ghuman, J. K., Ginsburg, G. S., Subramaniam, G., Ghuman, H. S., Kau, A. S. y Riddle, M. A. (2001). Psychostimulant in preschool children with attention deficit hyperactivity disorder: clinical evidence from a developmental disorders institution. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 516-524.
- Giedd, J. N., Castellanos, F. X., Casey, B. J., Kozuch, P., King, A. C., Hamburger, S. D. y Rapoport, J. L. (1994). Quantitative morphology of the corpus callosum in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 5, 665-669.
- Gillis, J. J., Gilber, J. W., Pennington, B. F. y Defries, J. C. (1991). Attention deficit disorder in reading disabled twins, evidence for a genetic etiology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 4, 303-315.

- Gjone, H., Stevenson, J. y Sundet, J. M. (1996). Genetic influence on parent reported attention related problems in a Norwegian general population twin sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 5, 588-596.
- Glutting, J. J., Robins, P. M. y De Lancey, E. (1996). Discriminant validity of test observations for children with attention deficit hyperactivity. *Journal of School Psychology*, 34, 391- 401.
- Goldman, R. y Rakic, P. S. (1998). Tomography of cognition: parallel distributed networks in primate association cortex. *Annuary Review of neuroscience*, 11, 137-156.
- Gomez, J., Balluerka, N. (2000). Estudio psicométrico de la versión española de la escala TDA-H. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*, 2 (1), 35-48.
- Gomez, R. y Sanson, A. V. (1994). Mother child interactions and noncompliance in hyperactive boys with and without conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 477-490.
- Goodman, R. y Stevenson, J. (1989). A twin study of hyperactivity II. The etiological role of genes, family relationship and perinatal adversity. *Journal of Child psychology and Psychiatry*, 30, 691-709.
- Gordon, M. (1979). The assessment of impulsivity and mediating behaviors in hyperactive and non-hyperactive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 7, 317-326.
- Gordon, M., Mettelman, B. y Irwin, M. (1994). Sustained attention and grade retention. *Perceptual and Motor Skills*, 78, 555-560.
- Grahan, L. y Wong, B.Y.L. (1993). Comparing two modes of teaching a question aswering strategy for enhancing reading comprehension, didactic and self-instructional training. *Journal of Learning Disabilities*, 26, 4, 270-279.
- Granero, R., Ezpeleta, L., Domenech, J. M. y De la Osa, N. (1998). Characteristics of the subject and interview influencing the test retest reliability of the diagnostic interview for children and adolescents revised. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 39, 7, 963-972.
- Grant, M. L, Llai, D., Nussbaum, N. L. y Bigler, E. D. (1990). The relationship between continuous performance tasks and neuropsychological test in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Perceptual and Motor Skills*, 70, 435-445.
- Graziano, A. M. y Moone, K. (1984). Behavioral selfcontrol. *Children and Behavior Therapy*. Nueva York: Hawthane (pp. 120-143).
- Greenberg, L. M. y Waldman, I. D. (1993). Developmental normative data on the test of variables of attention (T.O.V.A.). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1019-1030.
- Greene, R., Biederman, J., Faraone, S., Ouellette, C., Penn, C. y Griffin, S. (1996). Toward a new psychometric definition of social disability in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 5, 571-578.
- Greenfield, B., Hechtman, L. y Weiss, G. (1988). Two subgroups of hyperactives as adults: correlations of aoutcome. *Canadien Journal of psychiatry*, 33, 6, 505-508.
- Gresham, F. M., Macmillan, D. L., Bocian, K. M., Ward, S. L. y Forness, S. R. (1998). Comorbidity of hyperactivity impulsivity inattention and conduct problems, risk factors in social, affective and academic domains. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 5, 393-406.

- Grizenko, N. (1997). Outcome of multimodal day treatment for children with severe behavior problems, a five year follow up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36,7, 989-997.
- Gruber, R., Sadeh, A. y Raviv, A. (2000). Instability of sleep patterns in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 495-501.
- Guevremont, D. y Barkley, R. A. (1992). Attention deficit hyperactivity disorder in children. En S. R. Hooper, G. W. Hynd y R. E Mattinson (pp. 345-396). *Child Psychopatology, diagnostic criteria and clinical assessment*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Halperin, J. M., Matier, K., Bedi, G., Sharma, V. y Nuevacorn, J. H. (1992). Specificity of inattention, impulsivity, and hyperactivity to the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 190-196.
- Halperin, J. M., Newcorn, J. H., Sharma, V., Healey, J. M., Wolf, L. E., Pascualvaca, D. M. y Schwartz, S. T. (1990a). Inattentive and non-inattentive ADHD children: do they constitute a unitary group? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 437-449.
- Halperin, J. M., O'brien, J. D., Newcorn, J. H., Healey, J. M., Pascualvaca, D. M., Wolf, L. E. y Young, J. G. (1990b). Validation of hyperactive, aggressive, and mixed hyperactive/aggressive childhood disorders, a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 3, 455-459.
- Halperin, J. M., Wolf, L. E., Greenblatt, E. R. y Young, J. G. (1991). Subtype analysis of commission errors on the continuous performace test: reliability and validity in a nonreferred sample. *Psychological Assessment*, 3, 603-608.
- Halperin, J. M., Wolf, L. E., Pascualvaca, D. M., Newcorn, J. H., Healey, J. M., O'Brien, J. D., Morganstein, A. y Young, J. G. (1988). Differential assessment of attention and impulsivity in children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 326-329.
- Halperin, J., Newcorn, J., Dopstein, I., Mckay, K., Schwartz, S., Siever, L., y Sharma, V. (1997). Serotonin, aggesion, and parental psychopathology in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 10, 1391-1398.
- Handen, B. L., Mcauliffe, S., Janosky, J., Feldman, H. y Breaux, A. M. (1998). A playroom observation procedure to assess children with mental retardation and ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 4, 269-277.
- Hansen, C., Weiss, D. y Last, C. G. (1999). ADHD boys in young adulthood, psychosocial adjustment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 165-171.
- Harrison, Kelley, A., Romanczyk. y Raymond, G. (1991). Response patterns of children with learning disabilities, is impulsivity a stable response style? *Journal of Learning Disabilities*, 24, 4, 252-255.
- Hart, E., Lahey, B., Loeber, R., Applegate, B. y Frick, P. (1995). Developmental change in attention-deficit hyperactivity disorder in boys, a four year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 6, 729-749
- Heilman, K., Voeller, K. y Nadeau, S. (1991). A possible pathophysiologic sbstrate of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Neurology*, 6, S76-S89.
- Heller, T. L., Baker, B. L., Henker, B. y Hinshaw, S. P. (1996). Externalizing behavior and cognitive functioning from preschool to first grade, stability and predictors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25,

376-387.

Hellgren, L., Gillberg, C., Bagenholm, A. y Gillberg, C. (1994). Children with deficits in attention, motor control and perception almost grown up, psychiatric and personality disorders at age 16 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1255-1271.

Henry, G. K. (1987). Symbolic modeling and parent behavioral training, effects on noncompliance of hyperactive children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 18, 2, 105-113.

Heuyer, G. (1914). *Enfants anormaux et delinquants juveniles*. Paris. Thèse De Médecin (Citado por Sandberg, 1996).

Hibbs, E. D. (1995). Child and adolescent disorders, issues for psychosocial treatment research. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 1-10.

Hibbs, E. D. y Jensen, P. S. (1996). *Psychosocial treatments for child and adolescent disorder. empirically based strategies for clinical practice*. Washington, D.C: American Psychological Association.

- Hinshaw, S. (1987a). On the distinction between attentional deficits hyperactivity and conduct problems aggression in child psychopathology. *Psychological Bulletin*, 101, 3, 443-463.
- Hinshaw, S. (1987b). Academic underachievement, attention deficits, and aggression, comorbidity and implications for intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 6, 893-903.
- Hinshaw, S. (1991). Attention deficit hyperactivity disorder. En Kendall, P. (Dir). *Child and Adolescent Therapy*. Nueva York: Guilford Press (pp. 98-130).
- Hinshaw, S. P., Henker, B. y Whalen, C. K. (1984)a. Selfcontrol in hyperactive boys in anger inducing situations, effects of cognitive behavioral training and of methylphenidate. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 1, 55-77.
- Hinshaw, S., Whalem, C. y Henker, B. (1984b). Cognitive behavioral and pharmacologic interventions for hyperactive boys, comparative and combined effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 5, 739-749.
- Hinshaw, S., Henker, B., Whalem, C. y Erhardt, D. (1989). Aggressive, prosocial and nonsocial behavior in hyperactive boys, dose effects of methylphenidate in naturalistic settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 636-643.
- Hinshaw, S. P. y Melnick, S. (1992a). Self-Management therapies and attention deficit hyperactivity disorder. *Behavior Modification*, 16, 2, 253-273.
- Hinshaw, S., Heller, T. y McHale, J. (1992b) Covert antisocial behavior in boys with attention deficit hyperactivity disorder, external validation and effects of methylphenidate. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 2, 274-281.
- Hinshaw, S. P. (1994). *Attention deficits and hyperactivity in children*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hinshaw, S. (1996). Enhancing social competence, integrating self-management strategies with behavioral procedures for children with ADHD (pp. 285-309). D. En E. D. Hibbs y P. S. Jensen. *Psychosocial Treatments for adolescent disorder, empirically based strategies for clinical practice*. Washington. D.C: American Psychological Association.
- Hoagwood, K., Hibbs, E., Brent, D. y Jensen, P. (1995). Introduction to the special section, efficacy and effectiveness in studies of child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 5, 683-687.
- Hoagwood, K., Jensen, P. S., Petti, T. y Burns, B. J. (1996). Adolescent of mental health care for children and adolescents, I. A comprehensive conceptual model. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1055-1063.

- Hoagwood, K., Kelleiher, K., Feil, M. y Comer, D. (2000). Treatments services for children with ADHD, a national perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 198-206.
- Hoffman, L. B. (1873). *The story of fidgety phil (from der struwelpeter oder lustige geschichten und drolige bilder (1844))*, traducido al inglés en 1846. En J. Opie (Dir). *The Oxford Book of Children's Verse*. Oxford: Clarendon Press. (Citado por Benjumea y Mojarro, 1995).
- Hohman, L. B. (1922). Postencephalitic behavior disorders in children. *Johns Hopkins Hospital Bulletin*, 380, 372-376. (Citado por Benjumea y Mojarro, 1995).
- Holcomb, W. R., Adams, N. A., Ponder, H. y Reitz, R. (1989). The development and construct validation of a consumer satisfaction questionnaire for psychiatric inpatients. *Evaluation and Program Planning*, 12, 189-194.
- Hooks, K., Milich, R. y Puzgles, E. (1994). Sustained and selective attention in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 2, 69-77.
- Horn, W. F., Chatoor, I. y Conners, K. (1983). Additive effects of dexedrine and selfcontrol training. *Behavior Modification*, 7, 3, 383-402.
- Horn, W. F., Ialong, N., Greenberg, G., Packard, T. y Smith-Winberry, C. (1990). Additive effects of behavioral parent training and selfcontrol therapy with attention deficit hyperactivity disordered children. *Journal of Clinical Child Psychology*. 19, 2, 98-110.
- Horn, W. F., Ialongo, N. S., Pasoce, J. M., Greenberg, G., Packard, T., Lopez, M., Wagner, A. y Puttler, L. (1991). Additive effects of psychostimulants, parent training, and selfcontrol therapy with ADHD children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 2, 233-240.
- Hoza, B. y Pelham, W. (1995). Social cognitive predictors of treatment response in children with ADHD. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 1, 23-35.
- Hoza, B., Pelham, W. E., Milich, R., Pilow, D. y McBride, K. (1993). The selfperceptions and attributions of attention deficit hyperactivity disorder and nonreferred boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 3, 271-286.
- Hoza, B., Pelham, W., Sams, S. y Carlson, C. (1992). An examination of the "Soage" effects of both behavior therapy and methylphenidate on the classroom performance of two ADHD Children. *Behavior Modification*, 16, 2, 164-192.
- Hudziak, J. J., Heath, A. C., Madden, P. F., Reich, W., Bucholz, K. K., Slutske, E., Bierut, L. J., Neuman, R. J. y Todd, R. D. (1998). Latent class and factor analysis of DSM-IV ADHD, a twin study of female adolescent. *Journal of Abnormal Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 8, 848-857.
- Humphrey, L. L. (1982). Children's and teachers' perspectives on children's selfcontrol: the development of two rating scales. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 624-633.
- Hutt, C., Hutt, S. J. y Ounsted, C. (1963). A method for the study of children's behaviour. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 5, 233.
- Hynd, G. W., Semrud-Clikeman, M., Lorys, A. R., Novey, E. S., Wliopulos, D. y Lyytinen, H. (1991). Corpus callosum morphology in attention deficit hyperactivity disorder, morphometric analysis of MRI. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 3, 141-146.

- Hynd, G. W., Hern, K. L., Novey, E. S., Eliopoulos, D., Marshall, R., Gonzalez, J. J. y Voeller, K. K. (1993). Attention deficit hyperactivity disorder and asymmetry of the caudate nucleus. *Journal of Child Neurology*, 8, 339-347.
- Iaboni, F., Douglas, V. y Baker, A. G. (1995). Effects of reward and response cost on inhibition in ADHD children. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 1, 232-240.
- Ialongo, N. S., Lopez, M., Horn W. F., Pascoe, J. M. y Greenberg, G. (1994). Effects of psychostimulant medication on selfperceptions of competence, control and mood in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 2, 161-173.
- Ialongo, N., Horn, W., Pascoe, J. M., Greenberg, G., Packard, T., López, M., Wagner, A. y Puttler, L. (1993). The effects of a multimodal intervention with attention deficit hyperactivity disorder children, a 9 month follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32,1, 182-189.
- Ireland, W. H. (1877). *On idiocy and imbecility*. Londres: Churchill. (Citado por García y Polaino-Lorente, 1997).
- Jamieson, J. (1992). The Cognitive Styles of reflection/ impulsivity and field independence/ dependence and success. *The Modern Language Journal*, 76, 491-501.
- Jenning, J., Van Der Molen, M., Pelham W. Debski, K. y Hoza, B. (1997). Inhibition in boys with attention deficit hyperactivity disorder as indexed by heart rate change. *Development Psychological*, 33, 2, 308-318.
- Jensen, P. S., Koretz, D., Locke, B. Z., Schenider, S., Radke-Yarrow, M., Richters, J. E. y Rumsey, J. M. (1993a). Child and adolescent psychopathology reserach, problems and prospects for the 1990s. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 5, 551-581.
- Jensen, P. S., Shervette, R. W., Xenakis, S. N. y Richters, J. (1993b). Anxiety and depressive disorders in attention deficit disorder with hyperactivity. *American Journal Psychiatry*, 150, 1203-1209.

- Jensen, P., Wtanabe, H., Richters, J., Roper, M., Hibbs, E., Salzberg, A. y Liu, S. (1996). Scales, diagnoses, and child psychopathology, II. cMparing the CBCL and the DISC agains external validators. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 2, 151-168.
- Jensen, P., Martin, D. y Cantwell, D. (1997). Cormobidity in ADHD, implications for research, practice, and DSM-IV. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 8, 1065-1079.
- Jensen, P. S., Kettle, L., Roper, M. T., Sloan, M. T., Dulcan, M. K., Hoven, C., Bird, H. R., Bauermeister, J. J. y Payne, J. D. (1999). Are stiumulants overprescribed? Treatment of ADHD in four US communities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 797-804.
- Jensen. P. (2000). Stimulant treatment for children: a commnity perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 984-987.
- Jensen, P., Hinshaw, S. P., Kraemer, H. C., Lenora, N., Newcorn, J. H., Abkiff, H. B., march, J. S., Arnold, L. E., Cantwell, D. P., Conners, C. K., Elliott, G. R., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Hoza, B., Pelham, W., Severe, J. B., Swanson, J. M., Wells, K. C., Wigal, T. y Vitiello, B. (2001). NIMH Collaborative Multiste Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 147-158.
- Johnson, T. M. (1998). Evaluación del niño hiperactivo en su consulta, ¿es un THDA? *American Family Physician*, 5, 150-157.
- Johnston, C. y Pelham, W. (1986). Theacher rating predict peer of aggresion at 3 year follow-up in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 4, 571-572.
- Kadesjo, C., Kadesjo, B., Hagglof, B. y Gillberg, C. (2001). ADHD in Swedish 3 to 7 year old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1021-1028.
- Kagan, J. (1966). Reflection-Impulsivity: the generality and dynamics of conceptual tempo. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 17-24.
- Kagan, J., Rossman, B. L., Day, A., Albert, J. y Phillips, W. (1964). Information processing in the child: significance of analytic and reflective attitudes. *Psychological Monographs*, 78 (1, Whole No. 578).
- Kahn, E. y Cohen, L. H. (1934). Organic drivenners a brainstem syndrome and experience. *Journal of Medicine*, 5,748-756. (Citado por Sandberg, 1996).
- Kahneman, D. (1973). *Attention and effort*. Englewood Cliffs, Nueva york: Prentice-Hall.

- Karatekin, C. y Asarnow, R. E. (1998). Components of visual search in childhood onset schizophrenia and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 5, 367-380.
- Karpov, Y. V. y Haywood, H. C. (1998). Two ways to elaborate Vygotsky's concept of mediation. Implications for instruction. *American Psychologist*, 53, 1, 27-36.
- Kaufman, A. y Kaufman, N. (1983). *Kaufman Assessment Battery for Children. Interpretation Manual*. Circle Pines. Minnesota: American Guidance Service.
- Kavale, K. (1982). The efficacy of stimulant drug treatment for hyperactivity, a meta-analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 15, 5, 280-289.
- Kavale, K. A, Mathur, S. R., Forness, S. R., Rutherford, R. B. y 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.
- Kazdin, A. E. y Johnson, B. (1994). Advances in psychotherapy for children and adolescents, interrelations of adjustment, development, and intervention. *Journal of School Psychology*, 32, 217-246.
- Kazdin, A. E., Siegel, T. C. y 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, 5, 733-747.
- Keith, R. W. y Engineer, P. (1991). Effects of methylphenidate on the auditory processing abilities of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 630-636, 640.
- Kendall, P. C. y Wilcox, L. E. (1979). Selfcontrol in children, development of a rating scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 1020-1029.
- Kendall, P. y Wilcox, L. (1980). Cognitive behavioral treatment for impulsivity, concrete versus conceptual training in non-self-controlled problem children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 1, 80-91.
- Kendall, P. (1981). One year follow-up of concrete versus conceptual cognitive behavioral selfcontrol training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 5, 748-749.
- Kendall, P. y Braswell, L. (1982). Cognitive behavioral selfcontrol therapy for children, a components analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 5, 672-689.
- Kendall, P. (1984a). Behavioral assessment and methodology (pp. 39-94). En C.T Wilson, C. M, Franks, K. A. Brownell y P. C. Kendall. *Annual Review of Behavior Therapy and Practice*. Nueva York: Guilford Press.

- Kendall, P. (1984b). Cognitive process and procedures in behavior therapy (pp. 123-163). En C. M. Franks, G. T. Wilson, P. C. Kendall, y K. D. Brownell. *Annual Review of Behavior Therapy and Practice*. Nueva York: Guilford Press.
- Kendall, P. y Braswell, L. (1985). *Cognitive behavioral therapy for impulsive children*. Nueva York: Guilford Press.
- Kendall, P. y Lipman, A. (1991a). Psychological and pharmacology therapy, methods and modes for comparative outcome research. *Journal of Consulting and Psychology*, 59, 1, 78-87.
- Kendall, P. y Morris, R. J. (1991b). Child therapy, issues and recommendations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 6, 777-784.
- Kendall, P. (1993). Cognitive behavioral therapies with youth, guiding theory, current status, and emerging developments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 2, 235-247.
- Kendall, P. y Panichelli-Mindel, S. (1995). Cognitive behavioral treatments. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 1, 107-124.
- Kendall, P., Reber, M., Mcleer, S., Epps, J. y Ronan, K. R. (1990). Cognitive behavioral treatment of conduct disordered children. *Cognitive therapy and research*, 14, 3, 279-297.
- Kirchner, T. y Amador, J. A. (1998). Internal consistency of scores on Matching Familiar Figures test-20 and correlation of scores with age. *Perceptual and Motor Skills*, 86, 803-807.
- Klein, R. G. y Mannuzza, S. (1991). Long-term outcome of hyperactive children, a review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 3, 383-387.
- Kline, R. B., Snyder, J., Guilmette, S. y Castellanos, M. (1993). External validity of the profile variability index for the K-ABC, stanford-binet, and WISC-R another cul-de-sac. *Journal of Learning Disabilities*, 26, 8, 557-567.
- Klinterberg, B. y Oreland, L. (1995). Hyperactive and aggressive behaviors in childhood as related to low platelet monoamine oxidase (MAO) activity at adult age, a longitudinal study of male subjects. *Personality Individual Differences*, 19, 3, 373-383.
- Klorman, R., Brumaghim, J. T., Fitzpatrick, P. A. y Borgstedt, A. D. (1991). Methylphenidate speeds evaluation processes of attention deficit disorder adolescents during a continuous performance test. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 263-283.

- Klorman, R., Brumaghim, J. T., Fitzpatrick, P. A., Borgstedt, A. D. y Strauss, J. (1994). Clinical and cognitive effects of methylphenidate on children with attention deficit disorder as a function of aggression/oppositionality and age. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 2, 206-221.
- Knobloch, H. y Pasamich, B. (1959). Syndrome of minimal cerebral damage in infancy. *Journal of the American Medical Association, 1384-1387*. (Citado por García y Polaino-Lorente, 1997).
- Kolko, D. J., Loar, L. L. y Sturnick, D. (1990). Inpatient social cognitive skills training groups with conduct disordered and attention deficit disordered children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31*, 5, 737-748.
- Korkman, M. y Pesonen, A. (1994). A comparison of neuropsychological test profiles of children with attention deficit hyperactivity disorder and/or learning disorder. *Journal of Learning Disabilities, 27*, 6, 383-393.
- Krampitz, D., Iannaccone, S. T., Wolfe, G. I., Burns, D., Bryan, W. W. y Barohn, R. J. (1996). Symposium of pediatric neurology. *Journal of Child Neurology, 147-157*.
- Krauch, V. (1971). Hyperactive engineering. *American Educational, 7*, 5, 70-77.
- Krusch, D., Klorman, R., Brumaghim, J., Fitzpatrick, P., Borgstedt, A. y Strauss, J. (1997). Methylphenidate slows reactions of children with attention deficit disorder during and after and error. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24*, 5, 633-650.
- Kuperman, S. (1997). ADHD and EEG. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 5, 576-577.
- Kuperman, S., Johnson, B., Arndt, S., Lindgren, S. y Wolraich, M. (1996). Quantitative EEG Differences In A nonclinical sample of children with ADHD and undifferentiated ADD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 8, 1009-1017.
- Kwon, P. y Lemon, K. E. (2000). Attributional style and defense mechanisms, a synthesis of cognitive and psychodynamic factors in depression. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 723-735.
- Lahey, B. B. y Carlson, C. L. (1991). Validity of the diagnostic category of attention deficit disorder without hyperactivity, a review of the literature. *Journal of Learning Disabilities, 24*, 2, 110-120.
- Lahey, B. B., Applegate, B., Mcburnett, K., Biederman, J., Greenhill, L., Hynd, G. W., Barkley, R. A., Nuevacorn, J., Jensen, P., Richters, J., Garfinkel, B., Kerdyk, L., Frinck, P. J., Ollendick, T., Pérez, D., Hart, E. L., Waldman, I. y Shafer, D. (1994). DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *American Journal Psychiatry, 151*, 1673-1685.
- Lahey, B. B., Pelham, W. E., Stein, M. A., Loney, J., Trapanin, C., Nugent, K., Kipp, H., Schmidt, E., Lee, S., Cale, M., Gold, E., Hartung, C. M., Willcutt, E. y Baumann, B. (1998). Validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder for younger children. *Journal of Abnormal Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 7, 695-702.
- LaHoste, G. J., Swanson, J. M., Wigal, S. B., Glabe, C., Wigal, T., King, N. y Kennedy, J. L. (1996). Dopamine D4 receptor gene polymorphism is associated with attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry, 1*, 121-124.
- Lavigne, J. V., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H. J., Christoffel, K. K. y Gibbons, R. D. (1998a). Psychiatric disorders with onset in the preschool years, I. Stability of diagnoses. *Journal of Abnormal Child*

*and Adolescent Psychiatry*, 37, 12, 1246-1254.

