

# TDAH Estudio de caso

---

## TRABAJO FINAL DE GRADO EN PSICOLOGÍA

**Autor/ a: Laura Villa Mata**

DNI: 45842990B

Tutor/a: Sara Cantavella Edo

*Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Social y Metodología*



Convocatoria de presentación : Julio 2015



# ÍNDICE

Resumen .....	4
Abstract .....	4
Extended Summary .....	5-7
1. INTRODUCCIÓN .....	8-9
1.1. Evaluación y Diagnóstico .....	10
1.2. Intervención en TDAH .....	10
1.2.1. Tratamiento Psicológico .....	11-12
1.2.2. Tratamiento Psicopedagógico .....	13
1.2.3. Tratamiento Farmacológico .....	13
2. MÉTODO .....	14
2.1. Historia Clínica .....	14
3. PROCEDIMIENTO .....	15
3.1. Evaluación .....	15
3.2. Pruebas psicométricas administradas .....	15-20
4. DIAGNÓSTICO .....	21
5. INTERVENCIÓN .....	21
5.1. Psicológica .....	21
5.2. Psicopedagógica .....	22-26
5.3. Farmacológica .....	26
6. SEGUIMIENTO .....	27
7. CONCLUSIONES .....	27-28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	29-30

## **Resumen**

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo muy frecuente en niños y adolescentes. Consiste en una disfunción neurobiológica, de origen cerebral, que afecta a la capacidad del niño, adolescente o adulto para prestar atención, regular su actividad motriz (hiperactividad) y frenar sus comportamientos (impulsividad) con mayor frecuencia e intensidad de lo que es habitual según la edad y el desarrollo del niño/a. Tiene repercusiones conductuales, académicas, psicológicas y sociales muy importantes, que afectan en gran medida a la vida tanto del que lo padece como de su familia. Se caracteriza no solo por sus disfunciones cognitivas sino también por la existencia de importantes alteraciones afectivas, tanto motivacionales como emocionales. Además, estas conductas interfieren de forma significativa en el rendimiento escolar o laboral y en sus actividades cotidianas.

Este trabajo tiene como objetivo documentar el proceso terapéutico llevado a cabo en el caso de un menor diagnosticado de TDAH comórbido con un trastorno de la expresión escrita y de la lectura según el DSM-IV. Para ello se aportan datos acerca de la evaluación mediante una batería de pruebas psicométricas administrada al niño, además de entrevistas y cuestionarios a los padres y profesora del colegio, diagnóstico e intervención del niño.

Se llevó a cabo una intervención multimodal dado los beneficios de ésta observados en otras investigaciones. En ella se engloban tres áreas complementarias (Psicológica, psicopedagógica y farmacológica) e intervienen tanto la familia, el colegio como el propio niño. Tras dos años de intervención lo que se observa es una gran mejoría en todos los ámbitos.

**Palabras clave:** TDAH, comorbilidad, hiperactividad, impulsividad, intervención multimodal, proceso terapéutico y diagnóstico.

## **Abstract**

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder very common in children and teenagers. It consists in a neurobiological dysfunction, of cerebral origin, which affects the child's or teenager's or adult's capacity of paying attention, of regulating their motor activity (Hyperactivity) and of curbing their behaviors (impulsivity) with greater frequency and intensity of what is normal according to the age and development of the child. It has behavioral, academic, psychological and social consequences, which affect both, the one from the person who suffers the problem, and the one from his/her family. It is characterized not only by its cognitive dysfunctions but also by the existence of important

affective alterations, both, motivational and emotional alterations. Moreover, these behaviors interfere significantly in the academic results or in their work performance and daily activities.

The aim of this paper is to document the therapeutic process carried out in a clinical case of an 8-year-old boy diagnosed for ADHD and disorder of written expression and reading.

A multimodal intervention was conducted given the benefits observed in other investigations. It encompasses three complementary areas (psychological, psycho-pedagogical and pharmacologic) and it involved the family, the school and the child. After two years of intervention that is observed is a great improvement in all areas.

For this purpose, some data about the assessment through a battery of psychometric tests administered to the child is given, as well as interviews and questionnaires provided to the parents and to the school teacher.

**Key words:** ADHD, comorbidity, hyperactivity, impulsivity, multimodal intervention, therapeutic process, diagnostics

## **Extended Summary**

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder very common in children and teenagers. It consists in a neurobiological dysfunction, of cerebral origin, which affects the child's or teenager's or adult's capacity of paying attention, of regulating their motor activity (Hyperactivity) and of curbing their behaviors (impulsivity) with greater frequency and intensity of what is normal according to the age and development of the child. It has behavioral, academic, psychological and social consequences, which affect both, the one from the person who suffers the problem, and the one from his/her family. It is characterized not only by its cognitive dysfunctions but also by the existence of important affective alterations, both, motivational and emotional alterations. Moreover, these behaviors interfere significantly in the academic results or in their work performance and daily activities.

The aim of this paper is to document the therapeutic process carried out in a clinical case of an 8-year-old boy diagnosed for ADHD and disorder of written expression and reading.

For this purpose, some data about the assessment through a battery of psychometric tests administered to the child is given, as well as interviews and questionnaires provided to the parents and to the school teacher.

Psychometric tests that were administered to the child were:

**PROLEC-R:** it evaluates the difficulties in reading during the primary schooling period. In the results, we can observe that M. presents difficulties of different severity in the 4 main processes involved in reading.

**TALE:** It was given the part corresponding to the reading to the child and the results were lower than expected for his age.

It collects information about the child's usual behavior; this was given to the school teacher and to the parents. The results are high scores by their parents (H) and high scores by the tutor (DA)

**MY memory test:** It measures the immediate memory and the results obtained that M. presents a high difficulty in memory.

**CSAT:** It evaluates the capacity of sustained attention by a monitoring child task. The scores indicate that M. has attentional and low discrimination capacity.