- Lavigne, J. V., Areng, R., Rosenbaum, D., Binns, H. J., Christoffel, K. K. y Gibbons, R. D. (1998b). Psychiatric disorders with onset in the preschool years, II. Correlates and predictors of stable case status. *Journal of Abnormal Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 12, 1255-1261.
- Lavin, P. (1991). The counselor as consultant-coordinator for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Elementary School Guidance and Counseling*, 26, 115-120.
- Le Moal, M. E. (1995). Mesocorticolimbic dopamine neurons: functional and regulatory roles (pp. 283-294). En F. Kupfer (Dir). *In Psychopharmacology: the fourth generation for progress*. Nueva York: Raven Press.
- Leon, S. C., Uziel-Miller, N. D., Lyons, J. S. y Tracy, P. (1999). Psychiatric hospital service utilization of children and adolescents in state custody. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 305-310.
- Levy, F., Hay, D., Mcstephen, M., Wood, C. y Waldman, I. (1997). Attention deficit hyperactivity disorder, a category or a continuum? genetic analysis of a large-scale twin study. *Journal of American the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 6, 737-744.
- Locke, J. (1990). Integrating the results of evaluation six clinical cases. En R. Barkley (Dir). *Attention deficit disorder, a handbock for diagnosis and treatment* (pp. 344-393). Nueva York: Guilford.
- Logan, G. D. y Burkell, J. (1986). Dependence and independence in responding to double stimulation: a comparison of stop, change, and dual-task paradigms. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 12, 549-563.
- Logan, G. D., Cowan, W. B. y Davis, K. A. (1984). On the ability to inhibit simple and choice reaction time responses: a model and a method. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 10, 276-291.

- Loge, D. V., Staton, D. y Beatty, W. W. (1990). Performance of children with ADHD on test sensitive to frontal lobe dysfunction. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 4, 540-545.
- Loiser, B. J., McGrath, P. J. y Klein, R. M. (1996). Error patterns on the Continuous Performance Test in non-medicated and medicated samples of children with and without ADHD: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 971-987.
- Loney, J. (1987). Hyperactivity and aggression in the diagnosis of attention deficit disorder (pp. 99-135). En B.B Lahey y A. E Kazdin (Dir). *Advances in learning clinical child psychology*. Nueva York: Plenum.
- López, C. y García, J. (1997). *Problemas de atención en los niños*. Madrid: Pirámide.
- Lou, H. C. (1996). Etiology and pathogenesis of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): Significance of prematurity and perinatal hypoxic-hemodynamic encephalopathy. *Acta Paediatrica*, 85, 1266-1271.
- Luengo, M. A., Carrillo de la Peña, M. T., Otero, J. M. y Romero, E. (1994). A short-term longitudinal study of impulsivity and antisocial behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 542-548.
- Lufi, D. y Parish-Plass, J. (1995). Personality assessment of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 1, 94-99.
- Luiselli, J. (1991). Assessment derived treatment of children's disruptive behavior disorder. *Behavior Modification*, 15, 3, 294-309.
- Luria, A.R. (1961). The role of speech and the regulation of normal and abnormal behaviors. Nueva York: Liveright (citado por Polaino-Lorente et al. 1997).
- Luria, A.R. (1980). *Lenguaje y comportamiento*., Barcelona: Fontanella (Traducción original de 1975).
- Lyo K., Noam, G. G, Lee, C. K., Lee, H. K., Kennedy, B. P. y Renshaw, P. F. (1996). The corpus callosum and lateral ventricles in children with attention-deficit hyperactivity disorder, a brain magnetic resonance imaging study. *Biological Psychiatry*, 40, 1060-1063.
- Maccoby, E. E., Dowley, E. M., Hagen, J. W. y Degerman, R. (1965). Activity level and intellectual functioning in normal preschool children. *Child Development*, 36, 761-770.
- MacLeod, C. M. (1991). Half a century of research on the Stroop effect: an integrative review. *Psychological Bulletin*, 109, 163-203.
- Malhotra, S. y Satosh, P. J. (1998). An open clinical trial of buspirone in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 4, 364-371.

- Manga, D., Forunier, C. y Navarredonda, A. B. (1995). Trastornos por déficit de atención en la infancia (pp. 695-718). En A. Bulloch., B. Sauden. y F. Ramos. *Manual de psicopatología*. Madrid: McGrawhill. Interamericana de España S.A.
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Malloy, P. y Lapadula, M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys, educational achievement, occupational rank and psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 50, 565-576.
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Bonagura, N., Malloy, P., Giampino, T. L. y Addalli, K. A. (1991). Hyperactive boys almost grown up, replication of psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 48, 77-83.
- Mannuzza, S., Klein, R., Bessler, A., Malloy, P. y Hynes, M. (1997). Educational and occupational outcome of hyperactive boys grown up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 9, 1222-1227.
- Manos, M. J., Short, E. J. y Findling, R. L. (1999). Differential effectiveness of methylphenidate and adderall in school-age, youths with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 813-819.
- Marakovitz, S. E. y Campbell, S. B. (1998). Inattention, impulsivity, and hyperactivity from preschool to school age, performance of hard-to-manage boys on laboratory measures. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 39, 6, 841-851.
- Marcelli, D. y Ajuriaguerra, J. (1996). *Psicopatología del niño*. Barcelona: Masson.
- Margalit, M. (1983). Diagnostic application of the Conners' abbreviated symptom questionnaire. *Journal of Clinical and Child Psychology*, 12, 355-357.
- Mariani, M. y Barkley, R. A. (1997). Neuropsychological and academic functioning in preschool children with attention deficit hyperactivity disorder. *Developmental Neuropsychology*, 13, 1, 111-129.
- Martin, C., Earleywine, M., Blackson, T., Vanyukov, M., Moss, H. y Tarter, R. (1994). Aggressivity, inattention, hyperactivity, and impulsivity in boys at high and low risk for substance abuse. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 2, 177-203.
- Martin, G. y Pear, J. (1998). *Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Prentice Hall.
- Martin, J. H. (1989). *Neuroanatomy: text and atlas*, Norwalk, Connecticut: Appleton and lange. (Citado por Swanson et al. 1998).
- Martorell, M. C. y Silva, F. (1993). *EPIJ. Evaluación de la personalidad infantil y juvenil*. Madrid: MEPSA.
- Martorell, C., Peiro, R., Llacer, M. D., Navarro, A., Flores, P. y Silva, F. (1990). Assessing behavioural problems and assets in children and adolescents. *Personality Individual Differences*, 11, 12, 1221-1226.
- Masters, K. J. (1997). Alternative medications for ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 301.
- Matier, K., Halperin, J. M., Sharma, V., Nuevacorn, J. H. y Sathaye, N. (1992). Methylphenidate response in aggressive and nonaggressive ADHD children, distinctions on laboratory measures of symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 2, 219-225.
- Matochik, J. A., Liebenauer, L. L., King, C., Szymanski, H. V., Cohen, R. M. y Zametkin, A. J. (1994).

- Cerebral glucose metabolism in adults with attention deficit hyperactivity disorder after chronic stimulant treatment. *American Journal of Psychiatry*, 151, 5, 658-664.
- Matthews, B. A., Shimoff, E. y Catanina, A. C. (1987). Saying and doing, a contingency-space analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 20, 1, 69-74.
- Matthys, W., Van Goozen, H. M., Vries, H., Cohen, P. T. y Van Engeland, H. (1998). The dominance of behavioural activation over behavioural inhibition in conduct disordered boys with or without attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 39, 5, 643-651.
- Max, J. E., Arndt, S., Castillo, C. S., Bokura, H., Robin, D. A., Lindgren, S. D., Smith, W. L., Sato, Y. y Mattheis, P. J. (1998). Attention deficit hyperactivity symptomatology after traumatic brain injury, a prospective study. *Journal of Abnormal Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 8, 841-847.
- Mayer, R. E. (1985). *El futuro de la psicología cognitiva*. Madrid: Alianza.
- McBewan, E. K. (1997). *The principal's guide to attention deficit hyperactivity disorder*. California: Corwin Press.
- McBurnett, K., Pfiffner, L. J. y Frick. (2001). Symptom properties as a function of ADHD type: an argument for continued study of sluggish cognitive tempo. *Journal of Abnormal Psychology*, 29, 207-213.
- McBurnett, K., Pfiffner, L. J., Willcutt, E., Tamm, K., Lerner, M., Ottolini, Y. L. y Furmna, M. B. (1999). Experimental cross validation of DSM-IV types of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 17-24.
- McConaughy, S. H. y Achenbach, T. M. (1990). *Semistructured clinical interview for children: SCIC*. Burlington, VT: Universidad de Vermon. Departamento de Psiquiatría.
- McKillop, J. M. (1994). A brief instrument to assess knowledge of behavioral principles. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 251-253.
- McMahon, R. (1994). Diagnosis, assessment, and treatment of externalizing problems in children, the role of longitudinal data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 5, 901-917.
- Meents, C. (1989). Attention deficit disorder, a review of literature. *Psychology in the Schools*, 26.
- Meichenbaum, D. y Goodman, J. (1969). Cognitive-behavior modification. En J. Spence, R.C, Carson y J.W. Thibaut (Eds). Behavioral approaches to therapy. Morristown. Nueva York: General learning Press.
- Meichenbaum, D. y Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing selfcontrol. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126.
- Meichenbaum, D. (1975). Theoretical an treatment: implications of development research on verbal control of behavior. *Canadian Psychological Review*, 16, 22-27.
- Meichenbaum, D. H. y Goodman, J. (1981). Entrenar a niños impulsivos a sí mismos, un método para desarrollar el auto-control (pp. 397-414).. En A. Ellis y F. Grieger (Dir). *Manual de terapia racional - emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Melnick, S. y Hinshaw, S. (1996). What they want and what they get, the social goals of boys with ADHD and comparison boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 2, 169-185.
- Merrell, K. W. (1990). Teacher ratings of hyperactivity and selfcontrol in learning disabled boys, a

- comparison with low-achieving and average peers. *Psychology in the Schools*, 27, 289-302.
- Mesma, J. y Koot, H. M. (2001). Early preschool predictors of preadolescent internalizing and externalizing DSM-IV diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1029-1036.
- Mettelman, B. B. (1988). The assessment of attention, I. Standardization and reliability of behavior based measure. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 5, 682-690.
- Meyer, M. J. y Zentall, S. S. (1995). Influence of loud behavioral consequences on attention deficit hyperactivity disorder. *Behavior Therapy*, 26, 351-370.
- Mick, E., Santangelo, S., Wypij, D. y Biederman, J. (2000). Impact of maternal depression on ratings of comorbid depression in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 314-319.
- Michaine, C. (2000). Comorbilidad en el ADHD (pp.41-54). En E. Joselevich (Dir). *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad ADHD. En niños, adolescentes y adultos*. Buenos Aires: Paidós.
- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S. V. y Jones, J. (1998). Further evidence of an association between maternal smoking during pregnancy and attention deficit hyperactivity disorder: findings from a high-risk sample of siblings. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 352-358.
- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S., Chen, L. y Jones, J. (1997). ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking in children and adolescent. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1, 37-44.
- Milich, R. y Kramer, J. (1984). Reflection on impulsivity: An empirical investigation of impulsivity as a construct (pp. 117-150). En K. Gadow y I. Bialer (Dir). *Advances in learning and behavioral disabilities*. Greenwich, CT: JAI Press .
- Milich, R. y Pelham, W. (1986). Effects sugar ingestion on the classroom and playground behavior of attention deficit disorder boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 5, 714-718.
- Milich, R., Hartung, C. M., Martin, C. A. y Haigler, E. D. (1994). Behavioral disinhibition and underlying processes in adolescents with disruptive behavior disorders (pp. 109-138). En D. K. Routh (Dir), *Disruptive behavior disorders in childhood*. Nueva York: Plenum Press.
- Miller, L., Koplewicz, H. y Klein, R. (1997). Teacher ratings of hyperactivity, inattention and conduct problems in preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 2, 113-119.
- Miranda, A. y Santamaria, M. (1986). *Hiperactividad y dificultades de aprendizaje*. Valencia: Promolibro.
- Miranda, A., Llacer, M. D. y Garcia, C. (1989). ¿Incrementa la eficacia del entrenamiento en autocontrol para niños hiperactivos con la colaboración de los padres y profesores? *Revista de Psicología de la Educación*, 1, 3-18.
- Miranda, A., P. y Jarque, S. (1999). La intervención con estudiantes con TDAH: hacia un enfoque contextualizado y multidisciplinar (pp. 303-316). En J. N. García (Dir). *Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo*. Madrid: Pirámide.
- Mitsis, E., McKay, K., Schulz, K., Nuevacorn, J. y Halperin, J. (2000). Parent-teacher concordance for DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in a clinic referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 308-313.

- Molina B. S. G., Smith, B. H. y Pelham, W. (2001). Factor structure and criterion validity of secondary school teacher rating of ADHD and ODD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 71-82.
- Molina, B. S. G., Pelham, W., Blumenthal, J. y Galiszewski, E. (1998). Agreement among teachers' behavior ratings of adolescents with a childhood history of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 330-339.
- Monteiro, L., Firestone, P., Pisterman, S., Bennett, S. y Mercer, J. (1997). Effects of methylphenidate on preschool children with ADHD, cognitive and behavioral functions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1407-1415.
- Moore, L. y Hughes, J. N. (1988). Impulsive and hyperactive children (pp. 127-159). En J. M. Herghes. *Cognitive behavior therapy with children in school*. Nueva York: Pergamon.
- Moreno, C. y Polaino-Lorente, A. (1997). Una revisión crítica de la evolución de los criterios diagnósticos (pp. 49-64). En A. Polaino-Lorente (Dir). *Manual de hiperactividad infantil*. Madrid: Unión Editorial.
- Moreno, I. (1995). *Hiperactividad, prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Morgan, A. E., Hynd, G. W., Riccio, C. A. y Hall, J. (1996). Validity of DSM-IV ADHD predominantly inattentive and combined types, relationship to previous DSM diagnoses subtype differences. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 3, 325-333.
- Morrison, J. y Steward, M. A. (1971). Family study of hyperactive child syndrome. *Biological*. (Citado por Sandberg, 1996).
- Morrow-Bradley, C. y Elliott, R. (1986). Utilization of psychotherapy research by practicing psychotherapist. *American Psychologist*, 41, 2, 188-197.
- Morton, L. L., Kershmer, J. R. y Siegel, L. S. (1990). The potential for therapeutic applications of music on problems related to memory and attention. *Journal of Music Therapy*, 27, 195-208.
- Mota, V. L. y Schachar, R. J. (2000). Reformulating attention deficit hyperactivity disorder according to signal detection theory. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1144-1151.
- Mulhern, S., Dworkin, P. H. y Bernstein, B. (1997). Do parental concerns predict a diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder? *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 5, 5, 348-352.
- Murphy, K. y Gordon, M. (1998). Assessment of adults with ADHD (pp. 345-369). En R. Barkley (Dir). *Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Musten, L., Firestone, P., Pisterman, S., Bennett, S. y Mercer, J. (1997). Effects of methylphenidate on preschool children with ADHD, cognitive and behavioral functions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 10, 1407-1415.
- Nada-Raja, S., Langley, J., Mcgee, R., Williams, S., Begg, D. y Reeder, A. (1997). Inattentive and hyperactive behaviors and driving offenses in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 4, 515-522.
- Nadeu, K. G. (1995). *A comprehensive guide to attention deficit disorder in adults, research, diagnosis and treatment*. Nueva York: Bruner-Mazel.

- Naglieri, J. A., Welch, J. A. y Braden, J. (1994). Performance of hearing impaired students on planning, attention, simultaneous, and successive (PASS) cognitive processing tasks. *Journal of School Psychology*, 32, 371-383.
- Narbona, J. (1987). Desarrollo del lenguaje y sus perturbaciones (pp. 65-89). En N. Fejerman y E. Fernández (Dir). *Fronteras entre neuropsiquiatría y psicología*. Buenos Aires: Nueva Dimensión.
- Navarro, A. M., Peiró, R., Llàcer, M. D. y Silva, F. (1993). Escala de problemas de conducta. En F. Silva y M. C. Martorell. *Evaluación de la personalidad infantil. y juvenil*. Madrid: MEPSA.
- Navarro, J. F. (2000). *Bases biológicas de las psicopatologías*. Madrid: Pirámide.
- Navarro, J. F. y Manzanaque, J. M. (1998). Actualización de los receptores dopaminérgicos. *Psiquiatría Biológica*, 5, 205-209.
- Needleman, H. L., Gunnue, L. y Lenton, A. (1979). Deficit in psychologic and classroom performance of children with elevated dentine lead levels. *Nueva England Journal of Medicine*. 300, 689-695. (Citado por Benjumea y Mojarro, 1995).
- Nemzer, E. D., Arnold, E., Votolato, N. A. y McConnell, H. (1986). Amino acid supplementation as therapy for attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 4, 509-513.
- Neuman, R. J., Todd, R. D., Heath, A. C., Reich, W., Hudziak, J. J., Bucholz, K. K., Madden, P. A., Begleiter, H., Porjesz, B., Kuperman, S., Hesselbrock, V. y Reich, T. (1999). Evaluation of ADHD typology in three contrasting samles. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 25-33.
- Newcorn, J. H., Halperin, J. M., Jensen, P. S., Abikoff, H. B., Arnold, L. E., Cantwell, D. P. Conners, C. K., Elliott, G. R., Epstein, J. N., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Hinshaw, S. P., Hoza, B., Kraemer, H. L., Pelham, W. E., Severe, J. B., Swanson, J. M., Wells, K. C., Wigal, T. y Vittello, B. (2001). Symptom Profiles in Children with ADD: effects of comorbidity and gender. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 137-145.
- Nicolson, R., Awad, G. y Sloman, L. (1998). An open trial of risperidone in young autistic children. *Journal of Abnormal Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 4, 372-376.
- Nigg, J. T., Hinshaw, S. P., Carte, E. T. y Treuting, J. J. (1998). Neuropsychological correlates of childhood attention deficit hyperactivity disorder, explainable by comorbid disruptive behavior or reading problems? *Journal of Abnormal Child and Adolescent Psychiatry*, 107, 3, 468-480.
- Nigg, J., Hinshaw, S. y Halperin, J. (1996). Continuous Performance Test in boys with attention deficit hyperactivity disorder, methylphenidate dose response and relations with observer behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 3, 330-340.
- Noam, G. G., Lee, C. K., Lee, H. K., Kennedy, B. P. y Renshaw, P. F. (1996). The corpus callosum and lateral ventricles in children with attention-deficit hyperactivity disorder, a brain magnetic resonance imaging study. *Society of Biological Psychiatry*, 40, 1060-1063.
- Nolan, E. y Gadow, K. (1997). Children with ADHD and tic disorder and their classmates, behavioral normalization with methylphenidate. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 5, 597-604.
- Northyp, J., Jones, K., Broussard, C. y George, T. (1995). A preliminary comparison of reinforcer assessment methods for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 28,

99-100.

- O'donnell, D. A., Schultz, R. T., Scahill, L., Leckman, J.F. y Pauls, D.L. (2000). Social and emotional adjustment in children affected with gilles de la Tourette's syndrome, associations with ADHD and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 215-223.
- O'leary, K. D. (1980). Pills or skills for hyperactive children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13, 3, 191-204.
- Olivares, J., Mendez, F. X. y Macia, D. (1997). *Tratamientos conductuales en la infancia y adolescencia*. Madrid: Piramide.
- O'Neill, M. y Douglas, V. (1996). Rehearsal strategies and recall performance in boys with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 1, 73-88.
- Oosterlaan, J. y Sergeant, J. A. (1995). Response choice and inhibition in ADHD, anxious, and aggressive children: The relationship between S-R compatibility stop signal task. (pp. 225-240). En J. A. Sergeant (Dir), *Eumethydis: European approaches to hyperkinetic disorder* Amsterdam: J. A. Sergeant.
- Oosterlaan, J. y Sergeant, J. A. (1998a). Effects Of reward and response cost on response inhibition in ADHD, disruptive, anxious, and normal children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 3, 161-174.
- Oosterlaan, J., Logan, G. D. y Sergeant, J. A. (1998b). Response inhibition in ADHD, CD, comorbid ADHD + CD, anxious, and control children, a meta-analysis of studies with the stop task. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 39, 3, 411-425.
- Organización Mundial de la Salud. (1967). *The ICD-8 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*. Ginebra.

- Organización Mundial de la Salud. (1978). *The ICD-9 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Orjales, I. y Polaino-Lorente, A. (1992a). Déficit de atención selectiva y atención continua en niños con hiperactividad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 61, 625-645.
- Orjales, I. (1992b). *Eficacia diferencial en técnicas de intervención en el síndrome hiperkinético*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Orjales, I. y Polaino-Lorente, A. (1994). Estilos atribucionales y autoestima en hiperactividad infantil. *Revista de psicología general y aplicada*, 47, 4, 461-466.
- Orjales, I. y Polaino-Lorente, A. (1997a). Terapia cognitiva, trastorno de atención e hiperactividad infantil (pp. 177-200). En A. Polaino-Lorente (Dir). *Manual de hiperactividad infantil*. Madrid: Unión Editorial.
- Orjales, I., Polaino-Lorente, A. y Ávila, C. (1997b). Eficacia diferencial y diversidad de procedimientos terapéuticos: hacia un enfoque interdisciplinar e integrador (pp.201-214). En A. Polaino-Lorente (Dir). *Manual de hiperactividad infantil*. Madrid: Unión Editorial.
- Osnes, P. G., Guevremont, D. C. y Stokes, T. F. (1987). Increasing a child's prosocial behaviors, positive and negative consequences in correspondence training. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 18, 1, 71-76.
- Ostrander, R., Weinfurt, K. P., Yarnold, P. R. y August, G. J. (1998). Diagnosing attention deficit disorders with the behavioral assessment system for children and the child behavior checklist, test and construct validity analyses using optimal discriminant classification trees. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 4, 660-672.
- O'tooler, K., Abramowith, A., Morris, R. y Dulcan, M. (1997). Effects of methylphenidate on attention and nonverbal learning in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 4, 531-538.
- Ouellette, E. M. (1991). Legal issues in the treatment of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Neurology*, 6, S66-S75.
- Overtom, C. C., Verbaten, M. N., Kemmer, C., Kenemans, J. L. van Engeland, H., Buitelaar, J. K. Camfferman, G. y Koelega, H. (1998). Associations between event-related potentials and measures of attention and inhibition in the Continuous Performance Task in children with ADHD and normal controls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 977-985.