**MFF-20:** It evaluates the Reflexivity-Impulsivity construct when the child is faced to certain tasks defined by uncertainty (several alternatives) of which only one is correct. In this case, there are no observable difficulties in impulsivity according to the scores achieved.

**AF5:** It evaluates the social self-concept, academic/professional, emotional, physical and familiar. And the results show that M. has a low self-concept regarding his physical appearance, while it has a high self-concept at social and family level.

**WISC-IV:** It provides information about the child's general intellectual ability. And scores show that M. has a CI average.

**EFEN:** Battery to evaluate the global development of the child. His reviews indicate inhibition problems, poor ability to set the behavior and the existence of possible attentional difficulties and limited mental flexibility.

After the tests and interviews with M., the questionnaires answered by parents and by the school teacher and the clinical interviews to the parents, it is concluded that M. has a medium intellectual capacity in comparison with children at the same age. And it is diagnosed with ADHD co-morbid with a disorder of written expression and reading according to the DSM-IV.

In the case of M. it was decided to carry out multimodal intervention which encompasses three complementary areas (psychological, psycho-pedagogical and pharmacologic) and which it is

involved the family, the school and the child. All supported by the existing literature (Mateo, 2006; Tirado et al., 2004).

After two years of intervention, it is observed a great improvement in all areas. At the behavioral level it has improved by decreasing the disruptive behavior in the classroom and the aggression at home. And at the psycho-pedagogical level, M. has evolved positively. Although it continues presenting some difficulties in the languages (Valencian and Castilian), his evolution is good.

Therefore, it can be concluded that:

At a psychological level, it would be advisable to track his behavior and social relations. Moreover, at a family level, it would be beneficial to obtain greater involvement by parents.

An important aspect to deal with parents through meetings would be the evolution of the ADHD symptoms throughout life, commenting the possible risks in adolescence, since they must be prepared before changes and difficulties.

At a psycho-pedagogical level, it is recommended to continue with the intervention, to adapt to the new needs of M. in subsequent courses, since the objective is to achieve a full development of the abilities of the child.

It would be interesting to do a retest of the tests done at the beginning of the treatment to see if there is an improvement after the intervention. And depending on the results we would act in a way or another.

Seeing currently that the ability in which M. shows greater difficulty is in reading and writing, we will strengthen this aspect with material provided by the Center and the school.

Finally, to pharmacological level would be interesting to propose to the neuro-paediatrician an assessment on whether to reduce the medication or even eliminate it completely, due to the improvement degree observed in M. during the two years of intervention. Some regular visits to the neuro-paediatrician are needed to see how it progresses and that the doctor values if the child continue with the decline of the medication or not.

## INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo muy frecuente en niños y adolescentes. Consiste en una disfunción neurobiológica, de origen cerebral, que afecta a la capacidad del niño, adolescente o adulto para prestar atención, regular su actividad motriz (hiperactividad) y frenar sus comportamientos (impulsividad). Tiene repercusiones conductuales, académicas, psicológicas y sociales muy importantes, y afecta mucho a la vida tanto del que lo padece como de su familia (Nicolau, Díez, & Soutullo, 2014). Se caracteriza no solo por sus disfunciones cognitivas sino también por la existencia de importantes alteraciones afectivas, tanto motivacionales como emocionales.

Hablar de TDAH supone que el/la niño/a presenta un conjunto de conductas persistentes en cuanto a la desatención, hiperactividad e impulsividad con mayor frecuencia e intensidad de lo que es habitual según la edad y el desarrollo del niño/a. Además, estas conductas interfieren de forma significativa en el rendimiento escolar o laboral y en sus actividades cotidianas, según el Manual Diagnóstico DSM-5 (*Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*, 2014).

La impulsividad impide aplazar la respuesta y esperar al momento adecuado interrumpiendo con frecuencia a los demás. A nivel académico el TDAH manifiesta errores, desorden y escasa elaboración de la tarea. En adolescencia puede estar asociado con conductas de riesgo (Quintero Gutiérrez del Álamo, Correas Lauffer, & Quintero Lumbreras, 2009).

Los síntomas de la hiperactividad son el constante movimiento de los niños (inquietud psicomotriz), percibidos por su entorno como excesivamente activos. Les cuesta estar sentados, se retuercen en la silla, se levantan y cambian de postura (American Psychiatric Association, 2013). A nivel académico tienden a hablar en exceso constantemente y en situaciones inadecuadas, les resulta difícil relajarse, calmarse y presentan gran dificultad en el juego normativo.

El déficit de atención consiste en la dificultad para hacer uso constructivo de la atención tanto para focalizarla, como para sostenerla a lo largo del tiempo o en su capacidad adaptativa. Estos problemas de atención no se dan solo en TDAH sino que pueden estar presentes en otras patologías (Quintero Gutiérrez del Álamo et al., 2009). A nivel académico presentan una distrabilidad excesiva, de forma que cualquier elemento extraño consigue desviar su atención. No parecen escuchar cuando se les habla, lo que interfiere con la comprensión de las órdenes dadas por profesores y padres y por tanto en su incumplimiento. Tienen dificultades para sostener la atención y mantener su concentración especialmente a la hora de realizar tareas complejas o deberes ya que las perciben como monótonas y aburridas. Por lo que muchos de ellos necesitan de una ayuda externa para realizar estas tareas.

Existen otra serie de características que sin ser síntomas principales, están asociadas al TDAH. Es frecuente el mal desarrollo de las habilidades sociales, lo que interfiere la relación con el grupo de iguales. Estas dificultades están motivadas por la impulsividad y la hiperactividad en unas ocasiones, y por el déficit de atención en otras. Algunos niños con TDAH pasan mucho tiempo solos, se sienten rechazados por sus iguales o juegan con niños más pequeños ya que toleran mejor sus síntomas. Además tienen graves dificultades de adaptación cuando se producen cambios en su rutina, especialmente a la vuelta de periodos vacacionales (McCormick,2000).