- Paniagua, F. A. y Black, S. A. (1990a). Management and prevention of hyperactivity and conduct disorders in 8-10 year old boys through correspondence training procedures. *Child and Family Behavior Therapy*, 12, 1, 23-56.
- Paniagua, F. A., Morrison, P. B. y By Lack, S. A. (1990b). Management of a hyperactive conduct disordered child through correspondence training, a preliminary study. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiater*, 21, 1, 63-68.
- Paniagua, F. (1992). Verbal-Noverbal correspondence training with ADHD children. *Behavioral Modification*, 16, 2, 226-252.
- Parson, J., Khle, T. J. y Owen, S. V. (1990). Incidence of behavior problems among children of Vietnam war veterans. *School Psychology International*, 11, 253-259.
- Pasamick, B., Rogers, M. E. y Lilienfeld, A. (1956). Pregnancy experience and the development of behavior disorder in children. *American Journal of Psychiatry*, 112, 613-617.
- Patterson, G. (1979). *Living with children, revised*. Illinois: Press Research.
- Pearson, D. A. y Lachar, D. (1994). Using behavioral questionnaires to identify adaptative deficits in elementary school children. *Journal of School Psychology*, 32, 33-52.
- Pearson, D. A., Yaffee, L. S., Loveland, K. A. y Norton, A. M. (1995). Covert visual attention in children with attention deficit hyperactivity disorder. Evidence for developmental immaturity. *Development and Psychopathology*, 7, 351-367.
- Pelham, W. E., Grenslade, K. E. y Vodde-Hamilton, M. A. (1990). Relative efficacy of long acting stimulnts on children with attention deficit hyperactivity disorder, a comparison of standard methylphenidte, sustained release methylphenidate, sustained release dextroamphetamine and pemoline. *Pediatrics*, 86, 226-237.
- Pelham, W. E. y Hinshaw, S. P. (1992a). Behavioral interventions for attention deficit hyperactivity disorder. En B. Turner (Dir). *Handbook of Clinical Behavior Therapy*, 2º Edition. EEUU: John Wiley and Sons, Inc.
- Pelham, W. E., Gangy, E. M., Greenslade, K. E. y Milich, R. (1992b). Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 210-219.
- Pelham, W. E., Carlson, C., Sams, S., Vallano, G., Dixon, J. y Hoza, B (1993). Separate and combined effects of methylphenidate and behavior modification on boys with attention deficit hyperactivity disorder in the classroom. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 3, 506-515.

- Pelham, W. E. y Hoza, B. (1996). Intensive treatment, a summer treatment program for children with ADHD (pp. 311-340). En E. D. Hibbs y P. S. Jensen. *Psychosocial treatments for child and adolescent disorder, empirically based strategies for clinical practice*. Washington. D. C.: American Psychological Association.
- Pelham, W. E., Lang, A.R., Atkeson, B., Murphy, D.A., Gnagy, E.M., Greiner, A.R., Vodde-Hamilton, M. y Greenslade, K. E. (1997). Effects of deviant child behavior on parental distress and alcohol consumption in laboratory interactions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 5, 413-424.
- Pelham, W. E., Wheeler, T. y Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 190-205.
- Pelham, W., Murphy, D., Vannatta, K., Milich, R., Lichy, B., Gnagy, E., Greenslade, K., Greiner, A. y Vodde-Hamilton, M. (1992c). Methylphenidate and attributions in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 2, 282-292.
- Pennington, B. F. y Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal for Child Psychology and Psychiatry*, 37, 51-87.
- Pereira, M., Fonseca, A. C., Fernandes, J. B., Simoes, M. R., Oliveira, M. G., Rebelo, J. A., Nogueira, S., Porfírio, H. y Borges, L. (1998). Dificuldades de aprendizagem (LD) e Hiperactividad (ADHD), Estudio Comparativo. *Psychologica. Revista da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra*. (pp. 141-163).
- Perrin, S. y Last, C.G. (1996). Relationship between ADHD and anxiety in boys, results from a family study, *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 8, 988-996.
- Perron-Borelli, M. y Perron, R. (1982). *L'examen psychologique de l'enfant*. París: PUF. Le psychologue.
- Perry, R. (1998). Misdiagnosed ADD/ ADHD, Rediagnosed PDD. *Journal of Abnormal Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1, 113-114.
- Perulles, T. (1993). Infants hiperactius i estratègies educatives. *Guix*, 193, 188-194.
- Peter, J. (2000). Commentary, the NIHM ADHD consensus statement, win, lose or draw?. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 194-197.
- Pfiffner, L. J. y McBurnett, K. (1997). Social skills training with parent generalization, treatment effects for children with attention deficit disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 5, 749-757.
- Pillow, D. R., Pelham, W. E., Hoza, B., Molina, S. G. y Stultz, C. H. (1998). Confirmatory factor analyses examining attention deficit hyperactivity disorder symptoms and other childhood disruptive behaviors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26 4, 293-309.
- Pine, D., Shaffer, D., Schonfeld, I. y Davies, M. (1997). Minor physical anomalies, modifiers of environmental risks for psychiatric impairment? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 3, 395-403.
- Pino, B. y Mojarro, M<sup>a</sup> D. (1995). El síndrome hiperactivo (pp. 723-767). En J. Rodríguez Sacristán (Dir). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Pinto, L. W. y Tryon, W. W. (1996). Activity measurements support dimensional assessment. *Behavior Modification*, 20, 3, 243-258.

- Pisterman, S., Mcgrath, P., Firestone, P., Webster, G, I. y Mallore, R. (1989). Outcome of parent mediated treatment of preschoolers with attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 5, 628-635.
- Pliszka, S., Browne, R., Olvera, R. y Wynne, S. (2000). A double blind, placebo-controlled study of adderall and methylphenidate in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 619-626.
- Pliszka, S., McCracken, J. y Maas, J. (1996). Catecholamines in attention deficit hyperactivity disorder, current perspectives. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 3, 264-272.
- Polaino-Lorente, A. Avila, C., Cabanyes, J., García, D. A., Orjales, I. y Moreno, C. (1997). *Manual de hiperactividad infantil*. Madrid: Unión Editorial.
- Posner, M. I., Nissen. M. J. y Ogden, W. C. (1978). Attended and unattended processing modes: the role of set for spatial location(pp. 137-157). En H. L. Pick y I. J. Saltzman (Dir). *Modes of perceiving and processing information*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Powel, B. y Holmes, C. (1995). Prevalence of head injury among four year child studen, a replication and combined results. *Perceptual and Motor Skills*, 8, 227-230.
- Power, T. J. y Ideda, M. J. (1996). Commentary, the clinical utility of behavior rating scales, comments on the diagnostic assessment of ADHD. *Journal of School Psychology*, 34, 379-385.
- Power, T. J., Doherty, B. J., Panichelli-Mindel, S. M., Karustis, J. L., Eiraldi, R. B., Anastopoulos, A. D. y Dupaul, G. J. (1998). The predictive validity of parent and teacher reports of ADHD symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20, 57-81.

- Presentación, M. J., Miranda, A. y Amado, L. (1999). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: avances en torno a su conceptualización, bases etiológicas y evaluación (pp. 287-300). En J.N. García (Coord). *Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo*. Madrid: Pirámide.
- Prinz, R. J. y Miller, G. (1994). Family based treatment for childhood antisocial behavior, experimental influences on dropout and engagement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 3, 645-650.
- Profirio, H., Fernandes, J. B. y Borges, L. (1998). A intervenção psicofarmacologica na perturbação da hiperactividade com defice da atenção. *Psicologica. Revista da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra*, 201-207.
- Pruvis, K. y Tannock, R. (1997). Language abilities in children with attention deficit hyperactivity disorder, reading disabilities, and normal controls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 2, 133-144.
- Purvis, K. y Tannock, R. (2000). Phonological processing, not inhibitory control, differentiates ADHD and reading disability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 485-494.
- Quay, H. A. (1988a). A critical analysis of DSM-III as a taxonomy of psychopathology in childhood and adolescence(pp. 151-165). En T. Millon y G. Klerman (Dir), *Contemporary issues in psychopathology*. Nueva York: Guilford Press.
- Quay, H. A. (1988b). Classification (pp. 1-34). En H. C. Quay y J. S. Werry (Dir). *Psychopathological disorders of childhood*. Nueva York: Wiley.
- Quay, H. A. (1997). Inhibition and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 7-13.
- Quay, H. A. (1993). The psychobiology of undersocialized aggressive conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 165-180.
- Quinn, P.O (1994). *ADD and the college student*. Nueva York: Magination Press.
- Quintana, H., Birmaher, B., Stedje, D., Lennon, S., Freed, J., Bridge, J. y Greenhill, L. (1995). Use of methylphenidate in the treatment of children with autistic disodred. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25, 3, 283-294.
- Rapport, M. (1995). Attention deficit hyperactivity disorder (pp. 353-375). En M. Hersen y R. Ammerman, (Dir). *Advanced Abnormal Child Psychology*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rapport, M. D, Murphy, H. A. y Bailey, J. S. (1982). Ritalin vs response cost in the control of hyperactive children, a within-subject comparison. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15, 205-216.
- Rapport, M. D., Denney, C., Dupaul, G. J. y Gardner, M. J. (1994). Attention Deficit Disorder and methylphenidate, normalization rates, clinical effectiveness, and response prediction in 76 children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 6, 882-893.
- Rapport, M. D., DuPaul, G. J., Stoner, G. y Jones, J. T. (1986). Comparing classroom and clinic measures of attention deficit disorder: differential idiosyncratic, and dose-response effects of mathylphenidate. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 334-341.
- Rapport, M. D., Jones, J. T., DuPaul, G. J., Kelly, K. L., Gardner, M. J., Tucker, S. B. y Shea, M. S. (1987). Attention deficit disorder and methylphenidate: group and single-subject analyses of dose effects on attention in clinic and classroom settings. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 329-338.

- Rapport, M. D., Scanlan, S. E. y Denney, C. B. (1999). Attention deficit hyperactivity disorder and scholastic achievement, a model of dual developmental pathways. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 1169-1183.
- Rapport, M. y Denney, C. (1997). Titrating methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder, is body mass predictive of clinical response? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 4, 523-530.
- Rapport, M. y Kelly, K. (1991). Psychoestimulant effects on learning and cognitive function, findings and implications for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 11, 61-92.
- Rapport, M., Loo, S., Isaacs, P., Goya, S., Denney, C. y Scanlan, S. (1996). Methylphenidate and attentional training. *Behavior Modification*, 20, 4, 428-450.
- Rebelo, J. A. (1998). Como ajudar alunos com hiperactividade nas escolas. *Psychologica. Revista da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra*, 165-199.
- Reich, W., Shayka, M. y Taiblenon, C. H. (1988). *Diagnostic Interview for Children and Adolescent-Revised, version 7.2*. Lourdes Ezpeleta, traductora (1991). Manuscrito no publicado. Whashington University: Division of Child Psychiatry, St. Louis.
- Reich, W. (2000). Diagnostic interview for children and adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 59-66.
- Reid, M. K. y Borkowski, J. G. (1987). Causal attributions of hyperactive children, implications for teaching strategies and self-control. *Journal of Educational Psychology*, 79, 3, 296-307.
- Reid, R. y Maag, J. W. (1994). How many fidgets in a pretty much, a critique of behavior rating scales for identifying students with ADHD. *Journal of School Psychology*, 32, 339-354.

- Reid, R., DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., Rogers-Adkinson, D., Noll, M. y Riccio, C. (1998). Assessing culturally different students for attention deficit hyperactivity disorder using behavior rating scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 3, 187-198.
- Resta, S. P. y Eliot, J. (1994). Written expression in boys with attention deficit disorder. *Perceptual and Motor Skills*, 79, 1131-1138.
- Rey, J. M., Morris-Yates, A. y Stanislaw, H. (1991). Measuring the accuracy of diagnostic test using receiver operating characteristics (ROC) analysis. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2, 39-50.
- Rhee, S. O., Waldman, I. D., Hay, D.A. y Levy, F. (1999). Sex differences in genetic and environmental influences on DSM-III-R attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 1, 24-41.
- Riccio, C. A., Hynd, G. W., Cohen, M. J., Hall, J. y Molt, L. (1994). Comorbidity of central auditory processing disorder and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 849-857.
- Richters, J. E., Arnold, E., Jensen, P., Abikoff, H., Conners, K., Greenhill, L., Hinshaw, S., Pelham, W. y Swanson, J. (NIMH) (1995). Collaborative multisite multimodal treatment study with ADHD, I. background and rationale. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 8, 987-1000.
- Riggs, P. D., Leon, S. L., Mikulich, S. K. y Pottle, L. C. (1998). An open trial of bupropion for ADHD in adolescents with substance use disorders and conduct disorders. *Journal of Abnormal Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 12, 1271-1278.
- Roberts, R. J. y Pennington, B. F. (1996). An integrative framework for examining prefrontal cognitive processes. *Developmental Neuropsychology*, 12, 105-126.
- Robin, A. L. y Vandermay, S. J. (1996). Validation of a measure for adolescent self-report of attention deficit disorder symptoms. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 17, 211-215.
- Rodriguez Lafora, G. (1917). *Los niños mentalmente anormales*. Madrid: de la lectura. (Citado por Benjumea y Mojarro, 1995).
- Rodriguez, J. (Dir). (1995). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla. Volumen I y II.
- Rohde, L. A., Biederman, J., Busnello, E. A., Zimmermann, H., Schmitz, M., Martins, S. y Tramontina, S. (1999). ADHD in a school sample of Brazilian adolescents, a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 716-722.
- Rohrbeck, C. A., Azar, S. T. y Wagner, P. E. (1991). Child self-control rating scale: validation of a child self-report measure. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 179-183.
- Romero, A., Perez, C. y Medina, A. (1988). Límites en la capacidad de procesamiento y déficit atencional en niños hiperactivos. *Infancia y aprendizaje*, 41, 117-130.
- Rosen, L. A., O'leary, S. G. y Conway, G. (1985). Case studies and clinical replication series, the withdrawal of stimulant medication for hyperactivity, overcoming detrimental attributions. *Behavior Therapy*, 16, 538-544.

- Rosenberg, D. R., Holttun, J. y Gershon, S. (1994). *Textbook of pharmacotherapy for children and adolescent psychiatric disorders*. Nueva York: Brunner-Mazel.
- Ross, D. M. y Ross, S. A. (1982). *Hyperactivity: current issues, research and theory*. Nueva York: Wiley.
- Ross, R. G., Hommer, D., Breiger, D., Varley, C. y Radant, A. (1994). Eye movement task related to frontal lobe functioning in children with attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 6, 869-874.
- Rosselló, J. (1998). *Psicología de la atención. Introducción al estudio del mecanismo atencional*. Madrid: Pirámide.
- Rosvold, H. E., Mirsky, A. F., Saranson, I., Bransome, E. D. y Beck, L. H. (1956). A continuous performance test of brain damage. *Journal of Consulting Psychology*, 20, 343-350.
- Routh, D. K. (1994). *Disruptive Behavior Disorder In Childhood*. Nueva York and London: Plenum.
- Rucklidge, J. J. y Kaplan, B. J. (2000). Attributions and perceptions of childhood in women with ADHD symptomatology. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 711-722.
- Rund, R. B., Zeiner, P., Sundet, K., Oie, M. y Bryhn, G. (1998). No vigilance deficit found in either. Young schizophrenic or ADHD subjects. *Scandinavian Journal of Psychology*, 39, 101-107.
- Rutter, M. (1989). Isle of witght revisited, twenty five years of child psychiatric epidemiology special article. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 5, 633-653.
- Sacks, W., Seeley, J. y Clarke, G. (1997). Does PTSD transcend cultural barriers? A study from the khmer adolescent refugee project. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1, 49-54.
- Safer, D. J. (2000). Stimulant treatment for children: a community perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 989-992.
- Safer, D. J., y Allen, R. P. (1978). *Niños hiperactivos: diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Santillana.
- Safran, J. S. y Safran, S. P. (1987). Teacher's judgements of problem behavior. *Exceptional Children*, 54, 240-244.
- Salkind, N. J. y Nelson, F. (1980). A note on the developmental nature of reflection-impulsivity. *Developmental Psychology*, 16, 237-238
- Samuel, V. J., Biederman, J., Faraone, S. V., George, P., Mick, E., Thornell, A., Curtis, S., Taylor, A. y Brome, D. (1998). Clinical characteristics of attention deficit hyperactivity disorder in African American children. *American Journal of Psychiatry*, 5, 155, 696-698.
- Samuel, V. J., George, P., Thornell, A., Curtis, S., Taylor, A., Brome, D., Mick, E., Faraone, S. V. y Biederman, J. (1999). A pilot controlled family study of DSM-III-R and DSM-IV ADHD in African American children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 34-39.
- Sandberg, S. (1996). *Hyperactivity disorders of childhood*. Cambridge: University of Cambridge.
- Sandberg, ST., Wieselberg, M. y Shaffer, D. (1980). Hyperkinetic and conduct problem children in a primary school population: some epidemiological considerations. *Journal of Child Psychology and*

- psychiatry*, 21, 293-311.
- Sante de Sanctis (1923). *Citado por Sandberg, 1996.*
- Satterfield, J. H., Schell, A. M. y Backs, R.W. (1987). Longitudinal study of AERPs in hyperactive and normal children: relationship to antisocial behavior. *Electroencefalitic Clinic Neurophysiology*, 67, 531-536.
- Scotti, J. R., Morris, T. L., Mcneil, C. B. y Hawkins, R. P. (1996). DSM-IV and disorders of childhood and adolescence, can structural criteria be functional? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 6, 1177-1191.
- Swaab-Barneveld, H., Sonnevile, L., Cohen-Kettenis, P., Gielen, A., Buitellar, J. y Van Engeland, H. (2000). Visual sustained attention in a child psychiatric population. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 651-659.
- Schachar, R. (1991). Childhood Hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 1, 155-191.
- Schachar, R., Logan, G., Waschmuth, R. y Chajczyk, D. (1988). Attaining and maintaining preparation: a comparison of attention in hyperactive, normal and disturbed control children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 361-370.
- Schachar, R., Tannock, R. y Logan, G. D. (1993). Inhibitory control, impulsiveness, and attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 13, 721-739.
- Schachar, R. y Tannock, R. (1995a). Test of four hypotheses for the comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 5, 639-648.
- Schachar, R., Tannock, R., Marriott, M. y Logan, G. (1995b). Deficient inhibitory control in attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 4, 411-437.
- Schachar, R., Tannock, R., Cunningham, C. y Corkum, P. (1997). Behavioral, situational, and temporal effects of treatment of ADHD with methylphenidate. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 6, 754-763.
- Schail, L., Schwab-Stone, M., Merikangas, K. R. Leckman, J. F., Zhang, H. y Kasl, S. (1999). Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school-age children. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 976-984.
- Schepis, M. M., Reid, D. H. y Behrman, M. M. (1996). Acquisition and functional use of voice output communication by persons with profound multiple disabilities. *Behavior Modification*, 20, 4, 451-468.
- Schmidt, K. L., Stark, K. D., Carlson, C. L. y 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, 4, 673-679.
- Schulz, K. P., Halperin, J. F. M., Nuevacorn, J. F., Sharma, V. y Gabriel, S. (1997). Plasma cortical and aggression in boys with ADHD. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 5, 605-609.
- Schwab-Stone, M., Fallon, T., Briggs, M. y Crowther, B. (1994). Reliability of diagnostic reporting for children aged 6-11 years, a test retest study of the diagnostic interview schedule for children revised. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1048-1054.

- Schweitzer, J. B. y Sulzer-Azaroff, S. (1995). Selfcontrol in boys with attention deficit hyperactivity disorder, effects of added stimulation and time. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 4, 671-686.
- Seguim, J. R., Boulerice, B., Harden, P. W., Tremblay, R. W. y Phil, R. O. (1999). Executive functions and physical aggression after controlling for attention deficit hyperactivity disorder, general memory. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 1197-1208.
- Seidel, W. T. y Joschko, M. (1991). Assessment of attention in children. *Clinical Neuropsychologist*, 5, 53-66.
- Seidman, L., Biederman, J., Faraone S., Weber, W. y Quелlette, C. (1997a). Toward defining a neuropsychology of attention deficit-hyperactivity disorder, performance of children and adolescents from a large clinically referred sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1, 150-160.
- Seidman, L., Biederman, J., Faraone, S., Weber, W., Menning, D. y Jones, J. (1997b). A pilot study of neuropsychological function in girls with ADHD. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 3, 366-373.
- Semrud-Clikeman, M., Filipek, P., Biederman, J., Steingard, R., Kennedy, D., Renshaw, P. y Bekken, K. (1994). Attention deficit hyperactivity disorder, magnetic resonance imaging morphometric analysis of the corpus callosum. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 6, 875-881.
- Semrud-Clikeman, M., Steingard, R., Filipek, P., Biederman, J., Bekken, K. y Renshaw, P. (2000). Using MRI to examine brain-behavior relationships in males with attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 477-484.
- Sergeant, J. A. (1995). Hyperkinetic disorder revisited (pp. 7-17). En J. A. Sergeant (Dir). *Eunthydis: European approaches to hyperkinetic disorder*. Amsterdam: Author.
- Sergeant, J. A. y Van der Meere, J. J. (1988). What happens when the hyperactive child commits an error? *Psychiatry Research*, 24, 157-164.
- Sergeant, J. y Van Der Meere, J. (1990). Convergence of approaches in localizing the hyperactivity deficit. En T. M. Ollendick y R. J. Prinz. *Advances in clinical child psychology*, 207- 246.
- Serrano, I. (1994). Tratamiento conductual de un niño hiperactivo (pp 349-373). En F. X. Méndez y A. D. Macià (Dir). *Modificación de conducta con niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Shafer, D. (1985). Neurological soft signs. *Archives General of Psychiatry*, 42, 342-351.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C., Dulcan, M. y Swab-Stone, M. (2000). NIMH diagnostic interview schedule for children version IV (NIMH DSM-IV), description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 28-38.
- Shaffer, D. (1994). Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *American Journal of Psychiatry*, 151, 5, 633-638.
- Shapiro, T. (1995). Developmental issues in psychotherapy research. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 31-44.
- Sharp, W., Walter, J. M., Marsh, W. L., Ritchie, G. F., Hamburger, S. D. y Castellanos, X. (1999). ADHD in girls, clinical comparability of a research sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 40-47.

- Shaw, G. A. y Giambra, L. (1993). Task unrelated thoughts of college students diagnoses as hyperactive in childhood. *Developmental Neuropsychology*, 9, 17-30.
- Shaywitz, B. y Shaywitz, S. (1991a). Comorbidity, a critical issue in attention deficit disorder. *Journal of Child Neurology*, 6, S13-S22.
- Shaywitz, S. E. y Shaywitz, B. A. (1991b). Introduction to the special series on attention deficit disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 2, 68-77.
- Shelton, T. L., Barkley, R. A., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., Jenkins, L. y Metevia, L. (1998). Pschiatric and psychological morbidity as a function of adaptive disability in preschool children with aggressive and hyperactive impulsive inattentive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 6, 475-494.
- Shelton, T. y Barkley, R. (1994). Critical issues in the assessment of attention deficit disorder in children. *Topic in Language Disorder*, 14, 4, 26-41.
- Sherman, D. K., MCGue, M. K. y Iacono, W. G. (1997a). Twin concordance for attention deficit hyperactivity disorder, a comparison of teachers' and mothers' reports. *American Journal Psychiatry*, 154, 532-535.
- Sherman, D., Iacono, W. y McGue, M. (1997b). Attention deficit hyperactivity disorder dimensions, a twin study of inattention and impulsivity hyperactivity. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 6, 745-753.
- Shure, M. B. (1981). Social competence as a problem-solving skill. En J. D. Wine y M. D. Smye (Eds). *Social competence*. Nueva York: Guildfrod Press.
- Silberg, J., Rutter, M., Meyer, J., Maes, H., Hewitt, J., Simonoff, E., Pickles, A., Loeber, R. y Eaves, L. (1996). Genetic and environmental influences on the covariation between hyperactivity and conduct disturbance in juvenile twins. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 803-816.
- Silberstein, R. B., Farrow, M., Levy, F., Pipingas, A., Hay, D. A. y Jarman, F. C. (1998). Functional brain electrical activity mapping in boys with attention deficit hyperactivy disorder. *Archives General of Psychiatry*, 55, 1105-1112.
- Silva, R. R., Munoz, D. M. y Alpert, M. (1996). Carbamazepine use in children and adolescents with features of attention deficit hyperactivity disorder, a meta analysis. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 352-358.
- Silverman, I. W. y Ragusa, D. M. (1992). A Short-term longitudinal study of the early development of self-regulation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 5, 415-435.
- Silverthorn, P., Frick, P. J., Kuper, K. y Ott, J. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder and sex, a test of two etiological models to explain the male predominance. *Journal for Clinical Child Psychology*, 5, 1, 52-59.
- Simoës, M. R. (1998). Avaliação psicológica e diagnóstico na perturbação da hiperactividade com défice da atenção (II), escalas de avaliação. *Psychologica. Revista da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra*, 83-109.
- Slomkowski, C., Klein, R. y Mannuzza, S. (1995). Is Self-esteem an important outcome in hyperactive children? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 3, 303-315.
- Slusarek, M., Velling, S., Bunk, D. y Eggers, C. (2001). Motivational effect on inhibitory control in children

- with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 355-363.
- Smith, B. H., Pelham, W. E., Gnagy, E. y Yudell, R. S. (1998). Equivalent effects of stimulant treatment for attention deficit hyperactivity disorder during childhood and adolescence. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 314-321.
- Smithee, J. A., Klorman, R., Brumaghim, J. T. y Borgstedt, A. D. (1998). Methylphenidate does not modify the impact of response frequency or stimulus sequence on performance and event-related potentials of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 4, 233-245.
- Solanto, M. V., Abikoff, H., Sonuga-Barke, E., Schachar, R., Logan, G. D., Wigal, T., Hechtman, L., Hinshaw, S. y Turkel, E. (2001). The ecological validity of delay aversion and response inhibition as measures of impulsivity in ADHD: a supplement to the NIMH multimodal treatment study of ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 215-228.
- Solís-Cámara, R. P. (1996). Random and cognitive responders on the Matching Familiar Figures Test: Alternatives for users. *Perceptual and Motor Skills*, 83, 543-562.
- Solís-Cámara, R. P. y Solís-Cámara, V. P. (1990). Consistencia del tiempo conceptual en sujetos rápidos (impulsivos) o lentos (reflexivos) entre los 10 y los 12 años de edad. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 3, 115-130.
- Sonneville, L. M. J., Njokiktjien, C. y Hilhorst, R. C. (1991). Methylphenidate induced changes in ADHD information processors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 285-295.
- Sonuga-Barke, E. J. S. (1996a). When "impulsiveness" is a delay aversion: a reply to Schweitzer and Sulzer-Azaroff. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 1023-1025.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Houlberg, K. y Hall, M. (1994a). When is "impulsiveness" not impulsive? The case of hyperactive children's cognitive style. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1247-1255.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Lamparelli, M., Stevenson, J., Thompson, M. y Henry, A. (1994b). Behaviour problems and pre-school intellectual attainment: the associations of hyperactivity and conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 949-960.

- Sonuga-Barke, E. J. S., Taylor, E. y Hepinstall, E. (1992). Hyperactivity and delay aversion: II. The effect of self versus externally imposed stimulus presentation periods on memory. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 387-398.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Willians, E., Hall, M. y Saxton, T. (1996b). Hyperactivity and delay aversion: III. The effect on cognitive style of imposing delay after errors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 189-194.
- Soprano, A. M. La evaluación neuropsicológica en el niño con ADHD (pp. 79-100). En E. Joselevich (Dir). *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad. ADHD en niños, adolescentes y adultos*. Buenos Aires: Paidós.
- Spencer, T. M. Biederman, J., Harding, M., O'donnell, D., Wilens, T., Faraone, S., Coffey, B., y Geller, D. (1998). Disentangling the overlap between Tourette's disorder and ADHD. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 39, 7, 1037-1044.
- Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Harding, M., O'donnell, D. y Griffing, S. (1996). Pharmacotherapy of attention deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 4, 409-432.
- Spivach G., y Shure, M.B. (1974). Social adjustment of young children. A cognitive approach to solving real-life problems. Washington, D.C: Jossey-Bass (Citado por Wicks-Nelson y Israel, 1998)
- Sprich, S., Biederman, J., Crawford, M. H., Mundy, E. y Faraone, S. V. (2000). Adoptive and Biological families of children and adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1432-1437.
- Stanford, L. D. y Hynd, G. W. (1994). Congruence of behavioral symptomatology in children with ADD/H, ADD/WO, And Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 27, 4, 243-253.
- Stein, M. A, Szumowski, E, Blondis, T. A. y Roizen, N. J. (1994). Adaptive skills dysfunction in ADD and ADHD children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36. 4. 663-670.
- Steingard, R., Biederman, J., Doyle, A. y Sprich-Buckminster, S. (1992). Psychiatric comorbidity in attention deficit disorder, impact on the interpretation of child behavior checklist results. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 449-454.
- Sternberg, R. J. (1991). Death, taxes, and bad intelligence test. *Intelligence*, 15, 257-269.
- Still, G. F. (1902). The coulstonian lecture on some abnormal physical conditions in children. *Lancet*, 1, 1008-1012. (Citado por Sandberg, 1996)

- Strandburg, R. J., Marsh, J. T., Brown, W. S., Asarnow, R. F., Higa, J., Harper, R. y Guthrie, D. (1996). Continuous processing related event related potentials in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 40, 964-980.
- Strauss, A. A., Kephart, N. C., Lehtinen, L. E. y Goldberg, S. (1955). *Psychopathology and Education of the Brain injured Child*. Nueva York: Grune and Stratton. (Citado por Sandberg, 1996).
- Streker, D. H. y Ebaugh, F. G. (1924). Neuropsychiatric sequelae of cerebral trauma in children. *Archives General of Psychiatry*, 12, 443-453. (Citado por Sandberg, 1996).
- Stropp, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 643-662.
- Sulzbacher, S. L. (1985). The learning disabled or imperactive child: diagnosis, and treatment. *Journal of the American Medical Associations*, 234, 939-941. (Citado por García y Polaino-Lorente, 1997).
- Sullivan, M. y O'leary, S. (1990). Maintenance following reward and cost token programs. *Behavior Therapy*, 21, 139-149.
- Swanson, J. M., Cantwell, D., Lerner, M, Mcburnett, K. y Hanna, G. (1991a). effects of stimulant medication on learning in children with ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 4, 219- 230.
- Swanson, J. M., Mcburnett, K., Christian, D. L. y Wigal, T. (1995). Stimulant medications and the treatment of children with ADHD. *Advances in Clinical Child Psychology*, 17, 265-322.
- Swanson, J. M., Posner, M. I., Potkin, S., Bonforte, S., Youpa, D., Fiore, C., Cantwell, D. y Crinella, F. (1991b). Activating tasks for the study of visuo-spatial attention in ADHD children: a cognitive anatomical approach. *Journal of Child Neurology*, 6, 119-127.
- Swanson, J. M., Wigal, S., Greenhill, L. L., Browne, R., Waslid, B., Lerner, M., Williams, L., Flynn, D., Agler, D., Crowley, K., Fineberg, E., Baren, M. y Cantwell, D. P. (1998). Analog classroom assessment of adderall in children with ADHD. *Journal of Abnormal Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 5, 519-526.
- Tannock, R., Ickowicz, A. y Schachar, R. (1995a). Differential effects of methylphenidate on working memory in adhd children with and without comorbid anxiety. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 7, 886-896.
- Tannock, R., Schachar, R. y Logan, G. (1995b). Methylphenidate and cognitive flexibility, dissociated dose effects in hyperactivity children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 235-266.

- Tannock, R. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder, advancing cognitive, neurobiological and genetic research. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 39, 1, 65-99.
- Taras, M. E., Matson, J. L. y Leary, C. (1988). Training social interpersonal skills in two autistic children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 19, 4, 275-280.
- Taylor, E., Evrir, B., Thorley, G., Schachar, R., Rutter, M. y Wieselberg, M. (1986). Conduct disorder and hyperactivity II: a cluster analytic approach to the identification of a behavioural syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 149, 768-777.
- Taylor, E., Schachar, R. y Thorley, G. (1987). Wich boys respond to stimulant medication? A controlled trial of methylphenidate in boys with disruptive behavior. *Psychological Medicine*, 5, 121-143.
- Taylor, E. A. (1991). *El niño hiperactivo*. Madrid: Martínez Rocal.
- Taylor, E. (1999). *El niño hiperactivo. Una guía esencial para los profesores para comprender y ayudar al niño hiperactivo*. Madrid: EDAF.
- Teeter, P. A. y Semrud-Clikeman, M. (1995). Integrating neurobiological, psychosocial, and behavioral paradigms, a transactional model for the study of ADHD. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 10, 433-461.
- Teichner, M. H., Ito, Y., Glod, C. A. y Barber, N. I. (1996). Objective measurement of hyperactivity and attentional problems in ADHD. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 334-342.
- Thiruchelvam, D., Charach, A., Schcar, R. J. (2002). Moderators and mediators of long term adherence to stimulant treatment in children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 922-928.
- Thurber, S. y Walker, E. (1983). Medication and hyperactivity, a meta analysis. *The Journal of General Psychology*, 108, 79-86.
- Tompson, L., Riggs, P., Mikulich, S. y Crowley, T. (1997). Contribution of ADHD symptoms to substance problems and delinquency in conduct-disordered adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 3, 325-347.
- Tomporowski, P. D., Tinsley, V. y Hager, L. D. (1994). Visuospatial attentional shifts and choice responses of adults and ADHD and non-ADHD children. *Perceptual and Motor Skills*, 79, 1479-1490.
- Tonucci, F. (1997). Qui té ganes, encara, de perdre el temps amb els infants? Apunts per una pedagogia de la lentitud. *Temps d'Educació*, 17, 249-257.
- Toro, J., Castro, J., García, M. y Lázaro, L. (1998). *Psicofarmacología clínica de la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Masson.
- Tredgold, A. F. (1914). *Mental Deficiency (Amentia)*. Nueva York: Bood. (Citado por Taylor, 1986).
- Tripp, G., Luk, S., Schaughency, E. A. y Singh, R. (1999). DSMI-IV and ICD-10, a comparison of the correlates of ADHD and hyperkinetic disorder. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 156-164.
- Trites, R. L., Blouin, A. G. y Laprade, K. (1982). Factor analysis of the Conners Teacher Rating Scale based

- on a large normative sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 615-623.
- Trommer, B., Hoepfner, J. B. y Zecker, S. (1991). The Go- No Go test in attention deficit disorder is sensitive to methylphenidate. *Journal of Child Neurology*, 6, S 128-131.
- Tryon, W. y Pinto, L. (1994). Comparing activity measurements and ratings. *Behavior Modification*, 18, 3, 251-261.
- Tudela (1992). Atención (pp. 119-162). En J. Mayor. y J. L. Pinillos (Dir). *Tratado de psicología General, Atención y Percepción*. Madrid: Alhambra.
- Urbain, E. S. y Kendall, P. C. (1980). Review of social cognitive problem solving interventions with children. *Psychological Bulletin*, 88, 109-143.
- Urman, R., Ickowicz, A., Fulford, P. y Tannock, R. (1995). An exaggerated cardiovascular response to methylphenidate in ADHD children with anxiety. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 5, 29-37.
- Van der Meere, J. J. (1996). The role of attention (pp. 109-146). En S. T. Sandberg (Dir). *Monographs in child and adolescent psychiatry*. Cambridge: University Press.
- Van der Meere, J. J. y Sergeant, J. (1988a). Controlled processing and vigilance in hyperactivity: time will tell. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 641-655.
- Van der Meere, J. J. y Sergeant, J. (1988b). Acquisition of attentional skills in pervasively hyperactive children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 301-310.
- Van der Meere, J. J., Stemerink, N. y Gunning, B. (1995). Effects of presentation rate of stimuli on response inhibition in ADHD children with and without tics. *Perceptual and Motor Skills*, 81, 259-262.
- Van der Meere, J., Gunning, W. B., y Stemerink, N. (1996). Changing a response set in normal development and in ADHD children with and without tics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 6, 767-786.

- Van der Meere, J., Wekking, E. y Sergeant, J. (1991). Sustained attention and pervasive hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 275-284.
- Varley, C. y McClellan, J. (1997). Case study, two additional sudden deaths with tricyclic antidepressants. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 3, 390-394.
- Vega, J. L. (1988). *Desarrollo de la atención y trastorno por déficit de atención. Una aproximación experimental*. Salamanca: Calatrava.
- Velting, O. y Whitehurst, G. J. (1997). Inattention-hyperactivity and reading achievement in children from low-income families, a longitudinal model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 4, 321-331.
- Vila, J. (1997). Los efectos de la terapia de conducta. *Revista de psicología genera. y aplicada*, 50, 4, 503-511.
- Vitiello, B. (2000). Stimulant Treatment for Children: a community perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 992-994.
- Vitiello, B., Severe, J. B., Greenhill, L. L., Arnold, L. E., Abikoff, H. B., Bukstein, O. G., Elliott, G. R., Hechtman, L., Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., March, J. S., Newcorn, J. H., Swanson, J. M y Cantwell. (2001). Methylphenidate Dosage for Children with ADHD over time under controlled conditions: Lessons from the MTA. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 188-203.
- Voeller, K. S. (1991). Clinical management of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Neurology*, 6, S51-S65.
- Volkman, F. R. y Schwab-Stone, M. (1996). Annotation, childhood disorders in DSM-IV. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 779-784.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological process*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Waldrop, R. (1994). Selection of patients for management of attention deficit hyperactivity disorder in a private practice setting. *Clinical Pediatrics*, 83-87.
- Walker, C. J. y Clement, P. W. (1992). Treating inattentive, impulsive, hyperactive children with self modeling and stress inoculation training. *Child and Family Behavior Therapy*, 14, 2, 75-85.
- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K. y Jacobson, N. S. (1993). Methodological developments, testing the integrity of a psychotherapy protocol, assessment of adherence ad competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 620-630.

- Wallace, J. F., Bachorowski, J. y Nuevaman, J. P. (1991). Failures of response modulation: impulsive behavior in anxious and impulsive individuals. *Journal of Research in Personality*, 25, 23-44.
- Ward, M. F., Wender, P. H. y Reimberr, F. W. (1993). The wender UTAH rating scale, an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 6, 885-890.
- Waschbusch, D. A., Kipp, H. L. y Pelham W. (1998). Generalization of behavioral and psychostimulant treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), discussion and examples. *Behavior Research and Therapy*, 36, 675-694.
- Webster, C. y Braswell, L. (1991). Curriculum bias and reading achievement test performance. *Psychology in the Schools*, 28, 193- 198.
- Webster-Stratton, C. (1984). Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 4, 666-678.
- Weiler, M. D., Bellinger, D., Marmor, J., Rancier, S. y Waber, D. (1999). Mother and teacher report of ADHD symptoms, DSM-IV questionnaire data. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1139-1147.
- Weiss, G. y Hechtman, L. T. (1986). *Hyperactive Children Grown Up*. Nueva York: Guilford Press.
- Weiss, G., Hechtman, L. y Milroy, T. (1985). Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15 year follow-up of 63 hyperactive children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 826-828.
- Weisz, J. R. y Weiss, B. (1987). Cognitive mediators of the outcome of psychotherapy with children. En T. M. Ollendick y R. J. Prinz. *Advances In Clinical Child Psychology*, 2, 27-51.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Donenberg, G. R. y Han, S. S. (1995a). Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 5, 688-701.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han S. S., Granger, D. A. y Morton, T. (1995b). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited, a meta analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117, 3, 450-468.
- Welner Z., Reich, W., Herjanic, B., Jung, K. G. y Amado, H. (1987). Reliability, validity and parent-child agreement studies of the diagnostic interview for children and adolescent (DICA). *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 649-653.
- Werry, J. S. (1968). Studie on the hyperactive child, IV. An empirical analysis of the minimal brain dysfunction syndrome. *Archives of General psychiatry*, 19, 9-16. (Citado por García- Polaino-Lorente, 1997).
- Werry, J. S., Elking, G. S. y Reeves, J. C. (1987). Attention deficit, conduct, oppositional and anxiety disorders in children: III, Laboratory differences. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 409-428.
- Westby, C. y Cutler, S. (1994). Language and ADHD, understanding the bases and treatment of self-regulatory deficits. *Topins in Language Disorder*, 14, 4, 58-76.
- Weyandt, L. L. y Willis, W. G. (1994). Executive functions in school-aged children: Potential efficacy of

- tasks in discriminating clinical groups. *Developmental Neuropsychology*, 19, 27-38.
- Whalen, C. K. (1986). Hiperactividad, problemas de aprendizaje y trastornos por déficit de atención (pp 213-279). En T. Ollendich y M. Hersen, (Eds). *Psicopatología Infantil*. Barcelona: Martínez Roca.
- Whalen, C. K. y Henker, B. (1991a). Social impact of stimulant treatment for hyperactive children. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 4, 231-241.
- Whalen, C. K. y Henker, B. (1991b). Therapies for hyperactive children, comparisons, combinations and compromises. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 1, 126-137.
- Whalen, C. K., Henker, B. y Hinshaw, S. P. (1985). Cognitive behavioral therapies for hyperactive children, premises, problems, and prospects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 391-410.
- White, D. M. y Sprague, R. L. (1992). The "Attention Deficit" in children with attention deficit hyperactivity disorder (pp.1-34). En B. Lahey y A. E. Kazdin. *Advances In Clinical Child Psychology*. Nueva York: Plenum Press.
- White, J. L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Bartusch, D. J., Needles, D. J. y Stouthamer-Loeber, M. (1994). Measuring impulsivity and examining its relationship to delinquency. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 192-205.
- Wicks-Nelson, R. y Israel, A. C. (1998). *Psicopatología del niño y del adolescente*. London: Prentice Hall.
- Wiers, R. W., Gunning, W. B. y Sergeant, J. A. (1998). Is a mild deficit in executive functions in boys related to childhood ADHD or to parental multigenerational alcoholism? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 6, 415-430.
- Wilens, T., Biederman, J. y Spencer, T. (1997). Case study, adverse effects of smoking marijuana while receiving tricyclic antidepressants. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1, 45-48.
- Wilkinson, P. C., Kircher, J. C., Mchahon, W. y Sloane, H. N. (1995). Effects of methylphenidate on reward strength in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 897-901.
- Wiltz, N. A. y Gordon, S. B. (1974). Parental modification of a child's behavior in an experimental residence. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 5, 107-109.
- Williams, W. M. y Sternberg, R. J. (1993). Seven lessons for helping children make the most of their abilities. *Educational Psychology*, 13, 317-331.
- Wolraich, M. L., Hannah, J. N., Baumgaertel, A. y Feurer, I. D. (1998). Examination of DSM-IV criteria for attention deficit hyperactivity disorder in a county wide sample. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 19, 2, 162-168.
- Wolraich, M., Hannah, J., Pinnock, T., Baumgaertel, A. y Brown, J. (1996). comparison of diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder in a country-wide sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 3, 319-324.
- Woltersdorf, M. A. (1992). Videotape self modeling in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Family Behavior Therapy*, 14, 2, 53-73.
- Wood, F. y Felton, R. (1994). Separate linguistic and attentional factors in the development of reading. *Topins*

*in Language Disorder*, 14, 4, 42-57.

Woods, S. K. y Ploof, W.H. (1997). *Understanding ADHD. Attention Deficit Hyperactivity Disorder and the feeling brain*. London: Sage.

Woodward, L., Fergusson, D. y Horwood, L. J. (2000). Driving outcomes of young people with attentional difficulties in adolescent. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 627-634.

Woodward, L., Taylor, W. y Dowdney, L. (1998). The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 39, 2, 161-169.

Wozniak, J., Grawford, M. H., Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Taylor, A. y Blier, H. K. (1999). Antecedents and complications of trauma in boys with ADHD, findings from a longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 48-55.

Wrobel, N. H. y Lachar, D. (1998). Validity of self- and parent-report scales in screening students for behavioral and emotional problems in elementary school. *Psychology in the School*, 35, 17-27.

Wunderlich, R. C. (1973). Treatment of the hyperactive child. *Academy Therapy*, 8, 373-390, (citado por Orjales, 1992).

- Yamagichi, K. (1994). Consistencies and biases in risk perception, II. Individual subjects' performance. *Perceptual and Motor Skills*, 79, 659-663.
- Yap, J. N. y Peters, R. D. (1985). An evaluation of two hypotheses concerning the dynamics of cognitive impulsivity: anxiety over errors or anxiety over competence? *Developmental Psychology*, 21, 1055-1064.
- Zahn, T. P., Jacobsen, L. K., Gordon, C. T., Mckenna, K., Frazier, J. A. y Rapoport, J. L. (1998). Attention deficits in childhood onset schizophrenia, reaction time studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 1, 97-108.
- Zametkin, A. J., Liebenauer, L. L., Fitzgerald, G. A., King, A. C., Minkunas, D. V., Herscovitch, P., Yamada, E. M. y Cohen, R. M. (1993). Brain metabolism in teenagers with attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 50, 333-340.
- Zaparniuk, J. y Taylor, S. (1997). Impulsivity in children and adolescents (pp. 159-179). En C. D. Webster y M. A. Jackson (Dir). *Impulsivity. Theory, assessment, and treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Zarin, D. A., Suarez, A. P., Pincus, H. A., Kupersanin, E. y Zito, J. M. (1998). Clinical and treatment characteristics of children with attention deficit/hyperactivity disorder in psychiatric practice. *Journal of Abnormal Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 12, 1262-1270.
- Zentall, S. S. (1975). Optical stimulation as theoretical basis of hyperactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 14 (Citado por Orjales, 1992).
- Zentall, S. S. y Meyer, M. J. (1987). Self-regulation of stimulation for ADDH children during reading and vigilance task performance. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 519-536.
- Zentall, S. S., Hall, A. M. y Lee, D. L. (1998). Attentional focus of students with hyperactivity during a word-search task. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 5, 335-343.
- Zentall, S. S., Smith, Y. N., Lee, Y. B. y Wiezcorek, C. (1994). Mathematical outcomes of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 27, 8, 510-519.