La escritura suele ser difícil y pobre. Les cuesta mantener la motivación en tareas durante tiempos prolongados, sobre todo si no existe un reforzador inmediato. Esto a su vez produce llamadas de atención y recriminaciones por parte de adultos y compañeros.

La suma de estos síntomas hace que la autoestima de estos pacientes sea especialmente frágil.

Aproximadamente la mitad de los pacientes diagnosticados de TDAH presentan al menos un trastorno Psiquiátrico comórbido (Díez Suárez, Soutullo Esperón, & Figueroa Quintana, 2006). Cuando nos encontramos con un TDAH con comorbilidades se complica el diagnóstico, empeora la evolución y puede que exista una menor respuesta al tratamiento (Nicolau, et al.,2014). Lo trastornos comórbidos más comunes en el TDAH son:

- **Trastorno negativista desafiante.** Entre el 35 y el 60% de niños/as con TDAH, presentan también un trastorno negativista desafiante (Krieger & Amador, 2013). Podría ser ocasionado, por las dificultades a la hora de establecer pautas educativas coherentes.
- **Trastornos de aprendizaje.** Entre el 8 y el 39% tienen un trastorno de lectura, y del 12 al 30% trastorno de cálculo (Nicolau, et al.,2014). Estas dificultades, pueden ser generadas, por la problemática con que se encuentran en el desarrollo de las funciones ejecutivas.
- **Trastornos por tics.** El 18% de los niños presentan un trastorno de tics/ síndrome de Tourette 2% (Krieger & Amador, 2013). Se observan movimientos involuntarios asociados a su base neurológica.
- **Trastornos de ansiedad.** Los trastornos de ansiedad (angustia, fobia, obsesivo compulsivo, ansiedad generalizada, ansiedad de separación) están presentes entre el 40 y el 53% de los casos (Krieger & Amador, 2013). Los síntomas obedecen más a aspectos emocionales y adaptación con el entorno.

## **EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO**

El TDAH es un trastorno heterogéneo y por lo cual difícil de diagnosticar, en la actualidad el diagnóstico es eminentemente clínico y por ello es necesario que el responsable sea un profesional (psiquiatra, neuropediatra, neurólogo o pediatra) (Quintero Gutiérrez del Álamo et al., 2009). Dentro del diagnóstico no solo se debe centrar en los síntomas, sino también en la posible presencia de trastornos o dificultades asociadas que influyen en el planteamiento terapéutico y en el pronóstico.

Al efectuar un diagnóstico se debe realizar una historia clínica compuesta por una anamnesis (entrevista clínica a los padres y profesores puesto que es un menor), exploración física para descartar que los síntomas puedan estar causados por una enfermedad, y valorar la presencia de comorbilidades, todo ello ayudará a una mejor valoración del paciente (Quintero Gutiérrez del Álamo et al., 2009).

Es conveniente apoyar el diagnóstico con una evaluación neuropsicológica, la cual nos ayuda a evaluar el desarrollo madurativo del niño con el fin de determinar las capacidades de éste tanto a nivel intelectual como cognitivo. Además esta evaluación es la que nos permite evidenciar las mejoras o ausencia de ellas que obtiene el menor bajo los efectos de la medicación (Mejía, Arrebillaga, Avendaño, & Etchepareborda, 2013).

## **INTERVENCIÓN EN TDAH**

En la actualidad existen distintos tratamientos para abordar el TDAH, dado que se trata de un trastorno mayoritariamente crónico y con una alta comorbilidad, es necesario elaborar un plan de tratamiento lo más completo posible, con evaluaciones y modificaciones de forma periódica para observar los resultados que se están consiguiendo y adaptarlo a las necesidades personales, familiares, sociales y emocionales de los pacientes.

Se ha demostrado en diversas investigaciones los beneficios de utilizar un tratamiento multimodal (combinado) e individualizado, teniendo en cuenta al paciente y a su familia (Tirado, Martín, & Lucena, 2004). Cuyo objetivo es disminuir los síntomas al mismo tiempo que se reducen las complicaciones derivadas del trastorno y el impacto negativo que puede tener en la vida de los pacientes y de su entorno.

El tratamiento multimodal está compuesto por tres aspectos:

- Tratamiento psicológico.
- Tratamiento psicopedagógico (padres y profesores).
- Tratamiento farmacológico.

## Tratamiento Psicológico

La intervención psicológica se debe realizar tanto en el paciente como en el entorno familiar. Una vez valoradas las necesidades individuales del paciente se crea un plan de tratamiento personalizado. Hay dos terapias que han demostrado evidencia científica para el TDAH: la terapia conductual y la cognitiva. Se ha demostrado que mediante una intervención cognitivo-conductual basada en la formación de padres y docentes, y posterior entrenamiento específico y directo sobre el niño, se producen mejoras significativas en las conductas problema de los alumnos con TDAH (Tirado et al., 2004).

En un primer lugar, la terapia conductual analiza la conducta del niño e identifica cuales son los factores que hacen que la conducta sea inadecuada, y se establecen unos objetivos para modificar aquel comportamiento que se quiere eliminar. Esto se puede observar en la Tabla 1 (Isabel Orjales Villar, 2002).