# ÍNDICES

**INDICE DE TABLAS**

	<b>PAG</b>	
Tabla 1	Tabla-resumen de los primeros estudios en la descripción del TDAH	13
Tabla 2	Características del síndrome de lesión cerebral y el de disfunción cerebral mínima	16
Tabla 3	Evolución de la denominación del trastorno a partir de la década de los 70	19
Tabla 4	Síntomas del DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV y del DSM-IV-TR para la desatención	37
Tabla 5	Síntomas del DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV y del DSM-IV-TR para la hiperactividad	40
Tabla 6	Síntomas del DSM-III- DSM-III-R, DSM-IV y del DSM-IV-TR para la impulsividad	44
Tabla 7	Problemas cognitivos que pueden encontrarse en los niños con trastornos de la lectura y con trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	54
Tabla 8	Resumen de las investigaciones de familias en el estudio del TDAH	61
Tabla 9	Resumen de las investigaciones de neuroanatomía en el estudio del TDAH	69
Tabla 10	Entrevista clínica para niños y adolescentes con TDAH (Clinical Interview form for Child and Adolescent ADHD Patients; Barkley, 1987)	76
Tabla 11	Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes (Para padres de niños de 6-17 años). Diagnostic Interview for Children and Adolescents DICA-P; Reich, Shayka y Taiblenon, 1988)	77

	<b>PAG</b>
Tabla 12 Agrupaciones sindrómicas del Child Behavior Checklist/4-18 (CBCL) y Teacher's Report Form/5-12 (TRF) para ambos sexos y diferentes grupos de edad	83
Tabla 13 Factores del Conner's Parent Rating Scale-48 (CPRS-R) y el Teacher's Rating Scale-28 (CTRS-R) para ambos sexos y diferentes grupos de edad (entre 3 y 7 años)	85
Tabla 14 Escala de Problemas de Conducta (EPC)	88
Tabla 15 Índices del Continuous Performance Test (CPT) según Conners (1995)	92
Tabla 16 Inicio de la acción del grupo de los psicoestimulantes	97
Tabla 17 Efectos a corto plazo de la medicación psicoestimulantes	98
Tabla 18 Resumen de algunos estudios acerca del efectos del metilfenidato sobre la cognición en niños con TDAH	100
Tabla 19 Efectos a largo plazo de la medicación psicoestimulantes	103
Tabla 20 Resumen de algunos estudios sobre los efectos secundarios del uso de psicoestimulantes en el tratamiento de niños con TDAH	106
Tabla 21 Resumen de los resultados de algunos estudios de intervenciones conductuales en el tratamiento de niños con TDAH	113
Tabla 22 Inicio de la intervención cognitiva en el tratamiento de los problemas infantiles los podemos encontrar en Bandura, Meichenbaum y Spivack	115
Tabla 23 El entrenamiento en autoinstrucciones consta de cinco fases	118

	<b>PAG</b>	
Tabla 24	Resumen de los resultados de algunos estudios sobre intervención cognitiva en el tratamiento de niños con TDAH	119
Tabla 25	Resumen de los resultados de algunos estudios de intervenciones cognitivo-conductuales en el tratamiento de niños con TDAH	123
Tabla 26	Resumen de los resultados de algunos estudios de los programas integrados en el tratamiento de niños con TDAH	127
Tabla 27	Los niños evaluados y los niños que finalmente fueron seleccionados en los distintos centros para llevar a cabo el estudio	136
Tabla 28	Niños excluidos de la muestra	137
Tabla 29	Distribución de la muestra de niños seleccionados en función del género y el curso escolar	137
Tabla 30	Agrupaciones de la Bateria de Evaluación de Kaufman para niños (K-ABC, Kaufman y Kaufman, 1983) en las diferentes escalas	146
Tabla 31	Pruebas utilizadas durante las distintas fases de esta investigación	151
Tabla 32	Contenido y secuencia del entrenamiento en solución de problemas	161
Tabla 33	Procedimiento de autoevaluación utilizado en este programa, basado en las propuestas de Kendall y Braswell (1985) y Braswell y Bloomquist (1991)	167
Tabla 34	Contenidos, objetivos y desarrollo de las sesiones en la aplicación del programa cognitivo-conductual para niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	180

	<b>PAG</b>	
Tabla 35	Edad del padre y la madre en el momento de la evaluación	195
Tabla 36	Profesión del padre y la madre	196
Tabla 37	Horas de trabajo de ambos padres	196
Tabla 38	Edad de la madre (cuando tuvo al niño)	197
Tabla 39	Número de hermanos y lugar que ocupa	198
Tabla 40	Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones T de las subescalas del CBCL en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento	206
Tabla 41	Comparaciones entre el pretratamiento, el postratamiento y el seguimiento. Inventario de Conductas Infantiles de Achenbach, versión padres (CBCL)	207
Tabla 42	Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones T de las subescalas del TRF en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento	210
Tabla 43	Comparaciones entre el pretratamiento, el postratamiento y el seguimiento. Inventario de Conductas Infantiles de Achenbach, versión profesores (TRF)	211
Tabla 44	Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones T de las subescalas del Conners CPRS-R (padres) en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento	214
Tabla 45	Comparaciones entre el pretratamiento, el postratamiento y el seguimiento. Información de padres en el cuestionario de Conners (CPRS-R)	215

	<b>PAG</b>
Tabla 46 Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones T de las subescalas del Conners CTRS-R (profesores) en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento	216
Tabla 47 Comparaciones entre el pretratamiento, el postratamiento y el seguimiento. Información de profesores en el cuestionario de Conners (CTRS-R)	216
Tabla 48 Número de síntomas de desatención, hiperactividad y total de síntomas del listado de síntomas del TDAH (DSM-IV) en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento	220
Tabla 49 Comparaciones entre el pretratamiento, el postratamiento y el seguimiento. Información de padres y profesores del listado de síntomas del TDAH (DSM-IV)	221
Tabla 50 Medias y desviaciones típicas de puntuación en centiles de las subescalas del EPC (Escala de Problemas de Conducta) contestada por padres en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento	224
Tabla 51 Comparaciones entre el pretratamiento, el postratamiento y el seguimiento. Información de padres en la Escala de Problemas de Conducta (EPC)	225
Tabla 52 Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones directas de la escala de autocontrol de Kendall y Wilcox (SCRS) contestada por padres en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento	227
Tabla 53 Comparaciones entre el pretratamiento, el postratamiento y el seguimiento. Escala de autocontrol de Kendall y Wilcox (SCRS)	227
Tabla 54 Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en centiles obtenidos en el <i>Continuous Performance Test (CPT)</i> , en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento	229

	<b>PAG</b>
Tabla 55 Comparaciones de las puntuaciones en centiles entre el pretratamiento, el postratamiento y el seguimiento. Continuous Performance Test (CPT)	230
Tabla 56 Medias y desviaciones típicas de la aplicación del <i>Matching Familiar Figures Test</i> (MFFT-20), en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento	232
Tabla 57 Comparaciones entre el pretratamiento, el postratamiento y el seguimiento. Matching Familiar Figures Test (MFFT-20)	232

## INDICE DE GRÁFICOS

	<b>PAG</b>	
Gráfico 1	Inventario de Problemas infantiles de Achenbach –versión para padres, CBLC-	209
Gráfico 2	Inventario de problemas infantiles de Achenbach – versión para profesores, TRF-	213
Gráfico 3	Puntuación T media en las subescalas de oposicionismo, desatención, hiperactividad y en el índice general de TDAH, en la escala de CPRS-R (padres).	218
Gráfico 4	Puntuación t media en las subescalas de oposicionismo, desatención, hiperactividad y en el índice general de TDAH en la CTRS-R (profesores).	219
Gráfico 5	Promedio de síntomas de TDAH, extraída del DSM-IV (versión padres)	222
Gráfico 6	Promedio de síntomas de TDAH, extraída del DSM-IV (versión profesores)	223
Gráfico 7	Puntuaciones medias en centiles de las subescalas del cuestionario (EPC)	226
Gráfico 8	Puntuaciones de la escala de autocontrol de Kendall y Wilcox (1979) en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento	228
Gráfico 9	Puntuaciones del test Continuous Performance Test (CPT) en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento	231
Gráfico 10	Latencia de respuesta en el Matching Familiar Figures Test (MFFT-20) en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento	233
Gráfico 11	Número de errores en el Matching Familiar Figures Test (MFFT-20) en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento	234

## INDICE DE CUADROS

	<b>PAG</b>	
Cuadro 1	Relación entre TDAH y diversas variables (Fergusson y Horwood, 1993)	51
Cuadro 2	Ejemplo de aplicación del procedimiento autoinstrucciones aplicado en este programa (basado en Meichembaum y Goodman (1971)	155
Cuadro 3	Ejemplo sobre verbalizaciones utilizadas en la identificación del problema (basado en Bornás y Servera, 1996)	156
Cuadro 4	Ejemplo sobre verbalizaciones utilizadas en la producción de alternativas (basado en Bornás y Servera, 1996)	157
Cuadro 5	Ejemplo sobre verbalizaciones utilizadas en la previsión de alternativas (basado en Bornás y Servera, 1996)	157
Cuadro 6	Ejemplo sobre verbalizaciones utilizadas en la selección de la mejor alterantiva (basado en Bornás y Servera, 1996)	158
Cuadro 7	Ejemplo sobre verbalizaciones utilizadas en la selección de la mejor alternativa (basado en Bornás y Servera, 1996)	158
Cuadro 8	Ejemplo de ejercicios	162
Cuadro 9	Ejemplo de ejercicios	163
Cuadro 10	Ejemplo de ejercicios	164
Cuadro 11	El modelado	165
Cuadro 12	Ejemplo de una ilustración de niños dando consejos	166

	<b>PAG</b>
Cuadro 13 Autoevaluación utilizada en este programa de tratamiento	168
Cuadro 14 Ejemplo sobre demora forzada basado en autores como Kagan (1966) y Gargallo (1993)	169
Cuadro 15 Punto positivo (verde) y punto negativo (rojo)	173
Cuadro 16 Recuento de puntos	177

## **INDICE DE FIGURAS**

	<b>PAG</b>
Figura 1 Modelo de los cinco niveles de conexión anatómica implicados en el TDAH propuesto por Swanson et al. 1998	67
Figura 2 Mascota del programa	164

# ANEXO I – Convenio –

## CONVENI DE PRÀCTIQUES DE DOCTORAT EN EMPRESES I INSTITUCIONS

### PARTS

D'una part, la degana de la Facultat de Psicologia de la Universitat de Barcelona, Sra. **Maria del Carmen Giménez Segura**, amb delegació del rector d'aquesta Universitat, amb NIF Q-0818001-J, ubicada al carrer Passeig de la Vall d'Hebron, núm. 171, de Barcelona, codi postal 08035 i amb el telèfon 93 4021072.

I de l'altra, el Sr. **Josep Anton Fondevila i Nadal**, amb DNI 46.100.989, com a representant legal del Departament de Benestar Social de Barcelona, ubicat al carrer Pl. Pau de Vila, núm. 1, de Barcelona, codi postal 08003 amb el telèfon 93 483 10 00.

Ambdues parts subscriuim aquest conveni de pràctiques regulat pel RD 778/1998.

### ANTECEDENTS

1. En virtut de l'article 29.1 de la Llei orgànica 11/1983; de reforma universitària, les universitats gaudeixen d'autonomia en la determinació dels plans d'estudis i, en concret, per a la determinació de les pràctiques curriculars que l'alumnat hagi de realitzar. El Reial decret 1497/1981, de 19 de juny, sobre programes de cooperació educativa, autoritza les universitats a formalitzar convenis amb empreses per concertar la participació d'aquestes en la preparació pràctica que la formació de l'alumnat requereixi. El Reial Decret 778/1998, de 30 d'abril, pel qual es regula el tercer cicle dels estudis universitaris, estableix al seu article 2.3 que es podran realitzar cursos, seminaris o treballs de recerca tutelats, sempre sota la responsabilitat acadèmica del departament corresponent, a *Instituts universitaris, a altres universitats, al C.S.I.C., a organismes públics o privats de recerca o a altres entitats de naturalesa anàloga nacionals o estrangeres, activitats per a les quals caldrà establir els oportuns convenis.*

2. La Normativa reguladora de les pràctiques en empreses i institucions aprovada per la Junta de Govern el 9 de maig de 1995 i modificada per la Junta de Govern el 22 de juny de 1998, sobre convenis, fixa uns criteris que, en allò que s'escaigui, seran d'aplicació en aquest programa.

3. L'esmentada empresa o institució es fa ressò de la necessitat que els estudiants facin una part de la seva formació al món laboral, professional o de la recerca.

4. De la conjunció de les circumstàncies exposades més amunt, considerem d'interès la col·laboració mútua i establím els següents PACTES:

1. La col·laboració s'ha de concretar en un programa de pràctiques que serà establert conjuntament pel Coordinador o Coordinadors del programa de doctorat i per l'empresa o la institució. Les activitats que ha de realitzar per l'estudiant consisteixen en recerca.

2. El nombre total d'hores de dedicació de cada estudiant a l'empresa o la institució és d'un total de 270 hores, per dur a terme en el període de gener de 1999 a gener de 2000.

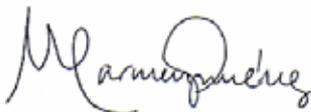
3. El Coordinador o Coordinadors del programa han de nomenar un professor responsable de les pràctiques, i la Sra. **Enriqueta Lloret Cubells**, serà la tutora que supervisarà el treball de l'alumne en la institució "*Centre d'Atenció a Disminuïts*", ubicada al carrer Avinguda d'Andorra, núm. 9 baixos, de Tarragona, codi postal 43002, on es realitzarà la recerca.

4. La valoració i la qualificació acadèmica és de competència exclusiva de la Universitat.
5. Les dades de la recerca formaran part de la tesis doctoral de la doctorant i podran ser utilitzades en publicacions científiques. En cap cas podrà fer-se ús professional d'aquestes dades. Es garanteix l'anonimat dels subjectes que participen en la investigació.
6. L'empresa o institució pot sol·licitar un informe dels subjectes que participen en la recerca així com una còpia dels resultats de la investigació.
7. En totes les publicacions derivades d'aquesta recerca es citarà la col·laboració de l'esmentada empresa o institució.
8. La realització de les pràctiques no genera més compromisos que els acordats en aquest conveni, i en cap cas produeix obligacions pròpies d'un contracte laboral.
9. Qualsevol eventualitat d'accident ha de tractar-se sota el règim d'assegurança escolar. L'alumnat major de 28 anys ha d'haver subscrit l'assegurança escolar voluntària en matricular-se o, si és el cas, s'ha de comprometre a fer-ho en el moment de formalitzar la matrícula. No es pot aplicar el règim d'assegurances de les lleis laborals, ja que no hi ha cap contracte laboral.
10. L'alumnat ha de complir l'horari fixat i respectar les normes internes de l'empresa o la institució que l'acull.
11. Aquest conveni tindrà efectes des de la data del seu atorgament i serà vigent per 2 anys des de la seva signatura, prorrogable anualment si no s'expressa la voluntat en contra per cap de les dues parts. Qualsevol de les parts podrà denunciar el conveni comunicant-ho per escrit a l'altra part, amb una antelació mínima de 3 mesos. En tot cas, s'hauran de realitzar totes les pràctiques previstes en el moment de la denúncia o modificació d'aquest Conveni.

En prova de conformitat, les parts interessades signem aquest conveni, en el lloc i en la data esmentats més avall.

Barcelona, divuit de desembre de 1998

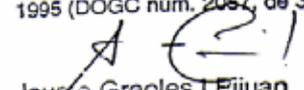
La Universitat  
La degana



Sra. María del Carmen  
Giménez Segura

Departament de Benestar Social  
Generalitat de Catalunya

El Secretari General  
P.D. Resolució de 10 de maig de  
1995 (DOGC núm. 2057, de 31.5.1995)



Josep Greoles i Pijuan  
Subdirector General  
de Coordinació Administrativa

Sr. Josep Anton  
Fondevila i Nada

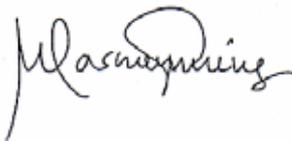
**MODEL QUE HA DE SIGNAR L'ALUMNA**  
**Ensenyaments de doctorat**

L'estudiant **Caterina Calderón Garrido**, amb DNI 52.408.947, amb domicili al carrer General Moragues, núm. 54-56, de Badalona, codi postal 08917 i amb el telèfon núm. 93. 397.72.92, matriculada al programa de doctorat *Avaluació Psicològica de Persones i valoració d'intervencions*, organitzat pel Departament *Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics* sol·licita fer les pràctiques a la institució *Centre d'Atenció a Disminuïts* en els termes fixats en el conveni signat per la degana de la Facultat de Psicologia de la Universitat de Barcelona i el Departament de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya. Declara conèixer el conveni a tots els efectes i, especialment, pel que fa al seu compromís ineludible de subscriure l'assegurança escolar o voluntària en el moment de formalitzar la matrícula, si en el moment de signar encara no ha estat formalitzada.

La degana de la  
Universitat de Barcelona.

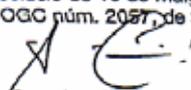
Departament de Benestar Social  
Generalitat de Catalunya

L'estudiant



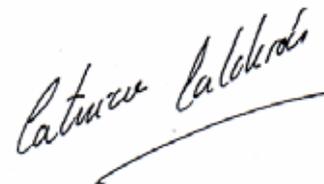
Sra. Maria del Carmen  
Giménez Segura

El Secretari General  
P.D. Resolució de 10 de maig de  
1995 (DOGC núm. 2057, de 31.5.1995)



Jaume Greoles i Pijuan  
Secretari General  
de Coordinació Administrativa

Sr. Josep Anton  
Fondevila i Nadal



Sra. Caterina Calderón  
Garrido

# ANEXO II – Pruebas –

### CHILD BEHAVIOR CHECKLIST/4-18

Nombre del chico/a/Nom del noi/a:	Sexo/Sexe: <input type="checkbox"/> Varón/Home <input type="checkbox"/> Mujer/Dona	Edad/Edat:
Fecha de hoy/Data d'avui: día/dia ____ mes/mes ____ año/any ____	Fecha de nacimiento del chico/a /Data de naixement del noi/a: día/dia ____ mes/mes ____ año/any ____	
Curso actual/Curs actual: _____	Por favor rellene este cuestionario reflejando <b>su</b> punto de vista sobre la conducta del chico/a aunque otras personas puedan no estar de acuerdo. Puede escribir cualquier comentario adicional al lado de cada ítem o en los espacios proporcionados.	
No va al colegio/No va a l'escola: <input type="checkbox"/>	<i>Si us plau empleneu aquest qüestionari reflectint el vostre punt de vista sobre la conducta del noi/a encara que altres persones puguin no estar-hi d'acord. Podeu escriure qualsevol comentari addicional al costat de cada ítem o als espais proporcionats.</i>	

Trabajo habitual de los padres, aunque no trabajen actualmente.(Por favor sea específico -por ejemplo, mecánico de coches, maestro de primaria, vendedor de zapatos...)

*Treball habitual del pares, encara que no treballin actualment. (Si us plau sigueu específic -per exemple, mecànic de cotxes, mestre de primària, venedor de sabates...)*

Trabajo del padre/Treball del pare: \_\_\_\_\_

Trabajo de la madre/Treball de la mare: \_\_\_\_\_

Este cuestionario ha sido rellenado por/Aquest qüestionari ha estat emplenat per:

Madre/Mare (nombre/nom): \_\_\_\_\_

Padre/Pare (nombre/nom): \_\_\_\_\_

Otros/Altres (nombre/nom): \_\_\_\_\_

(y tipo de relación/i tipus de relació) \_\_\_\_\_

<p>I. Por favor enumere los deportes en los que más le gusta participar al chico/a. Ej: nadar, patinar, pescar, ir en bicicleta. <i>Si us plau enumereu els esports en els quals més li agrada participar al noi/a. Ex.: nedar, patinar, pescar, anar en bicicleta.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno/Cap</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p>	<p>Comparado con otros chicos/as de su edad, cuánto tiempo, aproximadamente, dedica a cada uno? <i>Comparat amb altres nois/es de la seva edat, quant de temps, aproximadament, hi dedica?</i></p> <table border="0"> <tr> <td>no sabe</td> <td>menos que</td> <td>promedio</td> <td>más que</td> </tr> <tr> <td>/no ho</td> <td>/menys que</td> <td>/mitjana</td> <td>/més que</td> </tr> <tr> <td>sap</td> <td>mitjana</td> <td></td> <td>mitjana</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	no sabe	menos que	promedio	más que	/no ho	/menys que	/mitjana	/més que	sap	mitjana		mitjana	<p>Comparado con otros chicos/as de su edad, cuál es su nivel? <i>Comparat amb altres nois/es de la seva edat, quin és el seu nivell?</i></p> <table border="0"> <tr> <td>no sabe</td> <td>por debajo</td> <td>promedio</td> <td>por encima</td> </tr> <tr> <td>/no ho</td> <td>/per sota</td> <td>/mitjana</td> <td>/per sobre</td> </tr> <tr> <td>sap</td> <td>mitjana</td> <td></td> <td>mitjana</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	no sabe	por debajo	promedio	por encima	/no ho	/per sota	/mitjana	/per sobre	sap	mitjana		mitjana
no sabe	menos que	promedio	más que																							
/no ho	/menys que	/mitjana	/més que																							
sap	mitjana		mitjana																							
no sabe	por debajo	promedio	por encima																							
/no ho	/per sota	/mitjana	/per sobre																							
sap	mitjana		mitjana																							
<p>II. Por favor enumere las actividades, aficiones o juegos preferidos del chico/a, que no sean deportes. Ej: sellos, muñecas, libros, piano, coches, cantar (<b>no</b> incluya escuchar la radio o ver la TV)... <i>Si us plau enumereu les activitats, aficions o jocs preferits del noi/a, que no siguin esports. Ex.: segells, nines, llibres, piano, cotxes, cantar (no hi incloeu escoltar la radio o veure la TV)..</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno/Cap.</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p>	<p>Comparado con otros chicos/as de su edad, cuánto tiempo, aproximadamente, dedica a cada una? <i>Comparat amb altres nois/es de la seva edat, quant de temps, aproximadament, hi dedica?</i></p> <table border="0"> <tr> <td>no sabe</td> <td>menos que</td> <td>promedio</td> <td>más que</td> </tr> <tr> <td>/no ho</td> <td>/menys que</td> <td>/mitjana</td> <td>/més que</td> </tr> <tr> <td>sap</td> <td>mitjana</td> <td></td> <td>mitjana</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	no sabe	menos que	promedio	más que	/no ho	/menys que	/mitjana	/més que	sap	mitjana		mitjana	<p>Comparado con otros chicos/as de su edad, cuál es su nivel? <i>Comparat amb altres nois/es de la seva edat, quin és el seu nivell?</i></p> <table border="0"> <tr> <td>no sabe</td> <td>por debajo</td> <td>promedio</td> <td>por encima</td> </tr> <tr> <td>/no ho</td> <td>/per sota</td> <td>/mitjana</td> <td>/per sobre</td> </tr> <tr> <td>sap</td> <td>mitjana</td> <td></td> <td>mitjana</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	no sabe	por debajo	promedio	por encima	/no ho	/per sota	/mitjana	/per sobre	sap	mitjana		mitjana
no sabe	menos que	promedio	más que																							
/no ho	/menys que	/mitjana	/més que																							
sap	mitjana		mitjana																							
no sabe	por debajo	promedio	por encima																							
/no ho	/per sota	/mitjana	/per sobre																							
sap	mitjana		mitjana																							

Copyright T.M. Achenbach (1991). Reproduced by permission.

Bilingual edition Spanish-Catalan.

Forns, M. & Abad, J. Department of Personality and Assessment. Faculty of Psychology.

Passeig de la Vall d'Hebron, 171. 08035 Barcelona. Spain.

## CHILD BEHAVIOR CHECKLIST/4-18

<p>III. Por favor enumere cualquier tipo de organizaciones, clubs, equipos o grupos a los que pertenezca.</p> <p><i>Si us plau enumereu qualsevol tipus d'organització, club, equip o grup al qual pertanyi.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno/Cap</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p>	<p>Comparado con otros chicos/as de su edad, cómo lo calificaría de activo?</p> <p><i>Comparat amb altres nois/es de la seva edat, quin és el seu nivell d'activitat?</i></p> <table border="0"> <tr> <td>no sabe /no ho sap</td> <td>menos activo /menys actiu</td> <td>promedi o /mitjana</td> <td>más activo /més actiu</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	no sabe /no ho sap	menos activo /menys actiu	promedi o /mitjana	más activo /més actiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
no sabe /no ho sap	menos activo /menys actiu	promedi o /mitjana	más activo /més actiu																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																											
<p>IV. Por favor enumere cualquier tipo de trabajos o tareas que el chico/a tenga. Ej: repartidor de periódicos, canguro, hacerse la cama, trabajar en una tienda... (incluya tanto trabajos pagados como no pagados)</p> <p><i>Si us plau enumereu qualsevol tipus de treball o tasca que el noi/a faci. Ex.: repartidor de periòdics, cangur, fer-se el llit, treballar en una botiga... (incloeu-hi tant treballs pagats com no pagats)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno/Cap</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p>	<p>Comparado con otros chicos/as de su edad, cómo los desempeña?</p> <p><i>Comparat amb els altres nois/es de la seva edat, com els porta a terme?</i></p> <table border="0"> <tr> <td>no sabe /no ho sap</td> <td>por debajo promedio /per sota mitjana</td> <td>promedio /mitjana</td> <td>por encima promedio /per sobre mitjana</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	no sabe /no ho sap	por debajo promedio /per sota mitjana	promedio /mitjana	por encima promedio /per sobre mitjana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
no sabe /no ho sap	por debajo promedio /per sota mitjana	promedio /mitjana	por encima promedio /per sobre mitjana																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																											
<p>V. 1. Cuántos amigos/as íntimos tiene?(no incluya hermanos/as) <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ó 3 <input type="checkbox"/> 4 ó más</p> <p><i>/Quantes amistats íntimes té?(no hi incloeu germans/anes) /Cap /4 o més</i></p> <p>2. ¿Cuántas veces a la semana realiza actividades con los amigos/as fuera del horario escolar? <input type="checkbox"/> Menos de 1 <input type="checkbox"/> 1 ó 2 <input type="checkbox"/> 3 ó más</p> <p><i>/Quants cops a la setmana realitza activitat amb les amistats fora de l'horari escolar? /Menys d'1 /3 o més</i></p>																																														
<p>VI. Comparado con otros chicos/as de su edad, cómo...</p> <p><i>/Comparat amb altres nois/es de la seva edat, com...</i></p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>peor /pitjor</td> <td>promedi o /mitjana</td> <td>mejor /millor</td> <td></td> </tr> <tr> <td>a. se lleva con sus hermanos/as?/és la relació amb els seus germans/anes?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> No tiene hermanos/as</td> </tr> <tr> <td>b. se lleva con otros chicos/as? /és la relació amb altres nois/es?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><i>/No té germans/anes</i></td> </tr> <tr> <td>c. se comporta con sus padres? /és comporta amb els seus pares?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>d. juega y trabaja solo?/juga i treballa sol?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>			peor /pitjor	promedi o /mitjana	mejor /millor		a. se lleva con sus hermanos/as?/és la relació amb els seus germans/anes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No tiene hermanos/as	b. se lleva con otros chicos/as? /és la relació amb altres nois/es?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>/No té germans/anes</i>	c. se comporta con sus padres? /és comporta amb els seus pares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		d. juega y trabaja solo?/juga i treballa sol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	peor /pitjor	promedi o /mitjana	mejor /millor																																											
a. se lleva con sus hermanos/as?/és la relació amb els seus germans/anes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No tiene hermanos/as																																										
b. se lleva con otros chicos/as? /és la relació amb altres nois/es?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>/No té germans/anes</i>																																										
c. se comporta con sus padres? /és comporta amb els seus pares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																											
d. juega y trabaja solo?/juga i treballa sol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																											
<p>VII 1. Responder a partir de los 6 años - rendimiento en asignaturas escolares: (si no va al colegio explique la razón)</p> <p><i>/Respondre a partir dels 6 anys - rendiment en assignatures escolars: (si no va a l'escola expliqui la raó).</i></p> <p>No va al colegio porque _____</p> <p><i>/No va a l'escola perquè _____</i></p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>suspensi /suspens</td> <td>por debajo promedio /per sota mitjana</td> <td>promedio /mitjana</td> <td>por encima promedio /per sobre mitjana</td> </tr> <tr> <td>a. Lectura, lenguaje/ Lectura, llenguatge</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Historia o ciencias sociales/ Història o ciències socials</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Aritmética o matemáticas / Aritmètica o matemàtiques</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Ciencias/ Ciències</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otras/ Altres:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>e. _____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. _____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. _____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>* Otras asignaturas -como cursos de informática, lenguas extranjeras. <b>No</b> incluya gimnasia, carnet de conducir...</p> <p><i>* Altres assignatures -com ara cursos d'informàtica, llengües estrangeres. <b>No</b> hi incloeu gimnàstica, carnet de conduir...</i></p>			suspensi /suspens	por debajo promedio /per sota mitjana	promedio /mitjana	por encima promedio /per sobre mitjana	a. Lectura, lenguaje/ Lectura, llenguatge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Historia o ciencias sociales/ Història o ciències socials	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Aritmética o matemáticas / Aritmètica o matemàtiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Ciencias/ Ciències	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras/ Altres:					e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	suspensi /suspens	por debajo promedio /per sota mitjana	promedio /mitjana	por encima promedio /per sobre mitjana																																										
a. Lectura, lenguaje/ Lectura, llenguatge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
b. Historia o ciencias sociales/ Història o ciències socials	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
c. Aritmética o matemáticas / Aritmètica o matemàtiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
d. Ciencias/ Ciències	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Otras/ Altres:																																														
e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										

## CHILD BEHAVIOR CHECKLIST/4-18

---

2. ¿Va a clases de refuerzo o a un colegio especial? <i>/Va a classes de reforç o a una escola especial?</i>	<input type="checkbox"/> No <i>/No</i>	<input type="checkbox"/> Sí -¿qué tipo de clases o colegio? - <i>/Sí - quin tipus de classes o escola? -</i>
---	---	---

---

3. ¿Ha repetido algún curso? <i>/Ha repetit algun curs?</i>	<input type="checkbox"/> No <i>/No</i>	<input type="checkbox"/> Sí -curso y razón <i>/Sí -curs i raó-</i>
--	---	---

---

4. ¿Ha tenido problemas académicos o de otro tipo en la escuela? <i>/Ha tingut problemes acadèmics o d'altre tipus a l'escola?</i>	<input type="checkbox"/> No <i>/No</i>	<input type="checkbox"/> Sí -por favor describa- <i>/Sí -si us plau descriuiu-los-</i>
---	---	---

¿Cuándo empezaron los problemas?  
*/Quan van començar els problemes?*

¿Se han acabado estos problemas?     No     Sí -¿cuándo? -  
*/S'han acabat aquests problemes?    /No    /Sí -quan? -*

---

¿Tiene alguna enfermedad, discapacidad física o mental? <i>/Té alguna malaltia, discapacitat física o mental?</i>	<input type="checkbox"/> No <i>/No</i>	<input type="checkbox"/> Sí -por favor describa- <i>/Sí -si us plau descriuiu-lo-</i>
--	---	--

---

¿Qué es lo que más le preocupa del chico/a?  
*/Què és el que més li preocupa del noi/a?*

---

Por favor describa las mejores cualidades del chico/a:  
*/Si us plau descriuiu les millors qualitats del noi/a::*

## CHILD BEHAVIOR CHECKLIST/4-18

A continuación se presentan diversas frases que describen conductas de los niños y jóvenes. Cada frase describe a su hijo/a **ahora o durante los 6 últimos meses**. Por favor, haga un círculo en el nº 2 si lo que dice el enunciado es **muy verdadero o frecuentemente es verdad**; en el nº1 si la frase es **algo cierta o le sucede a veces**; y en el 0 si **no es verdad**. Por favor conteste con la máxima exactitud posible, aunque algunas cuestiones parezcan acomodarse poco a su hijo/a.

A continuació es presenten diverses frases que descriuen conductes dels nois. Cada frase descriu el seu fill/a **ara o durant els darrers 6 mesos**. Si us plau, feu un cercle al núm. 2 si el que diu l'enunciat és **molt vertader o freqüentment és veritat**; al núm. 1 si la frase és **en part verdadera o li succeeix a vegades**; i al 0 si **no és veritat**. Si us plau contesteu amb la màxima exactitud possible, encara que algunes preguntes semblin acomodar-se poc al seu fill/a.

0= No es verdad  
0= No és veritat

1= Algo cierto o verdad a veces  
1= Veritat a mitges o veritat a vegades

2=Muy verdadero o frecuentemente es verdad  
2=Molt vertader o freqüentment és veritat

0 1 2	1. Se comporta de forma infantil para su edad. <i>1. Es comporta de manera infantil per a la seva edat.</i>	0 1 2	15. Es cruel con los animales. <i>15. És cruel amb els animals.</i>
0 1 2	2. Tiene alergias (describa): <i>2. Té al·lèrgies (descriuiu-les):</i>	0 1 2	16. Es abusón/a, cruel o desconsiderado/a con los demás. <i>16. Abusa, és cruel o desconsiderat/ada amb els altres.</i>
0 1 2	3. Discute mucho. <i>3. Discuteix molt.</i>	0 1 2	17. Sueña despierto/a, se queda distraído/a en sus pensamientos. <i>17. Somia despert/a, es queda distret/a en els seus pensaments.</i>
0 1 2	4. Tiene asma. <i>4. Té asma.</i>	0 1 2	18. Se hace daño deliberadamente o ha intentado suicidarse. <i>18. Es fa mal deliberadament o ha intentat suïcidat-se.</i>
0 1 2	5. Se comporta como si fuera del otro sexo. <i>5. Es comporta com si fos de l'altre sexe.</i>	0 1 2	19. Exige mucha atención. <i>19. Reclama molta atenció.</i>
0 1 2	6. Hace sus necesidades fuera del retrete. <i>6. Fa les necessitats fora del wàter.</i>	0 1 2	20. Destroza sus propias cosas. <i>20. Destrossa les seves coses.</i>
0 1 2	7. Es fanfarrón/a o presuntuoso/a. <i>7. És fanfarró/ona o presumptuós/osa.</i>	0 1 2	21. Destroza cosas de sus familiares o de otras personas. <i>21. Destrossa coses del seus familiars o d'altres persones.</i>
0 1 2	8. No puede concentrarse o prestar atención durante mucho rato. <i>8. No pot concentrar-se o mantenir l'atenció durant gaire estona.</i>	0 1 2	22. Es desobediente en casa. <i>22. És desobedient a casa.</i>
0 1 2	9. No puede apartar de su mente ciertos pensamientos, obsesiones (describa): <i>9. No pot treure's del cap certs pensaments, obsessions (descriuiu-los):</i>	0 1 2	23. Es desobediente en el colegio. <i>23. És desobedient a l'escola.</i>
0 1 2	10. No se puede estar quieto/a, es inquieto/a o hiperactivo/a. <i>10. No pot estar quiet/a, és inquiet/a o hiperactiu/iva.</i>	0 1 2	24. No come bien. <i>24. No menja bé.</i>
0 1 2	11. Apegado/a a los adultos o demasiado dependiente. <i>11. No se separa dels adults o és massa dependent.</i>	0 1 2	25. No se lleva bien con otros chicos/as. <i>25. No té bona relació amb altres nois/es.</i>
0 1 2	12. Se queja de que se siente solo/a. <i>12. Es queixa que se sent sol/a.</i>	0 1 2	26. No parece sentirse culpable después de portarse mal. <i>26. No sembla sentir-se culpable després d'haver-se portat malament.</i>
0 1 2	13. Se siente confuso/a, o en un mar de dudas. <i>13. Se sent confús/usa o en una mar de dubtes.</i>	0 1 2	27. Tiene celos con facilidad. <i>27. Se sent gelós/osa amb facilitat.</i>
0 1 2	14. Llora mucho. <i>14. Plora molt.</i>	0 1 2	28. Come o bebe cosas que no son comida -no incluya dulces- (describa): <i>28. Menja o beu coses que no són menjar -no hi incloeu dolços- (descriuiu-ho):</i>

## CHILD BEHAVIOR CHECKLIST/4-18

0= No es verdad 0= No és veritat	1= Algo cierto o verdad a veces 1= Veritat a mitges o veritat a vegades	2=Muy verdadero o frecuentemente es verdad 2=Molt vertader o freqüentment és veritat
0 1 2	29. Tiene miedo a ciertos animales, situaciones o lugares -no incluya el colegio- (describa): <i>29. Té por a certs animals, situacions o llocs -no hi incloeu l'escola- (descriuiu-ho):</i>	0 1 2 47. Tiene pesadillas. <i>47. Té malsons.</i>
0 1 2	30. Tiene miedo de ir al colegio. <i>30. Té por d'anar a l'escola.</i>	0 1 2 48. No cae bien a otros niños/as. <i>48. No cau bé a altres nois/es.</i>
0 1 2	31. Tiene miedo de pensar o de hacer algo malo. <i>31. Té por de pensar o de fer alguna cosa dolenta.</i>	0 1 2 49. Tiene estreñimiento. <i>49. Té restrenyiment.</i>
0 1 2	32. Cree que tiene que ser perfecto/a. <i>32. Creu que ha de ser perfecte/a.</i>	0 1 2 50. Es demasiado miedoso/a o ansioso/a. <i>50. És massa poruc/uga o ansiós/osa.</i>
0 1 2	33. Se queja o piensa que nadie le quiere. <i>33. Es queixa o pensa que ningú l'estima.</i>	0 1 2 51. Le dan mareos (vértigos). <i>51. Té marejos (vertigen).</i>
0 1 2	34. Piensa que los demás le quieren fastidiar o hacer daño. <i>34. Pensa que els altres volen fastiguejar-lo o fer-li mal.</i>	0 1 2 52. Se siente demasiado culpable. <i>52. Sent massa culpabilitat.</i>
0 1 2	35. Cree que no vale para nada o se siente inferior. <i>35. Creu que no serveix per a res o se sent inferior.</i>	0 1 2 53. Come demasiado. <i>53. Menja massa.</i>
0 1 2	36. Se hace daño a menudo, es propenso/a tener accidentes. <i>36. Es fa mal sovint, és propens/a a tenir accidents.</i>	0 1 2 54. Se siente muy cansado/a. <i>54. Se sent molt cansat/ada.</i>
0 1 2	37. Se mete en muchas peleas. <i>37. Es fica en moltes baralles.</i>	0 1 2 55. Tiene exceso de peso. <i>55. Té excés de pes.</i>
0 1 2	38. Se burlan mucho de él/ella. <i>38. Es burlen molt d'ell/a.</i>	56. Tiene problemas físicos a los que no se ha encontrado una causa médica: <i>56. Té problemes físics als quals no s'ha trobat una causa mèdica:</i>
0 1 2	39. Anda con chicos/as que se meten en problemas. <i>39. Va amb nois/es que es fiquen en problemes.</i>	0 1 2 a. Dolores o molestias ( <b>no</b> dolores de cabeza). <i>a. Dolors o molèsties (no mals de cap).</i>
0 1 2	40. Oye ruidos o voces que no existen (describa): <i>40. Sent sorolls o veus que no existeixen (descriuiu-los):</i>	0 1 2 b. Dolores de cabeza. <i>b. Mals de cap.</i>
0 1 2	41. Es impulsivo/a o hace las cosas sin pensar. <i>41. Es impulsiu/iva o fa les coses sense pensar.</i>	0 1 2 c. Náuseas, ganas de vomitar. <i>c. Nàusees, ganes de vomitar.</i>
0 1 2	42. Prefiere estar solo/a a estar con otros. <i>42. Prefereix estar sol/a a estar amb els altres.</i>	0 1 2 d. Problemas en los ojos (describa): <i>d. Problemes als ulls (descriuiu-los):</i>
0 1 2	43. Dice mentiras o hace trampas. <i>43. Diu mentides o fa trampes.</i>	0 1 2 e. Erupciones u otros problemas de la piel. <i>e. Erupcions o altres problemes de la pell.</i>
0 1 2	44. Se muerde las uñas. <i>44. Es mossega les ungles.</i>	0 1 2 f. Dolores de barriga o retortijones. <i>f. Mals de panxa o d'estómac.</i>
0 1 2	45. Es nervioso/a, sensible o tenso/a. <i>45. És nerviós/osa, sensible o tens/a.</i>	0 1 2 g. Vómitos. <i>g. Vòmits.</i>
0 1 2	46. Tiene tics o movimientos nerviosos (describa): <i>46. Té tics o moviments nerviosos (descriuiu-los):</i>	0 1 2 h. Otros (describa): <i>h. Altres (descriuiu-los):</i>
		0 1 2 57. Agrede, ataca físicamente a otras personas. <i>57. Agredeix, ataca físicament altres persones.</i>
		0 1 2 58. Se mete el dedo en la nariz, se arranca padrastrós o se rasca diversas partes del cuerpo (describa): <i>58. Es fica el dit al nas, s'arrenca repelons o es rasca altres parts del cos (descriuiu-ho):</i>

## CHILD BEHAVIOR CHECKLIST/4-18

0= No es verdad  
0= No és veritat

1= Algo cierto o verdad a veces  
1= Veritat a mitges o veritat a vegades

2=Muy verdadero o frecuentemente es verdad  
2=Molt vertader o freqüentment és veritat

0 1 2	59. Se toca los genitales en público. <i>59. Es toca els genitals en públic.</i>	0 1 2	76. Duerme menos que la mayoría de niños. <i>76. Dorm menys que la majoria de nens.</i>
0 1 2	60. Se toca demasiado los genitales. <i>60. Es toca massa els genitals.</i>	0 1 2	77. Duerme más que la mayoría de niños, de día o de noche (describa): <i>77. Dorm més que la majoria de nens, de dia o de nit (descriuiu-ho):</i>
0 1 2	61. Su trabajo escolar es deficiente. <i>61. El seu treball escolar és deficient.</i>		
0 1 2	62. Es patoso, torpe, desgarbado. <i>62. Es barroer/a, maldestre/a, desmanegat/da..</i>		
0 1 2	63. Prefiere estar con niños/as mayores. <i>63. Prefereix estar amb nois/es més grans.</i>		
0 1 2	64. Prefiere estar con niños/as menores. <i>64. Prefereix estar amb nois/es més petits.</i>	0 1 2	78. Ensucia o juega con sus excrementos. <i>78. Embruta o juga amb els seus excrements.</i>
0 1 2	65. Se niega a hablar. <i>65. Es nega a parlar.</i>	0 1 2	79. Tiene problemas de habla (describa): <i>79. Té problemes de parla (descriuiu-los):</i>
0 1 2	66. Repite ciertos actos una y otra vez, compulsiones (describa): <i>66. Repeteix certs actes contínuament, compulsions (descriuiu-los):</i>	0 1 2	80. Se queda absorto/a mirando al vacío. <i>80. Es queda absort/a mirant el buit.</i>
0 1 2	67. Se escapa de casa. <i>67. S'escapa de casa.</i>	0 1 2	81. Roba cosas en casa. <i>81. Roba coses a casa.</i>
0 1 2	68. Grita mucho. <i>68. Crida molt.</i>	0 1 2	82. Roba cosas fuera de casa. <i>82. Roba coses fora de casa.</i>
0 1 2	69. Es reservado/a, se guarda las cosas para sí mismo/a. <i>69. És reservat/ada, es guarda les coses per si mateix/a.</i>	0 1 2	83. Almacena cosas que no necesita (describa): <i>83. Emmagatzema coses que no necessita (descriuiu-les):</i>
0 1 2	70. Ve cosas que no están existen (describa): <i>70. Veu coses que no existeixen (descriuiu-les):</i>	0 1 2	84. Se comporta de forma extraña o rara (describa): <i>84. Es comporta de manera estranya o rara (descriuiu-les):</i>
0 1 2	71. Se siente inseguro/a o cohibido/a con facilidad. <i>71. Se sent insegur/a o cohibit/ida amb facilitat.</i>	0 1 2	85. Tiene ideas extrañas o raras (describa): <i>85. Té idees estranyes o rares (descriuiu-les):</i>
0 1 2	72. Prende fuegos. <i>72. Cala focs.</i>		
0 1 2	73. Tiene problemas sexuales (describa): <i>73. Té problemes sexuals (descriuiu-los):</i>		
0 1 2	74. Le gusta llamar la atención o hacer el payaso. <i>74. Li agrada cridar l'atenció o fer el pallaso.</i>	0 1 2	86. Es tozudo/a, malhumorado/a o irritable. <i>86. És tossut/uda, malhumorat/ada o irritable.</i>
0 1 2	75. Es tímido/a o vergonzoso/a. <i>75. És tímida/a o vergonyós/osa.</i>	0 1 2	87. Cambia repentinamente de humor o de sentimientos. <i>87. Canvia sobtadament d'humor o de sentiments.</i>
		0 1 2	88. Se enfurruña o se molesta con facilidad. <i>88. S'enfurrunya, es molesta amb facilitat.</i>

CHILD BEHAVIOR CHECKLIST/4-18

**0= No es verdad**  
*0= No és veritat*

**1= Algo cierto o verdad a veces**  
*1= Veritat a mitges o veritat a vegades*

**2=Muy verdadero o frecuentemente es verdad**  
*2=Molt vertader o freqüentment és veritat*

<b>0 1 2</b>	89. Es desconfiado/a. <i>89. És desconfiat/ada.</i>	<b>0 1 2</b>	103. Se siente desgraciado/a, triste o deprimido/a. <i>103. Se sent desgraciat/ada, trist/a o deprimit/ida.</i>
<b>0 1 2</b>	90. Dice palabrotas. <i>90. Diu paraulotes.</i>	<b>0 1 2</b>	104. Es muy ruidoso/a o escandaloso/a. <i>104. És molt sorollós/osa o escandalós/osa.</i>
<b>0 1 2</b>	91. Dice que se quiere matar. <i>91. Diu que es vol matar.</i>	<b>0 1 2</b>	105. Consume alcohol o toma drogas no prescritas por el médico (describa): <i>105. Pren alcohol o drogues no prescrites pel metge (descriuiu-les):</i>
<b>0 1 2</b>	92. Habla o camina dormido (describa): <i>92. Parla o camina quan dorm (descriuiu-ho):</i>		
<b>0 1 2</b>	93. Habla demasiado. <i>93. Parla massa.</i>	<b>0 1 2</b>	106. Hace actos de vandalismo. <i>106. Fa actes de vandalisme.</i>
<b>0 1 2</b>	94. Se burla mucho de los demás. <i>94. Es burla molt dels altres.</i>	<b>0 1 2</b>	107. Se orina encima durante el día. <i>107. S'orina a sobre durant el dia.</i>
<b>0 1 2</b>	95. Tiene rabietas o mal genio. <i>95. Fa rebequeries o té mal geni.</i>	<b>0 1 2</b>	108. Se orina en la cama. <i>108. S'orina al llit.</i>
<b>0 1 2</b>	96. Piensa demasiado en el sexo. <i>96. Pensa massa en el sexe.</i>	<b>0 1 2</b>	109. Es un/a quejica, se queja por todo. <i>109. És un/a rondinaire, es queixa per tot.</i>
<b>0 1 2</b>	97. Amenaza a otras personas. <i>97. Amenaça altres persones.</i>	<b>0 1 2</b>	110. Le gustaría pertenecer al otro sexo. <i>110. Li agradaria pertànyer a l'altre sexe.</i>
<b>0 1 2</b>	98. Se chupa el dedo. <i>98. Es xuma el dit.</i>	<b>0 1 2</b>	111. Es retraído/a, evita relacionarse con los demás. <i>111. És retret/a, evita relacionar-se amb els altres.</i>
<b>0 1 2</b>	99. Se preocupa demasiado por el orden y la limpieza. <i>99. Es preocupa massa per l'ordre i la netedat.</i>		
<b>0 1 2</b>	100. Tiene problemas de sueño (describa): <i>100. Té problemes de son (descriuiu-ho):</i>	<b>0 1 2</b>	113. Por favor, escriba a continuación cualquier otro problema que tenga el niño/a y que no haya aparecido en la lista anterior: <i>113. Si us plau, escriuiu a continuació qualsevol altre problema que tingui el noi/a i que no hagi aparegut a la llista anterior:</i>
<b>0 1 2</b>	101. Hace novillos, falta al colegio. <i>101. Fa campama, falta a l'escola.</i>		
<b>0 1 2</b>	102. Es poco activo/a, se mueve con lentitud o le falta energía. <i>102. És poc actiu/iva, es mou amb lentitud o li falta energia.</i>		

POR FAVOR ASEGÚRESE DE HABER RESPONDIDO TODAS LAS PREGUNTAS.  
*SI US PLAU ASSEGUREU-VOS D'HAVER CONTESTAT TOTES LES PREGUNTES.*

SUBRAYE LAS PREGUNTAS QUE LE PREOCUPEN.  
*SUBRATLLEU LES PREGUNTES QUE US PREOCUPIN..*

## ESCALA DE PROBLEMAS DE CONDUCTA

A continuación se presentan diversas frases que describen conductas de los niños y jóvenes. Cada frase describe a su hijo/a **ahora o durante los 6 últimos meses**. Por favor, haga un círculo en el nº 2 si lo que dice el enunciado es **muy verdadero o frecuentemente es verdad**; en el nº1 si la frase es **algo cierta o le sucede a veces**; y en el 0 si **no es verdad**. Por favor conteste con la máxima exactitud posible, aunque algunas cuestiones parezcan acomodarse poco a su hijo/a.