**Tabla 1.** *Técnicas Terapia conductual*

<b>Refuerzo positivo</b>	Se presenta un estímulo “bueno” (algo que gusta o le interesa al niño) tras realizar una conducta positiva. Esto produce que aumente la probabilidad de que la conducta vuelva a producirse.
<b>Economía de fichas</b>	Establece una serie de conductas específicas y a su vez premios que se podrán conseguir al realizarlas. Esta técnica pretende fomentar las buenas conductas (reforzamiento positivo – al conseguir fichas) y disminuir las conductas indeseadas (castigo negativo – al perder fichas).
<b>Extinción</b>	Es el modelo más utilizado para reducir una conducta. Se trata de disminuir la respuesta reforzada a un comportamiento indeseado. Por ejemplo: Dejar de atender al niño cada vez que patalea para conseguir algo
<b>Tiempo fuera</b>	Está técnica pretende privar al niño de cualquier reforzador que pueda tener en el contexto de una mala conducta, aislándolo durante un corto período de tiempo (1 a 5 minutos). Se le debe explicar previamente al niño (sin mostrar mucha atención) que su comportamiento no es el correcto y que dispone de un momento aislado para reflexionar sobre ello.

---

**Sobrecorrección**

Cuando el niño realiza un comportamiento negativo se le pide que rectifique con el fin de restaurar el daño que ha hecho.

---

Por su parte, la terapia cognitiva pretende identificar las dificultades en los procesos de aprendizaje, memoria, toma de decisión etc., para cambiarlos a otros más adecuados. Mediante (Isabel Orjales Villar, 2002):

**Autoinstrucciones:** Se modifican los pensamientos sustituyéndolos por otros más útiles para alcanzar los objetivos. Ej.: “Voy a escuchar al profesor”.

**Técnicas de autocontrol:** Consiste en aprender a reducir los comportamiento impulsivos que a largo plazo no son beneficiosos.

**Técnicas de inhibición de respuesta:** entrenar al niño en la toma de decisiones. Párate y piensa: El niño deberá tomar consciencia de la situación recapitando que alternativa es la mejor para actuar y por último se realizará una autoevaluación de la situación.

**Técnica de resolución de problemas** consiste en una serie de pasos cuyo objetivo es ayudar al niño a resolver sus propios problemas mejorando las competencias sociales y disminuyendo el malestar psicológico que éste pueda padecer.

Como se ha comentado anteriormente, es necesaria la participación de la familia durante el proceso de evaluación y especialmente en la intervención. Será por ello importante implicarles durante todo el proceso, proporcionarles información en torno al trastorno, su conceptualización, su etiología, diagnóstico y pronóstico, así como trabajar las expectativas de intervención (Mateo, 2006).

Por lo que respecta al profesorado, va a tener igualmente un papel importante en la evaluación y tratamiento. Desde el contexto escolar se obtiene información significativa en torno a los aspectos sociales (interrelación) y académicos, como son el nivel de competencia curricular, estilos de aprendizaje, nivel de atención, comportamiento/s disruptivos/s en el aula, etc. (Mateo, 2006).

### **Tratamiento Psicopedagógico**

El alumno con TDAH muestra un menor compromiso académico y mayores tasas de comportamiento disruptivo y de falta de atención en el aula (Vile Junod, DuPaul, Jitendra, & Volpe, 2006). Por tanto, la intervención psicopedagógica se centra en la mejora del rendimiento académico y su objetivo es favorecer las competencias académicas y potenciar el uso de recursos educativos como son las técnicas de estudio, apoyo educativo y normas en el aula.

El TDAH no afecta solo a la conducta, sino que también afecta a nivel cognitivo. Por lo que hay que ayudar al niño a que compense esta dificultad utilizando distintas habilidades. Dicha enseñanza en la ejecución de tareas, organización y planificación son necesarias para un buen rendimiento escolar (Quintero Gutiérrez del Álamo et al., 2009). Por lo que el profesorado debe estar preparado para poder hacer frente ante las dificultades que presenta un niño con TDAH.

### **Tratamiento Farmacológico**

El tratamiento farmacológico es una de las opciones terapéuticas para niños a partir de 6 años cuando el trastorno se presenta en forma moderada o grave. Se aconseja que la medicación debe tomarse todos los días del año. Los tratamientos farmacológicos deben ser recomendados por el neuropediatra o el psiquiatra tras el estudio individualizado de cada niño (Quintero Gutiérrez del Álamo et al., 2009).

Las características de los tratamientos farmacológicos son las siguientes (Quintero Gutiérrez del Álamo et al., 2009):

- La medicación reduce la hiperactividad motriz, la agresividad y mejora la atención y concentración.
- Su efecto es limitado (Sólo mientras dura la medicación), pero facilitan la aplicación de los tratamientos psicológicos de forma paralela.
- Su facilidad de aplicación y sus efectos inmediatos, permiten en ocasiones que el niño mantenga el ritmo de aprendizaje y no pierda curso.
- Si la aplicación no se realiza de forma cuidadosa, el niño o los padres pueden atribuir las mejoras a la medicación y no a su propio esfuerzo, reduciendo la sensación de control del niño sobre su propia conducta.

- En muchos casos el tratamiento puede interrumpirse en la adolescencia, pero debe continuarse si el trastorno sigue produciendo alteraciones graves del comportamiento o del rendimiento laboral o académico.

En España, los fármacos más utilizados para el TDAH son: El Metilfenidato (MTF) y la Atomoxetina (ATX) ambos indicados y aprobados para niños mayores de 6 años (Suárez, A. 2006). Está demostrado que reducen las manifestaciones clínicas de inquietud, inatención e impulsividad, por lo que mejoran la calidad de las relaciones sociales y el rendimiento académico. Sus reacciones adversas son diversas y con frecuencia causan malestar (disminución de apetito, tics motores, problemas de sueño, dolores de cabeza, náuseas, fatiga e irritabilidad), dificultando el tratamiento. Por ello, es necesario un seguimiento de estos pacientes (Palomino, C. Pérez Guerrero, M.<sup>ª</sup>J., & Martín-Calero. 2013). El objetivo del uso de fármacos en el tratamiento del TDAH es aminorar los síntomas en cuanto a frecuencia e intensidad. En particular los estimulantes han demostrado ser efectivos para aumentar la atención y concentración en personas con TDAH (Quinlan, 2000).