**0= No es verdad      1= Algo cierto o verdad a veces      2=Muy verdadero o frecuentemente es verdad**

0 1 2	1. Teme hacer o pensar algo malo	0 1 2	51. Tiene dolores musculares sin causa médica conocida
0 1 2	2. Discute mucho	0 1 2	52. Va limpio y cuidado
0 1 2	3. Dice que nadie le quiere	0 1 2	53. Se ruboriza con facilidad
0 1 2	4. Termina las tareas o actividades	0 1 2	54. Habla bien de sus profesores
0 1 2	5. Le cuesta mucho concentrarse (no puede centrar la atención mucho tiempo)	0 1 2	55. Grita mucho
0 1 2	6. Tiene náuseas, angustia sin causa médica conocida	0 1 2	56. Es reservado, se guarda cosas para sí
0 1 2	7. Está apegado a los adultos	0 1 2	57. Se le ve preocupado
0 1 2	8. Se queja de estar solo	0 1 2	58. Tiene cambios repentinos de humor (sin motivo aparente)
0 1 2	9. Parece estar confuso	0 1 2	59. Se avergüenza con facilidad
0 1 2	10. Lloro mucho	0 1 2	60. Trabaja desorganizadamente
0 1 2	11. Permanece sentado durante períodos adecuados de tiempo	0 1 2	61. Tiene vómitos, arcadas, sin causa médica conocida
0 1 2	12. Se muestra cruel, abusón egoísta	0 1 2	62. Pide permiso antes de usar las cosas de otra persona
0 1 2	13. Se siente inútil o inferior	0 1 2	63. Es tímido
0 1 2	14. Pide mucha atención	0 1 2	64. Mira fijamente sin ver
0 1 2	15. Destruye cosas de los demás	0 1 2	65. Se siente muy herido cuando se le critica
0 1 2	16. Desobedece las órdenes que se le dan	0 1 2	66. Se pone nervioso ante pequeños problemas
0 1 2	17. Se rebela ante las órdenes	0 1 2	67. Está tenso, rígido
0 1 2	18. Presta atención cuando se le dan instrucciones	0 1 2	68. Tiene una conducta sexual propia para su edad
0 1 2	19. Es solitario (no se mezcla con otros niños)	0 1 2	69. Es obstinado, rencoroso, irritable
0 1 2	20. Tiene miedo a ciertas situaciones, lugares o animales	0 1 2	70. Tiene ataques de ira
0 1 2	21. Oye cosas que no están ahí en la realidad	0 1 2	71. Acepta bien el fracaso
0 1 2	22. Se siente muy culpable	0 1 2	72. Amenaza a la gente
		0 1 2	73. Le cuesta apartar de su mente ciertos pensamientos (está

0 1 2	23. Ve cosas que no están ahí en la realidad	0 1 2	obsesionado por ciertos pensamientos)
0 1 2	24. Dice que otros le tienen manía	0 1 2	74. Habla demasiado alto
0 1 2	25. Tiene dolores de estómago sin causa médica conocida	0 1 2	75. Maneja bien las situaciones nuevas
0 1 2	26. Habla de matarse	0 1 2	76. Tiene buen sentido del humor
0 1 2	27. Participa mucho en peleas	0 1 2	77. Se muestra excesivamente amable y gentil
0 1 2	28. Se burla de otras personas	0 1 2	78. Está falto de apetito
0 1 2	29. Tiene ideas o conductas extrañas	0 1 2	79. Se asusta por cualquier cosa
0 1 2	30. Acepta una negativa sin enfadarse	0 1 2	80. Saca malas notas
0 1 2	31. Es impulsivo, actúa sin pensar	0 1 2	81. Se deja atacar sin defenderse
0 1 2	32. Le gusta estar solo	0 1 2	82. Se le ve tranquilo, relajado
0 1 2	33. Miente o engaña	0 1 2	83. Es muy sensible a las riñas y situaciones tensas
0 1 2	34. Está falto de energía, es lento en movimiento	0 1 2	84. Es perfeccionista en sus tareas
0 1 2	35. Es muy miedoso o ansioso	0 1 2	85. Se niega a cooperar
0 1 2	36. Se siente inseguro	0 1 2	86. Tiene problemas digestivos sin causa médica conocida
0 1 2	37. Se siente infeliz, triste o deprimido	0 1 2	87. Tiene una lectura deficiente
0 1 2	38. Está excesivamente cansado	0 1 2	88. Tiene buenos modales
0 1 2	39. Tiene dolores de cabeza sin causa médica conocida	0 1 2	89. Es quejica
0 1 2	40. Tiene dificultades para aprender en el colegio	0 1 2	90. Acepta las muestras de afecto con naturalidad
0 1 2	41. Se muestra temeroso	0 1 2	91. Se lleva bien con los demás
0 1 2	42. Abandona tareas o proyectos fácilmente	0 1 2	92. Se avergüenza ante niños de otro sexo
0 1 2	43. Está excesivamente preocupado por agrandar	0 1 2	93. Hace a gusto las tareas o deberes escolares
0 1 2	44. Tiene mareos sin causa médica conocida	0 1 2	94. Se fatiga con facilidad
0 1 2	45. Se queja de las actividades del colegio	0 1 2	95. Se le ve inseguro en lo que hace
0 1 2	46. Tiene una forma adecuada de comer y sentarse en la mesa	0 1 2	96. Le cuesta tragar la comida
0 1 2	47. Ataca físicamente a la gente	0 1 2	97. Busca la aprobación de sus adultos
0 1 2	48. Necesita repetir ciertas acciones varias veces seguidas	0 1 2	98. Tiene problemas en el cálculo
0 1 2	49. Sus trabajos escolares son de poca calidad	0 1 2	99. Va a gusto al colegio
0 1 2	50. Le afectan las bromas de los demás		

## ESCALA DE CALIFICACIÓN DE AUTO-CONTROL DE KENDALL Y WILLCOX/ SCRS

A continuación se presentan diversas frases que describen conductas de los niños y jóvenes. Cada frase describe a su hijo/a **ahora o durante los 6 últimos meses**. Por favor, haga un círculo en el **SI**; si lo que dice el enunciado es **muy verdadero o frecuentemente es verdad**; conteste un **NO** si el enunciado es **no es verdad**. Por favor conteste con la máxima exactitud posible, aunque algunas cuestiones parezcan acomodarse poco a su hijo/a.

**NO= No es verdad**

**SI= Muy verdadero o frecuentemente es verdad**

<p><b>NO SI</b> 1- ¿Suele cumplir su hijo/a lo que promete?</p>	<p><b>NO SI</b> 18- ¿Hay días en los que parece imposible que sea capaz de sentarse a hacer algo?</p>
<p><b>NO SI</b> 2- ¿Se inmiscuye en juegos y actividades aunque no se le haya invitado?</p>	<p><b>NO SI</b> 19- Si se le da a elegir ¿prefiere un juguete menos atractivo si se le da enseguida aunque se pierde uno más atractivo pero que lo conseguirá al día siguiente?</p>
<p><b>NO SI</b> 3- ¿Puede tranquilizarse intencionadamente cuando está nervioso o afectado por algo?</p>	<p><b>NO SI</b> 20- ¿Coge cosas que pertenecen a otros niños/as?</p>
<p><b>NO SI</b> 4- ¿Realiza sus actividades habitualmente con la misma calidad y resultados?</p>	<p><b>NO SI</b> 21- ¿Molesta a los demás mientras están haciendo algo?</p>
<p><b>NO SI</b> 5- ¿Puede trabajar para conseguir objetivos a largo plazo o muy elevados?</p>	<p><b>NO SI</b> 22- ¿Rompe o se salta las reglas básicas de convivencia?</p>
<p><b>NO SI</b> 6- Cuando hace alguna pregunta, ¿espera a que se le responda?</p>	<p><b>NO SI</b> 23- ¿Tiene cuidado con lo que hace?</p>
<p><b>NO SI</b> 7.- ¿Cuándo habla con amigos espera su turno para hablar sin interrumpir a los de más compañeros?</p>	<p><b>NO SI</b> 24- Cuando se le hace una pregunta, ¿da una contestación meditada pensando en diversas respuestas?</p>
<p><b>NO SI</b> 8- Cuando su hijo/a está haciendo algo, ¿continúa haciéndolo hasta que lo termina?</p>	<p><b>NO SI</b> 25- ¿Se distrae con facilidad de lo que está haciendo?</p>
<p><b>NO SI</b> 9- ¿Sigue las instrucciones de los adultos responsables?</p>	<p><b>NO SI</b> 26- ¿Describiría a su hijo/a como más con sus cosas y deberes?</p>

<b>NO SI</b> 10- ¿Tiene su hijo/a que tener todo a punto?	<b>NO SI</b> 27- ¿Juega adecuadamente con los compañeros, siguiendo las reglas, coopera?
<b>NO SI</b> 11- Cuando está en la fila o en una cola, ¿espera pacientemente su turno?	<b>NO SI</b> 28- ¿Cambia de una actividad a otra en lugar de permanecer en una misma actividad?
<b>NO SI</b> 12- ¿Permanece tranquilo cuando está sentado?	<b>NO SI</b> 29- Si se encuentra con una tarea difícil ¿se enfada y desiste fácilmente?
<b>NO SI</b> 13- ¿Cuándo su hijo/a está en un grupo acepta las sugerencias o insiste en imponer sus ideas?	<b>NO SI</b> 30- ¿Suele interrumpir en los juegos?
<b>NO SI</b> 14- Antes de que su hijo/a haga algo, ¿se le debe de recordar varias veces?	<b>NO SI</b> 31- ¿Piensa antes de actuar?
<b>NO SI</b> 15- ¿Contesta inapropiadamente cuando se le riñe?	<b>NO SI</b> 32- Si prestara su hijo/a más atención a su trabajo, ¿cree usted que lo haría mejor que ahora?
<b>NO SI</b> 16- ¿Tiende a tener accidentes?	<b>NO SI</b> 33- ¿Hace muchas cosas a la vez, sin concentrarse en una sola cosa al mismo tiempo?
<b>NO SI</b> 17- ¿Es negligente con las tareas o trabajos habituales?	

POR FAVOR NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN CONSTESTAR

## ESCALA TDAH (VERSIÓN PARA PADRES)

A continuación hay una serie de frases que describen la conducta del niño/a. Por favor, rodee el número de la columna que mejor lo/la describa. Por ejemplo, en la frase 3: “No parece escuchar cuando se le habla directamente”.

- Si su hijo/a no lo hace nunca, es decir, normalmente escucha, rodee el 0 (No es cierto).
- Si su hijo/a parece que no le escucha algunas veces, rodee el 1 (Le sucede algunas veces).
- Si son bastantes las veces que su hijo/a parece que no le escuche, rodee el 2 (Le sucede bastantes veces).
- Si su hijo/a no le escucha casi nunca o nunca, rodee el 3 (Es cierto, ocurre casi siempre)

	No es cierto	Le sucede algunas veces	Le sucede bastantes veces	Es cierto, le ocurre casi siempre
1. No presta atención suficiente a los detalles o comete errores, por descuido, en las tareas escolares o en otras actividades	0	1	2	3
2. Tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas	0	1	2	3
3. No parece escuchar cuando se le habla directamente	0	1	2	3
4. No sigue las órdenes o instrucciones (no se debe a incapacidad para entenderlas o a que se niega a seguirlas)	0	1	2	3
5. Tiene dificultades para organizar tareas y actividades	0	1	2	3
6. Se muestra remiso/a, le disgusta o evita dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ej. Trabajos escolares o de casa)	0	1	2	3
7. Extravía objetos necesarios para realizar tareas o actividades (por ej. Juguetes, lápices, cuadernos, ejercicios escolares, etc.)	0	1	2	3
8. Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes	0	1	2	3
9. Es descuidado en las actividades diarias	0	1	2	3

10. Mueve en exceso manos o pies o se remueve en su asiento	0	1	2	3
11. Abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado/a	0	1	2	3
12. Corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo	0	1	2	3
13. Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio	0	1	2	3
14. “Está en marcha”, suele actuar como si tuviera un motor	0	1	2	3
15. Habla en exceso	0	1	2	3
16. Se precipita y da las respuestas antes de que se hayan completado las preguntas	0	1	2	3
17. Tiene dificultades para guardar su turno	0	1	2	3
18. Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ej. Se entromete en conversaciones o juegos)	0	1	2	3

---

Elaborado a partir de los criterios del DSM-IV (APA, 1995) por J.A. Amador Campos. Facultad de Psicología. U. de Barcelona, 1996

---

**ESCALA REVISADA DE CONNERS PER A PARES (Versió abreujada)**; Error! Marcador no definido.

<b>Nom</b> .....	<b>Edat</b> .....	<b>Curs</b> .....	<b>Sexe (H) (D)</b> .....
<b>Data de naixement</b> .....	<b>Data d'avui</b> .....		
<b>Nom del/de la pare/mare</b> .....			

**Instruccions:** A continuació hi ha una sèrie de problemes que poden presentar els nens. Si us plau, valoreu cada enunciat d'acord amb el comportament del vostre fill/filla en aquest darrer mes. Per a cada enunciat, pregunteu-vos: “Fins a quin punt això ha estat un problema en el darrer mes?” i encercleu la resposta que cregueu més adequada. Si no s’ha presentat mai, si és poc freqüent o es dóna poques vegades, senyaleu el 0. Si és molt cert, es dóna molt sovint o freqüentment, senyaleu el 3. Marqueu l’1 o el 2 per valorar el terme mitjà. Si us plau, responeu tots els enunciats.

<b>Error! Marcador no definido.</b>	<b>No és veritat</b> (Mai, poques vegades)	<b>Una mica cert</b> (Ocasionalment)	<b>Bastant cert</b> (Sovint)	<b>Molt cert</b> (Molt freqüent)
1. Desatent, es distreu amb facilitat	0	1	2	3
2. Enfadat i ofès	0	1	2	3
3. Té dificultats per realitzar o acabar els deures escolars	0	1	2	3
4. Està sempre en moviment o actua com si tingués un motor	0	1	2	3
5. Manté poca estona l’atenció	0	1	2	3
6. Discuteix amb els adults	0	1	2	3
7. Mou en excés mans o peus o es belluga quan està assegut	0	1	2	3
8. No acaba les tasques que se li encarreguen	0	1	2	3
9. És difícil de controlar en centres comercials o mentre es fa la compra en botigues o supermercats	0	1	2	3
10. Desordenat o desorganitzat a casa o a l’escola	0	1	2	3
11. Perd el control	0	1	2	3
12. Se li ha d’estar a sobre perquè acabi les tasques	0	1	2	3
13. Només està atent a allò que li interessa molt	0	1	2	3
14. Corre per tot arreu o s’enfila als llocs en situacions en les quals és inapropiat	0	1	2	3
15. La distracció o la dificultat per mantenir l’atenció són un problema	0	1	2	3
16. Irritable	0	1	2	3

**ESCALA REVISADA DE CONNERS PER A PARES (Versió abreujada)**

¡Error! Marcador no definido.

<b>¡Error! Marcador no definido.</b>	<b>No és veritat (Mai, poques vegades)</b>	<b>Una mica cert (Ocasionalment)</b>	<b>Bastant cert (Sovint)</b>	<b>Molt cert (Molt freqüent)</b>
17. Evita, expressa desgana, o té dificultats per dedicar-se a tasques que requereixen un esforç mental sostingut (com els deures escolars)	0	1	2	3
18. Inquiet, en el sentit que es mou molt	0	1	2	3
19. Es distreu quan se li donen instruccions per fer alguna cosa	0	1	2	3
20. Desafia activament o rebutja obeir el que els adults li demanen	0	1	2	3
21. Té problemes per concentrar-se durant les classes	0	1	2	3
22. Té dificultats per estar-se a la fila o esperar el seu torn en jocs o en situacions de grup	0	1	2	3
23. Abandona el seu seient a classe o en altres situacions en què s'espera que s'estigui assegut	0	1	2	3
24. Deliberadament fa coses que molesten els altres	0	1	2	3
25. No segueix les ordres o instruccions i no acaba els deures, encàrrecs o obligacions en el seu lloc de treball (no es deu al fet que no entengui les instruccions o es negui a seguir-les)	0	1	2	3
26. Té dificultats per jugar o dedicar-se a activitats de lleure amb tranquil·litat	0	1	2	3
27. Es desanima amb facilitat en els seus esforços	0	1	2	3

Traducido por J. Amador-Campos y colaboradores. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic. Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona (1999).

*Adapted and reproduced by special permission of the Publisher, Multi-Health System, Inc., from the Conner's Rating Scales –Revised. Copyright © by C. Keith Conners. Multi-Health Systems Inc. 1997.*

**TEACHER REPORT FORM/5-18**

Sus respuestas serán utilizadas para compararlas con las dadas por otros profesores respecto a otros alumnos y también para compararlas con otras informaciones sobre el mismo alumno. Por favor conteste con la máxima exactitud posible, aunque no tenga toda la información. Las puntuaciones de cada pregunta se combinarán para identificar patrones generales de conducta. Puede escribir cualquier comentario adicional al lado de cada ítem o en los espacios proporcionados.

*Les vostres respostes seran utilitzades per comparar-les amb les donades per altres professors respecte a altres alumnes i també per comparar-les amb altres informacions sobre el mateix alumne/a. Si us plau contesteu amb la màxima exactitud possible, encara que no tingueu tota la informació. Les puntuacions de cadascuna de les preguntes es combinaran per identificar patrons generals de conducta. Podeu escriure qualsevol comentari adicional al costat de cada ítem o als espais proporcionats (pàg. 2).*

Nombre de l'alumno/a/Nom de l'alumne/a:	Sexo/Sexe: <input type="checkbox"/> Varón/Home <input type="checkbox"/> Mujer/Dona	Edad/Edat:
---	---	------------

Fecha de hoy/Data d'avui: día/dia ____ mes/mes ____ año/any ____	Fecha de nacimiento del chico/a /Data de naixement del noi/a: día/dia ____ mes/mes ____ año/any ____
---	---

Curso actual/Curs actual: ____	Nombre de la escuela/Nom de l'escola:
--------------------------------	---------------------------------------

Trabajo habitual de los padres, aunque no trabajen actualmente. (Por favor sea específico -por ejemplo, mecánico de coches, maestro de primaria, vendedor de zapatos...)

*Treball habitual del pares, encara que no treballin actualment. (Si us plau sigueu específic -per exemple, mecànic de cotxes, mestre de primària, venedor de sabates...)*

Trabajo del padre/Treball del pare: \_\_\_\_\_

Trabajo de la madre/Treball de la mare: \_\_\_\_\_

Este cuestionario ha sido rellenado por/Aquest qüestionari ha estat emplenat per:

Profesor/Professor (nombre/nom): \_\_\_\_\_

Tutor/Tutor (nombre/nom): \_\_\_\_\_

Otros/Altres (especifique/especifiqueu) \_\_\_\_\_  
(nombre/nom): \_\_\_\_\_

I. ¿Cuanto tiempo hace que conoce a este alumno/a? \_\_\_\_\_ meses  
*/Quant de temps fa que coneixeu l'alumne/a? / mesos*

II. ¿Lo conoce? 1.  No muy bien 2.  Bastante bien 3.  Muy bien.  
*/El coneixeu? /No molt bé /Bastant bé /Molt bé.*

III. ¿Cuántas horas pasa el alumno/a en clase, con usted, a la semana?  
*/Quantes hores passa l'alumne/a a les vostres classes per setmana?*

IV. ¿Qué tipo de clase es? (Por favor sea específico, ej: 5º curso de matemáticas, 6º refuerzo de lectura...)  
*/Quin tipus de classe és? (Si us plau sigueu específic, ex.: 5º curs de matemàtiques, 6º reforç de lectura...)*

V. ¿Se le ha enviado alguna vez a consultas o a clases especiales?  
*/Ha estat enviat algun cop a consultes o a classes especials?*  
 No lo sé 0.  No 1.  Sí -de qué tipo y cuando?-  
*/No ho sé /No /Sí -de quin tipus i quan?-*

VI. ¿Ha repetido algún curso?  No lo sé 0.  No 1.  Sí -curso y razón?-  
*/Ha repetit algun curs? /No ho sé /No /Sí -curs i raó?-*

VII. Rendimiento escolar actual - escriba las asignaturas y marque la columna que indica el rendimiento:  
*/Rendiment escolar actual -escriviu les assignatures i marqueu la columna que indiqui el rendiment:*

Asignatura <i>/Assignatura</i>	Muy bajo <i>/Molt baix</i>	Algo bajo <i>/Una mica per sota</i>	Promedio <i>/Mitjana</i>	Algo alto <i>/Una mica per sobre</i>	Muy alto <i>/Molt alt</i>
1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Copyright T.M. Achenbach (1991). Reproduced by permission.

Bilingual edition Spanish-Catalan.

Amador, J.A. & Abad, J. Department of Personality and Assessment. Faculty of Psychology.

Passeig de la Vall d'Hebron, 171. 08035 Barcelona. Spain

TEACHER REPORT FORM/5-18

VIII. Comparado con los alumnos/as de su edad, evalúe: <i>/Comparat amb alumnes de la seva edat, avalueu:</i>	Muy inferior <i>/Molt inferior</i>	Bastante inferior <i>/Bastant inferior</i>	Ligerament e inferior <i>/Lleument inferior</i>	En la media <i>/En la mitjana</i>	Ligerament e superior <i>/Lleument superior</i>	Bastante superior <i>/Bastant superior</i>	Muy Superior <i>/Molt superior</i>
1. Esfuerzo en el trabajo/ <i>Esforç en el treball.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Buen comportamiento. <i>/Bon comportament.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nivel de aprendizaje/ <i>Nivell d'aprenentatge.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Grado de satisfacción/ <i>Grau de satisfacció.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IX. Puntuaciones recientes en tests de rendimiento escolar (si están disponibles):  
*/Puntuacions recents a tests de rendiment escolar (si estan disponibles):*

Nombre del test <i>/Nom del test</i>	Materia <i>/Matèria</i>	Fecha <i>/Data</i>	Centil o nota obtenido <i>/Centil o nota obtinguda</i>

X. Tests de CI, lectura o aptitud (si están disponibles):  
*/Tests de QI, lectura o aptitud (si estan disponibles):*

Nombre del test <i>/Nom del test</i>	Fecha <i>/Data</i>	CI o puntuación equivalente <i>/QI o puntuació equivalent</i>

¿Tiene el alumno/a alguna enfermedad o discapacidad física o mental?  
*/Té l'alumne/a alguna malaltia o discapacitat física o mental?*     No     Sí -por favor describa-  
*/No    /Sí -si us plau descriuiu-la-*

¿Qué es lo que más le preocupa del alumno/a?  
*/Qué és el que més li preocupa de l'alumne/a?*

Por favor, describa las mejores cualidades del alumno/a:  
*/Si us plau descriuiu les seves millors qualitats:*

Por favor, escriba los comentarios que considere necesario sobre el trabajo, comportamiento o potencial del alumno/a, utilizando papel adicional si es preciso.  
*/Si us plau, escriviu els comentaris que considereu necessari sobre el treball, comportament o potencial de l'alumne/a, empreu paper adicional si us fa falta.*

## TEACHER REPORT FORM/5-18

A continuación se presentan diversas frases que describen conductas de los alumnos. Cada frase describe al alumno/a **ahora o durante los 2 últimos meses**. Por favor, haga un círculo en el nº 2 si lo que dice el enunciado es **muy verdadero o frecuentemente es verdad** sobre el alumno/a; en el nº1 si la frase es **algo cierta o le sucede a veces**; y en el 0 si **no es verdad**. Por favor conteste con la máxima exactitud posible, aunque algunas cuestiones parezcan acomodarse poco a este alumno/a.

A continuació es presenten diverses frases que descriuen conductes dels alumnes. Cada frase descriu l'alumne/a **ara o durant els darrers 2 mesos**. Si us plau, feu un cercle al núm. 2 si el que diu l'enunciat és **molt vertader o freqüentment és veritat** sobre l'alumne/a; al núm. 1 si la frase és **en part vertadera o li succeeix a vegades**; i al 0 si **no és veritat**. Si us plau contesteu amb la màxima exactitud possible, encara que algunes preguntes semblin acomodar-se poc a aquest alumne/a.

**0= No es verdad**      **1= Algo cierto o verdad a veces**      **2=Muy verdadero o frecuentemente es verdad**  
**0= No és veritat**      **1= Veritat a mitges o veritat a vegades**      **2=Molt vertader o freqüentment és veritat**

<b>0 1 2</b>	1. Se comporta de forma infantil para su edad. <i>1. Es comporta de manera infantil per a la seva edat.</i>	<b>0 1 2</b>	17. Sueña despierto/a, se queda distraído/a en sus pensamientos. <i>17. Somia despert/a, es queda distret/a en els seus pensaments.</i>
<b>0 1 2</b>	2. Tararea o hace ruidos extraños en clase. <i>2. Taral-lareja o fa sorolls estranys a classe.</i>	<b>0 1 2</b>	18. Se hace daño deliberadamente o ha intentado suicidarse. <i>18. Es fa mal deliberadament o ha intentat suïcidar-se.</i>
<b>0 1 2</b>	3. Discute mucho. <i>3. Discuteix molt.</i>	<b>0 1 2</b>	19. Exige mucha atención. <i>19. Reclama molta atenció.</i>
<b>0 1 2</b>	4. No acaba las actividades que empieza. <i>4. No acaba les activitats que comença.</i>	<b>0 1 2</b>	20. Destroza sus propias cosas. <i>20. Destrossa les seves coses.</i>
<b>0 1 2</b>	5. Se comporta como si fuera del otro sexo. <i>5. Es comporta com si fos de l'altre sexe.</i>	<b>0 1 2</b>	21. Destroza cosas que no son suyas. <i>21. Destrossa coses que no són seves.</i>
<b>0 1 2</b>	6. Desafiante, responde a los profesores. <i>6. Desafiant, contesta als professors.</i>	<b>0 1 2</b>	22. Tiene dificultades para seguir instrucciones. <i>22. Té dificultats per seguir instruccions.</i>
<b>0 1 2</b>	7. Es fanfarrón/a o presuntuoso/a. <i>7. És fanfarró/ona o presumptuós/osa.</i>	<b>0 1 2</b>	23. Es desobediente en el colegio. <i>23. És desobedient a l'escola.</i>
<b>0 1 2</b>	8. No puede concentrarse o prestar atención durante mucho rato. <i>8. No pot concentrar-se o mantenir l'atenció durant gaire estona.</i>	<b>0 1 2</b>	24. Molesta a otros alumnos/as. <i>24. Molesta altres alumnes.</i>
<b>0 1 2</b>	9. No puede apartar de su mente ciertos pensamientos, obsesiones (describa): <i>9. No pot treure's del cap certs pensaments, obsessions (descriuiu-los):</i>	<b>0 1 2</b>	25. No se lleva bien con otros alumnos/as. <i>25. No té bona relació amb els altres alumnes.</i>
<b>0 1 2</b>	10. No se puede estar quieto/a, es inquieto/a o hiperactivo/a. <i>10. No pot estar quiet/a, és inquiet/a o hiperactiu/iva.</i>	<b>0 1 2</b>	26. No parece sentirse culpable después de portarse mal. <i>26. No sembla sentir-se culpable després d'haver-se portat malament.</i>
<b>0 1 2</b>	11. Apegado/a a los adultos o demasiado dependiente. <i>11. No se separa dels adults o és massa dependent.</i>	<b>0 1 2</b>	27. Tiene celos con facilidad. <i>27. Se sent gelós/osa amb facilitat.</i>
<b>0 1 2</b>	12. Se queja de que se siente solo/a. <i>12. Es queixa que se sent sol/a.</i>	<b>0 1 2</b>	28. Come o bebe cosas que no son comida -no incluya dulces o golosinas- (describa): <i>28. Menja o beu coses que no són menjar -no hi incloeu dolços- (descriuiu-ho):</i>
<b>0 1 2</b>	13. Se siente confuso/a, o en un mar de dudas. <i>13. Se sent confús/usa o en una mar de dubtes.</i>	<b>0 1 2</b>	29. Tiene miedo a ciertos animales, situaciones o lugares -no incluya el colegio- (describa): <i>29. Té por a certs animals, situacions o llocs -no hi incloeu l'escola- (descriuiu-los):</i>
<b>0 1 2</b>	14. Llora mucho. <i>14. Plora molt.</i>		
<b>0 1 2</b>	15. Es inquieto/a, no para de moverse. <i>15. És inquiet/a, no para de moure's.</i>		
<b>0 1 2</b>	16. Es abusón/a, cruel o desconsiderado/a con los demás. <i>16. Abusa, és cruel o desconsiderat/ada amb els altres.</i>		

## TEACHER REPORT FORM/5-18

**0= No es verdad**  
0= *No és veritat*

**1= Algo cierto o verdad a veces**  
1= *Veritat a mitges o veritat a vegades*

**2=Muy verdadero o frecuentemente es verdad**  
2= *Molt vertader o freqüentment és veritat*

0 1 2	30. Tiene miedo de ir al colegio. <i>30. Té por d'anar a l'escola.</i>	0 1 2	50. Es demasiado miedoso/a o ansioso/a. <i>50. És massa poruc/uga o ansiós/osa.</i>
0 1 2	31. Tiene miedo de pensar o de hacer algo malo. <i>31. Té por de pensar o de fer alguna cosa dolenta.</i>	0 1 2	51. Le dan mareos (vértigos). <i>51. Té marejos (vertigen).</i>
0 1 2	32. Cree que tiene que ser perfecto/a. <i>32. Creu que ha de ser perfecte/a.</i>	0 1 2	52. Se siente demasiado culpable. <i>52. Sent massa culpabilitat.</i>
0 1 2	33. Se queja o piensa que nadie le quiere. <i>33. Es queixa o pensa que ningú l'estima.</i>	0 1 2	53. Habla cuando no le toca. <i>53. Parla quan no li toca.</i>
0 1 2	34. Piensa que los demás le quieren fastidiar o hacer daño. <i>34. Pensa que els altres volen fastiguejar-lo o fer-li mal.</i>	0 1 2	54. Se siente muy cansado/a. <i>54. Se sent molt cansat/ada.</i>
0 1 2	35. Cree que no vale para nada o se siente inferior. <i>35. Creu que no serveix per a res o se sent inferior.</i>	0 1 2	55. Tiene exceso de peso. <i>55. Té excés de pes.</i>
0 1 2	36. Se hace daño a menudo, es propenso/a a tener accidentes. <i>36. Es fa mal sovint, és propens/a a tenir accidents.</i>	0 1 2	56. Tiene problemas físicos a los que no se ha encontrado una causa médica: <i>56. Té problemes físics als quals no s'ha trobat una causa mèdica:</i>
0 1 2	37. Se mete en muchas peleas. <i>37. Es fica en moltes baralles.</i>	0 1 2	a. Dolores o molestias ( <b>no</b> dolores de cabeza). <i>a. Dolors o molèsties (no mals de cap).</i>
0 1 2	38. Se burlan mucho de él/ella. <i>38. Es burlen molt d'ell/a.</i>	0 1 2	b. Dolores de cabeza. <i>b. Mals de cap.</i>
0 1 2	39. Anda con chicos/as que se meten en problemas. <i>39. Va amb nois/es que es fiquen en problemes.</i>	0 1 2	c. Náuseas, ganas de vomitar. <i>c. Nàusees, ganés de vomitar.</i>
0 1 2	40. Oye ruidos o voces que no existen (describa): <i>40. Sent sorolls o veus que no existeixen (descriviu-los):</i>	0 1 2	d. Problemas en los ojos (describa): <i>d. Problemes als ulls (descriviu-los):</i>
0 1 2	41. Es impulsivo/a o hace las cosas sin pensar. <i>41. Es impulsiu/iva o fa les coses sense pensar.</i>	0 1 2	e. Erupciones u otros problemas de la piel. <i>e. Erupcions o altres problemes de la pell.</i>
0 1 2	42. Prefiere estar solo/a a estar con otros. <i>42. Prefereix estar sol/a a estar amb els altres.</i>	0 1 2	f. Dolores de barriga o retortijones. <i>f. Mals de panxa o d'estómac.</i>
0 1 2	43. Dice mentiras o hace trampas. <i>43. Diu mentides o fa trampes.</i>	0 1 2	g. Vómitos. <i>g. Vòmits.</i>
0 1 2	44. Se muerde las uñas. <i>44. Es mossega les ungles.</i>	0 1 2	h. Otros (describa): <i>h. Altres (descriviu-los):</i>
0 1 2	45. Es nervioso/a, sensible o tenso/a. <i>45. És nerviós/osa, sensible o tens/a.</i>	0 1 2	57. Agrede, ataca físicamente a otras personas. <i>57. Agredeix, ataca físicament altres persones.</i>
0 1 2	46. Tiene tics o movimientos nerviosos (describa): <i>46. Té tics o moviments nerviosos (descriviu-los):</i>	0 1 2	58. Se mete el dedo en la nariz, se arranca padrastrós o se rasca diversas partes del cuerpo (describa): <i>58. Es fica el dit al nas, s'arrenca repelons o es rasca altres parts del cos (descriviu-ho):</i>
0 1 2	47. Se adapta excesivamente a las normas. <i>47. S'adapta excessivament a les normes.</i>	0 1 2	59. Se duerme en clase. <i>59. Es dorm a classe.</i>
0 1 2	48. No cae bien a otros alumnos/as. <i>48. No cau bé a altres alumnes.</i>	0 1 2	60. Apático/a o poco motivado/a. <i>60. Apàtic/a o poc motivat/ada.</i>
0 1 2	49. Tiene dificultades de aprendizaje. <i>49. Té dificultats d'aprenentatge.</i>	0 1 2	61. Su trabajo escolar es deficiente. <i>61. El seu treball escolar és deficient.</i>

## TEACHER REPORT FORM/5-18

0= No es verdad  
0= No és veritat

1= Algo cierto o verdad a veces  
1= Veritat a mitges o veritat a vegades

2=Muy verdadero o frecuentemente es verdad  
2=Molt vertader o freqüentment és veritat

0 1 2	62. Es patoso, torpe, desgarbado. <i>62. Es barroer/a, maldrestre/a o desmanegat/da..</i>	0 1 2	79. Tiene problemas de habla (describe): <i>79. Té problemes de parla (descriuiu-los):</i>
0 1 2	63. Prefiere estar con compañeros/as mayores. <i>63. Prefereix estar amb companys/anyes més grans.</i>		
0 1 2	64. Prefiere estar con compañeros/as menores. <i>64. Prefereix estar amb companys/anyes més petits.</i>		
0 1 2	65. Se niega a hablar. <i>65. Es nega a parlar.</i>	0 1 2	80. Se queda absorto/a mirando al vacío. <i>80. Es queda absort/a mirant el buit.</i>
0 1 2	66. Repite ciertos actos una y otra vez, compulsiones (describe): <i>66. Repeteix certs actes contínuament, compulsions (descriuiu-los):</i>	0 1 2	81. Se siente herido/a cuando le critican. <i>81. Se sent ferit/ida quan el critiquen.</i>
		0 1 2	82. Roba. <i>82. Roba.</i>
		0 1 2	83. Almacena cosas que no necesita (describe): <i>83. Emmagatzema coses que no necessita (descriuiu-les):</i>
0 1 2	67. Perturba la disciplina de la classe. <i>67. Pertorba la disciplina de la classe.</i>		
0 1 2	68. Grita mucho. <i>68. Crida molt.</i>	0 1 2	84. Se comporta de forma extraña o rara (describe): <i>84. Es comporta de manera estranya o rara (descriuiu-ho):</i>
0 1 2	69. Es reservado/a, se guarda las cosas para sí mismo/a. <i>69. És reservat/ada, es guarda les coses per si mateix/a.</i>		
0 1 2	70. Ve cosas que no existen (describe): <i>70. Veu coses que no existeixen (descriuiu-les):</i>	0 1 2	85. Tiene ideas extrañas o raras (describe): <i>85. Té idees estranyes o rares (descriuiu-les):</i>
0 1 2	71. Se siente inseguro/a o cohibido/a con facilidad. <i>71. Se sent insegur/a o cohibit/ida amb facilitat.</i>	0 1 2	86. Es tozudo/a, malhumorado/a o irritable. <i>86. És tossut/uda, malhumorat/ada o irritable.</i>
0 1 2	72. Su trabajo es sucio y descuidado. <i>72. El seu treball és brut i descurat.</i>	0 1 2	87. Cambia repentinamente de humor o de sentimientos. <i>87. Canvia sobtadament d'humor o de sentiments.</i>
0 1 2	73. Se comporta irresponsablemente. <i>73. Es comporta irresponsablement.</i>	0 1 2	88. Se enfurruña o se molesta con facilidad. <i>88. S'enfurrunya o es molesta amb facilitat.</i>
0 1 2	74. Le gusta llamar la atención o hacer el payaso. <i>74. Li agrada cridar l'atenció o fer el pallaso.</i>	0 1 2	89. Es desconfiado/a. <i>89. És desconfiat/ada.</i>
0 1 2	75. Es tímido/a o vergonzoso/a. <i>75. És tímid/a o vergonyós/osa.</i>	0 1 2	90. Dice palabrotas. <i>90. Diu paraulotes</i>
0 1 2	76. Tiene un comportamiento explosivo o impredecible. <i>76. Té un comportament explosiu o impredecible.</i>	0 1 2	91. Dice que se quiere matar. <i>91. Diu que es vol matar.</i>
0 1 2	77. Sus demandas deben ser satisfechas inmediatamente, se frustra con facilidad. <i>77. Les seves demandes han de ser satisfetes immediatament, es frustra amb facilitat.</i>	0 1 2	92. Rinde por debajo de sus capacidades. <i>92. Rendeix per sota de les seves capacitats.</i>
		0 1 2	93. Habla demasiado. <i>93. Parla massa.</i>
0 1 2	78. Poco atento/a, se distrae con facilidad. <i>78. Poc atent/a, es distreu amb facilitat.</i>	0 1 2	94. Se burla mucho de los demás. <i>94. Es burla molt dels altres.</i>
		0 1 2	95. Tiene rabieta o mal genio. <i>95. Fa rebequeries o té mal geni.</i>

## TEACHER REPORT FORM/5-18

0= No es verdad      1= Algo cierto o verdad a veces      2=Muy verdadero o frecuentemente es verdad  
 0= No és veritat      1= Veritat a mitges o veritat a vegades      2=Molt vertader o freqüentment és veritat

0 1 2	96. No piensa en otra cosa que en el sexo. <i>96. No pensa en altra cosa que en el sexe.</i>	0 1 2	106. Demasiado ansioso/a por complacer. <i>106. Massa ansiós/osa per complaure.</i>
0 1 2	97. Amenaza a otras personas. <i>97. Amenaça altres persones.</i>	0 1 2	107. No le gusta la escuela. <i>107. No li agrada l'escola.</i>
0 1 2	98. Llega tarde a la escuela o clase. <i>98. Arriba tard a l'escola o a classe.</i>	0 1 2	108. Teme cometer errores. <i>108. Te por d'equivocar-se..</i>
0 1 2	99. Se preocupa demasiado por el orden y la limpieza. <i>99. Es preocupa massa per l'ordre i la netedat.</i>	0 1 2	109. Es un/a quejica, se queja por todo. <i>109. És un/a rondinaire, es queixa per tot.</i>
0 1 2	100. No acaba las tareas asignadas. <i>100. No acaba les tasques assignades.</i>	0 1 2	110. Apariencia personal desaseada. <i>110. Aparença personal descurada.</i>
0 1 2	101. Hace novillos o falta a clase. <i>101. Fa campana o falta a classe.</i>	0 1 2	111. Es retraído/a, evita relacionarse con los demás. <i>111. És retret/a, evita relacionar-se amb els altres.</i>
0 1 2	102. Es poco activo/a, se mueve con lentitud o le falta energía. <i>102. És poc actiu/iva, es mou amb lentitud o li falta energia.</i>	0 1 2	112. Se preocupa. <i>112. Es preocupa.</i>
0 1 2	103. Se siente desgraciado/a, triste o deprimido/a. <i>103. Se sent desgraciat/ada, trist/a o deprimi/ida.</i>	113. Por favor, escriba a continuación cualquier otro problema que tenga el alumno/a y que no haya aparecido en la lista anterior: <i>113. Si us plau, escriviu a continuació qualsevol altre problema que tingui l'alumne/a i que no hagi aparegut a la llista anterior:</i>	
0 1 2	104. Es muy ruidoso/a o escandaloso/a. <i>104. És molt sorollós/osa o escandalós/osa.</i>	0 1 2	_____
0 1 2	105. Consume alcohol o toma drogas no prescritas por el médico (describa): <i>105. Pren alcohol o drogues no prescrites pel metge (descriviu-les):</i>	0 1 2	_____
		0 1 2	_____
			_____

POR FAVOR ASEGÚRESE DE HABER RESPONDIDO TODAS LAS PREGUNTAS.  
 SI US PLAU ASSEGUREU-VOS D'HAYER CONTESTAT TOTES LES PREGUNTES.

**ESCALA REVISADA DE CONNERS PER A PROFESSORS (Versió abreujada)**

¡Error! Marcador no definido.

**Nom** ..... **Edat** ..... **Curs** ..... **Sexe (H) (D)** .....

**Data de naixement** ..... **Data d'avui** .....

**Nom del professor** .....

**Instruccions:** A continuació hi ha una sèrie de problemes que poden presentar els nens a l'escola. Si us plau, valoreu cada enunciat pensant en la freqüència amb què s'ha presentat cada problema en el darrer mes. Per a cada frase, pregunteu-vos: "Fins a quin punt això ha estat un problema en el darrer mes?" i encercleu el número de la resposta que cregueu més adequada. Si no s'ha presentat mai, es dóna rara vegada o és molt poc freqüent, senyaleu el 0. Si és molt cert, es dóna molt sovint o freqüentment, senyaleu el 3. Marqueu l'1 o el 2 per valorar el terme mitjà. Si us plau, responeu en tots els enunciats.

¡Error! Marcador no definido.	No és veritat (Mai, poques vegades)	Una mica cert (Ocasionalment)	Bastant cert (Sovint)	Molt cert (Molt freqüent)
1. Desatent, es distreu amb facilitat	0	1	2	3
2. Desafiant	0	1	2	3
3. Inquiet, en el sentit que es mou molt	0	1	2	3
4. Oblida coses que acaba d'aprendre	0	1	2	3
5. Molesta els altres nens	0	1	2	3
6. Desafia activament o rebutja obeir el que els adults li demanen	0	1	2	3
7. Està sempre en moviment o actua com si tingués un motor	0	1	2	3
8. El seu nivell d'ortografia és baix	0	1	2	3
9. No pot estar-se quiet	0	1	2	3
10. Rancorós o venjatiu	0	1	2	3
11. Abandona el seu lloc a classe o en altres situacions en les quals s'espera que estigui assegut	0	1	2	3
12. Mou en excés mans o peus o es belluga quan està assegut	0	1	2	3
13. Llegeix malament, comparat amb els nens de la seva edat	0	1	2	3
14. Manté poca estona l'atenció	0	1	2	3
15. Discuteix amb els adults	0	1	2	3
16. Només està atent a les coses en les quals està interessat realment	0	1	2	3

**ESCALA REVISADA DE CONNERS PER A PROFESSORS (Versió abreujada)**

¡Error! Marcador no definido.

<b>¡Error! Marcador no definido.</b>	<b>No és veritat (Mai, poques vegades)</b>	<b>Una mica cert (Ocasionalment)</b>	<b>Bastant cert (Sovint)</b>	<b>Molt cert (Molt freqüent)</b>
17. Li costa esperar el seu torn	0	1	2	3
18. No té interès per les tasques escolars	0	1	2	3
19. La distracció o la dificultat per mantenir l'atenció són un problema	0	1	2	3
20. Temperament explosiu, comportament imprevisible	0	1	2	3
21. Corre per tot arreu o s'enfila als llocs en situacions en les quals és inapropiat	0	1	2	3
22. Nivell baix en càlcul	0	1	2	3
23. Interromp o molesta els altres (p.e.: es fica en les converses o jocs dels altres)	0	1	2	3
24. Té dificultats per jugar o dedicar-se a activitats de lleure amb tranquil·litat	0	1	2	3
25. No acaba allò que comença	0	1	2	3
26. No segueix les ordres o instruccions i no acaba les tasques escolars (no es deu al fet que no entengui les instruccions o que es negui a seguir-les)	0	1	2	3
27. Excitable, impulsiu	0	1	2	3
28. Inquiet, sempre està en moviment	0	1	2	3

Traducido por J. Amador-Campos y colaboradores. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic. Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona (1999).

*Adapted and reproduced by special permission of the Publisher, Multi-Health System, Inc., from the Conner's Rating Scales – Revised. Copyright © by C. Keith Conners. Multi-Health Systems Inc. 1997.*

ESCALA TDAH (VERSIÓ PER A PROFESSORS) ;Error! Marcador no definido.

A continuació hi ha una sèrie de frases que descriuen la conducta de l'alumne/a. Si us plau, Encerclau el nombre de la columna que millor el/la descrigui. Per exemple, en la frase 3: "Nom sembla escoltar quan se li parla directament".

	No és cert	Li passa algunes vegades	Li passa moltes vegades	És cert li passa gairabé sempre
1. No para atenció suficient als detalls o fa errades, per descuit, a les tasques escolars o en altres activitats	0	1	2	3
2. Té dificultat per mantenir l'atenció en tasques o activitats lúdiques	0	1	2	3
3. No sembla escoltar quan se li parla directament	0	1	2	3
4. No segueix les ordres o instruccions (no es deu a incapacitat per entendre-les o al fet que es negui a seguir-les)	0	1	2	3
5. Té dificultats per organitzar tasques i activitats	0	1	2	3
6. Es mostra remís/is, li desgrada o evita dedicar-se a tasques que requereixen un esforç mental sostingut (per ex. Treballs escolars o de casa)	0	1	2	3
7. Perd objectes necessaris per realitzar tasques o activitats (per ex. Joguines, llapis, quaderns, activitats escolars, etc.)	0	1	2	3
8. Es distreu fàcilment per estímuls irrellevants	0	1	2	3
9. Es descuidat/da en les activitats diàries	0	1	2	3
10. Mou en excés mans o peus o es belluga en el seu seient	0	1	2	3
11. Abandona el seu seient a la classe o en altres situacions en què s'espera que es mantingui assegut/da	0	1	2	3

12. Corre o salta excessivament en situacions en què no és apropiat fer-ho	0	1	2	3
13. Té dificultats per jugar o dedicar-se tranquilament a activitats d'oci	0	1	2	3
14. “Esta en marxa”, sol actuar com si tingués un motor	0	1	2	3
15. Parla en excés	0	1	2	3
16. Es precipita i dóna les respostes abans que s'hagin acabat les preguntes	0	1	2	3
17. Té dificultats per guardar el seu torn	0	1	2	3
18. Interromp o s'immiscueix en les activitats dels altres (per ex. Es fica emmig de converses o jocs)	0	1	2	3

---

Elaborado a partir de los criterios del DSM-IV (APA, 1995) por J.A. Amador Campos. Facultad de Psicología. U. de Barcelona, 1996