## MÉTODO

El objetivo del presente trabajo es documentar el proceso terapéutico llevado a cabo en un caso clínico de un niño de 8 años diagnosticado de TDAH y trastorno de la expresión escrita y de la lectura. Para ello se aportan datos acerca de la evaluación, diagnóstico e intervención.

### *Historia clínica del sujeto*

El paciente se llama M. y en el momento de la intervención contaba con 8 años de edad y cursaba 3ºEPO en un colegio público. En ese momento presentaba problemas de atención, inquietud e impulsividad además de dificultades en lectura y escritura que le afectaban en su rendimiento académico.

Los problemas de comportamiento en el colegio comenzaron en Educación Infantil, eran frecuentes las conductas agresivas hacia el mobiliario del aula, y en ocasiones hacia los iguales. En el ámbito familiar, reaccionaba con rabietas cuando no conseguía lo que quería y era común la desobediencia y la falta de respeto hacia sus padres.

La familia de M. la forman sus padres y un hermano cuatro años mayor que él. La relación tanto con sus padres como con su hermano es normal.

El embarazo y el parto se desarrollaron con normalidad.

En cuanto al desarrollo evolutivo, cabe destacar que el desarrollo del lenguaje fue tardío e incluso en el inicio de la etapa escolar no hablaba con fluidez. Respecto al control de esfínteres presentó enuresis nocturna primaria hasta los 7 años. Los hábitos de sueño, ingesta y autonomía son normales.

Cuando acude por primera vez al centro su rendimiento académico era bajo. Las mayores dificultades las presentaba en las materias de inglés, castellano y valenciano.

Se descartó cualquier tipo de problema visual tras una exploración por parte de un centro óptico.

En cuanto a las relaciones sociales en el colegio no se desprenden conductas desadaptativas, sin embargo, no tiene un grupo de amigos fijos.

## **PROCEDIMIENTO**

### ***Evaluación***

El proceso de evaluación consistió en una batería de pruebas psicométricas administrada a M., entrevista y cuestionario a los padres y cuestionario a la profesora del colegio.

### ***Pruebas psicométricas administradas a M.:***

En un primer momento se lleva a cabo la evaluación de su capacidad intelectual, posteriormente se recogió información relativa al posible TDAH por medio de cuestionarios a los padres y de la valoración de las funciones ejecutivas, luego se midió la autoestima por medio de un cuestionario y finalmente se llevó a cabo el estudio del aprendizaje lecto-escritor.

#### **Capacidad intelectual**

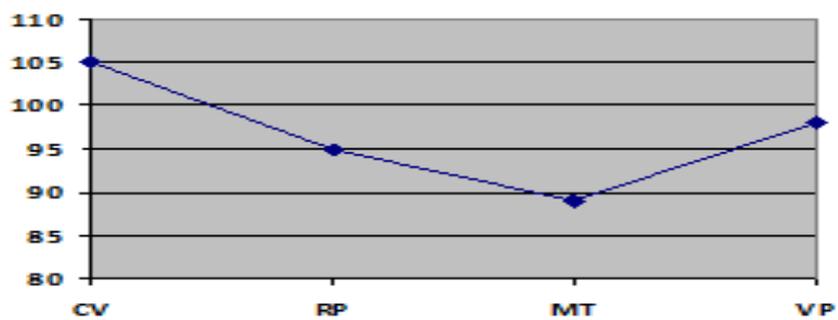
Para llevar a cabo la valoración de la capacidad intelectual se administró la batería **WISC-IV** (Wechsler, 2005), la cual ofrece información sobre la capacidad intelectual general del niño (CI TOTAL) y sobre su funcionamiento en las principales áreas específicas de la inteligencia (Comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento).

M. ha obtenido un CI total de 95 como se observa en la Tabla 2, por lo que tiene una puntuación media en inteligencia. Si comparamos los resultados obtenidos en las diferentes escalas se observan puntuaciones medio-bajas en la MT (Figura1).

**Tabla 2.** Resultados WISC-IV.

INDICE	TEST	P.ESCALARES	PERCENTIL
CV	SEMEJANZAS	11	105
	VOCABULARIO	11	
	COMPRESIÓN	10	
RP	CUBOS	9	95
	CONCEPTOS	12	
	MATRICES	7	
MT	DÍGITOS	7	88
	LETRAS Y NÚMEROS	9	
VP	CLAVES	9	99
	BUSQUEDA SÍMBOLOS	10	
<b>CI TOTAL</b>			<b>95</b>

**Figura 1.** Perfil de los percentiles de las escalas del WISC-IV.



## Funciones ejecutivas y cuestionario TDAH

Se pretende recoger información relativa a la memoria, impulsividad y atención. Así como información por parte de los padres y de los maestros.

### **Test de memoria MY** (Yuste Hernanz, 2005).

Consiste en un test que mide la memoria inmediata (de tipo gráfico, palabras, números y relatos). Los resultados demuestran que M. presenta una elevada dificultad en memoria puesto que obtiene un centil 1.

### **CSAT** (Servera & Llabrés, 2004).

Test que tiene como finalidad evaluar la capacidad de atención sostenida del niño mediante una tarea de vigilancia.

Las puntuaciones obtenidas en esta prueba señalan que M. tiene una capacidad atencional y de discriminación baja, ya que comete errores debido a su impulsividad.

### **MFF-20** (Cairns, E. D., & Cammock J. 2002).

El MFF-20 evalúa el constructo Reflexividad-Impulsividad que se refiere a la forma en que el niño se enfrenta a determinadas tareas definidas por la incertidumbre, es decir, por la presencia de varias alternativas de respuesta de entre las cuales solo una es correcta. Esto permite situar al niño evaluado dentro de un continuo que va desde la reflexividad hasta la impulsividad. Esta variable representa un aspecto clave para analizar el rendimiento académico y la adaptación personal y social del niño.

En este caso no se observan dificultades en impulsividad (centil 35) según las puntuaciones alcanzadas.

### **ENFEN** (Portellano, J.A., R. Mateos, R., & Martínez R. 2012).

Es una batería para evaluar el desarrollo madurativo global de los niños que incide especialmente en la evaluación de las funciones Ejecutivas (FE) del cerebro. La batería está compuesta por cuatro pruebas: Fluidez verbal, Construcción de senderos (Consta de dos partes, sendero gris y sendero de color), Construcción con anillas y Resistencia a la interferencia. Todas ellas miden diferentes componentes de las FE.

Los resultados obtenidos en ellas permiten profundizar en el diagnóstico y orientar la intervención neuropsicológica de los niños.

M. ha obtenido una puntuación media en las dos pruebas de “fluidez fonológica” y “fluidez semántica” como se observa en la Tabla 3, lo que indica problemas de inhibición, deficiente capacidad para programar la conducta, existencia de posibles dificultades atencionales y poca flexibilidad mental. Mediante los resultados, se puede concluir que M. carece de estrategias cognitivas adecuadas, actuando de modo impulsivo y empleando más tiempo en la ejecución como consecuencia de una deficiente memoria a corto plazo.

**Tabla 3.** Resultados obtenidos en la prueba EFEN.

<b>PRUEBA</b>	<b>VALORACIÓN</b>
Fluidez fonológica	Medio-bajo
Fluidez semántica	Medio-bajo
Sendero gris	Medio
Sendero color	Muy bajo
Anillas	Muy bajo
Interferencia	Muy bajo

**EDAH** (Farré, A. y Narbona, J. 2013).

Su finalidad es recoger información sobre la conducta habitual del niño para poder evaluar un trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Para ello ofrece un método estructurado de observación para el profesor, compuesto por 20 ítems de fácil comprensión y que requieren una inversión mínima de tiempo. En el cual se obtienen puntuaciones de 4 escalas: Hiperactividad, Déficit de atención, Hiperactividad con Déficit de atención y Trastorno de conducta.

Se han establecido puntos de corte a partir de criterios estadísticos y epidemiológicos que pueden ayudar al evaluador a tomar decisiones acerca del diagnóstico. Dichos puntos determinan la existencia de dos niveles de riesgo de padecer el trastorno: riesgo moderado y riesgo elevado.

El cuestionario se administró por un lado al profesor y por otro lado a la madre y al padre de forma independiente. Las respuestas a cada elemento se valoran en una escala de 0 a 3 de

acuerdo con el grado de frecuencia con que percibe la conducta descrita siendo: Nada=0, Poco=1, Bastante=2 y Mucho=3.

De las puntuaciones obtenidas se concluye que M. tiene puntuaciones altas en (H) según sus padres, además su tutora del colegio le ha puntuado alto en (DA). Para concluir, la madre de M. le ha puntuado alto en H+DA y hay que señalar que, tanto el padre como la tutora de M. le han puntuado en el límite (de sin riesgo a riesgo moderado).

### Autoestima

**AF5** (García, F., & Musitu, G. 1999).

Es un cuestionario que evalúa el autoconcepto tanto social, académico/profesional, emocional, familiar y físico.

Los resultados obtenidos muestran que M. tiene un bajo autoconcepto respecto a su aspecto físico, mientras que posee un alto autoconcepto a nivel social y familiar.

### Lecto-escritura

La evaluación de la lectura y de la escritura se lleva a cabo a través de dos baterías estandarizadas, la finalidad en este caso es comprobar la existencia de comorbilidad con trastornos de aprendizaje.

**PROLEC-R** (Arribas, D., & Santamar, P.2008).

Evalúa dificultades de lectura y por ende el nivel de desarrollo lector en niños entre 6 y 12 años, es decir, durante el periodo de la Enseñanza Primaria.

En los resultados obtenidos, se puede observar que M. parece presentar dificultades de diferente severidad en los 4 procesos principales implicados en la lectura. Por lo que ha tenido problemas en la ejecución de las dos tareas de identificación de letras, en la lectura de palabras, signos de puntuación y dificultad en la comprensión oral como se puede observar en la Tabla 4. Además la dificultad presentada en signos de puntuación es de tipo severa.

En primer lugar, observamos dificultades en la identificación de las letras y en el reconocimiento rápido y automático de las diferencias entre dos palabras.

M. tiene dificultad en la lectura de palabras y pseudopalabras ya que presenta mucha lentitud a la hora de leer. Además en el reconocimiento de palabras M. presenta dificultades tanto en la ruta fonológica como léxica.

En relación a los procesos gramaticales, muestra dificultades en el uso de la prosodia y una dificultad severa en los signos de puntuación.

Respecto a los procesos semánticos, presenta dificultades en comprensión oral, relacionada con la atención.

**Tabla 4.** *Resultados índices principales del PROLEC-R*

PROCESOS	PRUEBA	VALORACIÓN
<b>IDENTIFICACIÓN DE LETRAS</b>	Nombre de letras	Dificultades
	Igual- diferente	Dificultades
<b>PROCESOS LÉXICOS</b>	Lectura de palabras	Dificultades
	Lectura de pseudopalabras	Dificultades
<b>PROCESOS GRAMATICALES</b>	Estructuras gramaticales	Dificultad severa
	Signos de puntuación	Normal
<b>PROCESOS SEMÁNTICOS</b>	Comprensión textos	Normal
	Comprensión Oral	Dificultad

**TALE** (Toro & Cervera, 1980).

Se consideró administrarle a M. la parte correspondiente a la escritura. Los resultados obtenidos se encontraban por debajo de lo esperado para su edad ya que obtiene 8 errores en la parte de copia y 18 en dictado.

## **DIAGNÓSTICO**

Tras las pruebas psicométricas realizadas y las entrevistas clínicas llevadas a cabo en varias sesiones se concluyó que M. Tenía una capacidad intelectual media comparándola con la población de sus mismas características.

Por otro lado, las entrevistas realizadas a M., los cuestionarios respondidos tanto por los padres como por la profesora y los resultados de las pruebas psicométricas son compatibles con un déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado, según el manual diagnóstico DSM-IV (Frances, First, & Pincus, 1997).

En cuanto a la lectura observamos dificultades en la identificación de letras, procesos léxicos, gramaticales y semánticos. Respecto a la escritura también observamos dificultades ya que comete más errores de lo esperado tanto en ortografía natural como en ortografía arbitraria siendo los más frecuentes las sustituciones, omisiones y las uniones. Estos resultados son compatibles con un Trastorno de la expresión escrita y de la lectura (dislexia) según el DMS-IV (Frances et al., 1997), ya que en las pruebas de lectura y escritura obtiene puntuaciones significativamente inferiores a lo esperado según su edad y nivel escolar.

## ***INTERVENCIÓN***

En el caso de M. se decide llevar a cabo una intervención multimodal en la que se engloban tres áreas complementarias y en la que interviene tanto la familia, el colegio como el propio niño. Todo ello apoyado por la literatura existente (Mateo, 2006; Tirado et al., 2004).

Por este motivo, como parte del proceso terapéutico se llevan a cabo de forma periódica reuniones con la tutora del colegio con el fin de recoger información y tratar de coordinar los objetivos marcados tanto a nivel psicológico como académico.

### ***A. PSICOLÓGICA***

M. en el ámbito familiar se mostraba agresivo insultaba y cometía faltas graves de respeto. A nivel escolar no obedecía a sus maestros ni realizaba las tareas escolares que le pedían. Por ello, los objetivos terapéuticos se centraron en aumentar la autoestima y disminuir las conductas disruptivas. El entrenamiento seleccionado para este caso estuvo basado en técnicas cognitivo-conductuales.

Por un lado, se utilizaron técnicas para aumentar el comportamiento deseable tanto en el aula como en casa: los profesores y los padres utilizaban con M. el refuerzo positivo (alabanza, atención, las recompensas etc.), el cual le exigía a M. hacer algo que no le gustase como condición indispensable para conseguir algo que le gusta. Esta técnica dio resultados positivos en ambos contextos.

Por otro lado, las técnicas para disminuir el comportamiento inadecuado elegidas fueron la extinción, el time out y el costo de respuesta.

La combinación de ambas técnicas a la hora de mejorar el comportamiento de M. derivó en un sistema de economía de fichas el cual se utilizó con M. para mejorar su conducta en clase de inglés y música donde debía apuntar los deberes en su agenda al final de cada clase y comportarse en ésta.

Como parte de la intervención psicológica se empleó el programa para mejorar la autoestima PIELLE (Hernández & García, 2004). Éste potencia a nivel personal el autoconcepto, corrige los modelos cognitivos, ajusta las reacciones emocionales y la capacidad para tolerar y superar las dificultades. A nivel social potencia el concepto positivo de los demás, el fomento de la comunicación y cooperación. A nivel escolar ayuda al desarrollo de hábitos de trabajo eficaces y a nivel familiar la adquisición de actitudes de comprensión, autonomía y ayuda.

## ***B. PSICOPEDAGÓGICA***

La intervención psicopedagógica se dividió en dos áreas:

### **1. TDAH**

Por una parte, la intervención se centró en la reducción de la impulsividad y de los síntomas asociados al TDAH. Para ello, se utilizó el programa de autoinstrucciones verbales y solución de problemas PIAAR-R (Gargallo López, 2000). El cual busca trabajar las dos variables del estilo reflexividad-impulsividad: El tiempo o latencia, para incrementarlo cuando fuera preciso, y la precisión o exactitud, para mejorar el rendimiento, por medio de la enseñanza de estrategias cognitivas adecuadas, disminuyendo la tasa de errores.

#### **- Programa de entrenamiento Autoinstruccional.**

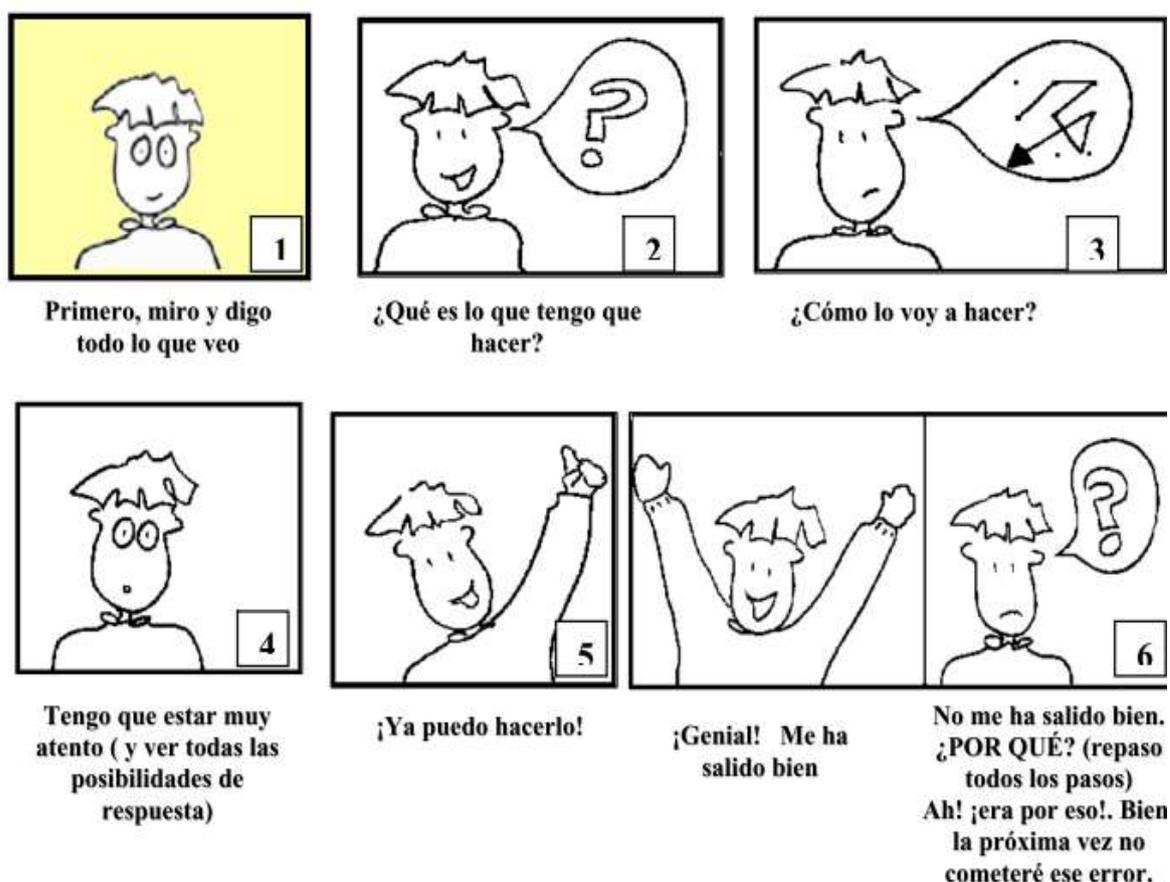
El entrenamiento autoinstruccional es una de las técnicas más importantes para la reeducación cognitiva del niño hiperactivo ya que su utilización aumenta la eficacia en la solución de

problemas. El profesor puede utilizar las autoinstrucciones como marco de referencia en la enseñanza de todas las materias escolares (Isabel Orjales Villar, 2002).

Desde el punto de vista clínico este tipo de intervención, ha resultado efectiva para: la toma de conciencia de los procesos de pensamiento implicados en la solución de problemas, reducir las respuestas impulsivas inmediatas a la presentación de una tarea, conseguir un procesamiento de la información más reflexivo y sistemático y favorecer el desarrollo de estrategias de solución de problemas (I. Orjales Villar, 2007).

Para facilitar su utilización es conveniente ampliar la figura 2 y situarla de forma visible en el aula, de esta forma el profesor podrá referirse a ella durante su explicación en clase.

**Figura 2.** Esquema de Autoinstrucciones Ampliado (Isabel Orjales Villar, 2002).



A la hora de aplicar el esquema de autoinstrucciones: Se debe tener en cuenta que el niño hiperactivo tiende a procesar la información de forma superficial utilizando un procesamiento acústico más que uno semántico de la información, y que no establece relaciones entre los elementos percibidos ni establece categorías. Por este motivo, durante el entrenamiento en

autoinstrucciones con el esquema, el terapeuta debe hacer especial hincapié en la fase de modelamiento de esta primera autoinstrucción (Primero, miro y digo todo lo que veo). De otro modo, el niño procederá con un análisis superficial, desestructurado y más visual que semántico (I. Orjales Villar, 2007).

**-Programa de entrenamiento de solución de problemas:**

El entrenamiento en solución de problemas está dirigido a enseñar al niño hiperactivo una serie de habilidades generales que le ayuden a identificar los componentes de un problema, a seleccionar estrategias que faciliten su resolución, a explorar posibles respuestas alternativas y sus consecuencias y a planificar los pasos para lograr la meta deseada. Según (Isabel Orjales Villar, 2002), el programa de entrenamiento en solución de problemas de Goldstein y Polloc (1988) sería un claro ejemplo de este procedimiento. En él se desarrollan 21 habilidades para enseñar técnicas de solución de problemas a los niños hiperactivos. Se impartieron 6 sesiones explicadas de una hora y media de duración durante seis semanas consecutivas (Tabla 5).

**Tabla 5.** *Sesiones entrenamiento solución de problemas.*

	1. Identificar problema.
<b>Sesión 1:</b>	2. Aceptar la responsabilidad de los problemas
	3. Proyectar la responsabilidad de los problemas a otro.
	4. Resolver los problemas independientemente.
<b>Sesión 2:</b>	5. Resolver los problemas con una pequeña ayuda.
	6. Resolver los problemas con una ayuda importante.
	7. Idear alternativas con independencia.
<b>Sesión 3:</b>	8. Evitar las soluciones inapropiadas a los problemas.
	9. Elegir la mejor solución para el problema.
<b>Sesión 4:</b>	10. Poner en práctica la solución elegida al problema.
	11. Entender el impacto futuro de las soluciones actuales.
	12. Evaluar el éxito del problema resuelto.

---

<b>Sesión 5:</b>	13. Escuchar durante la conversación
	14. Seguir las directrices
	15. Planear/ reflexionar
	16. Autorreforzarse

---

<b>Sesión 6:</b>	17. Tratar adecuadamente con nuestros sentimientos y los de los demás.
	18. Aceptar las consecuencias
	19. Reaccionar ante el fracaso
	20. Negociar con la presión del grupo.

---

**-Programa de Situaciones de Resolución de Problemas (SRP):**

Sí las SRP están bien diseñadas resultan placenteras, interesantes y retadoras, a su vez, están llenas de sentido para el niño, quien las comprende y sabe lo que tiene que hacer sin la necesidad de la supervisión de un adulto, además se ajustan a las capacidades del niño, permitiendo la resolución de las mismas a través de la utilización de diferentes estrategias. Poseen un carácter temporal, que implica que el niño es quien maneja el tiempo y participa en la tarea hasta que así lo desea. Cuando se escogen las Situaciones de Resolución de Problemas (SRP) como escenarios para el trabajo con los niños, se considera que éstas tienen unas características particulares que permiten a los investigadores acercarse a la comprensión del funcionamiento cognitivo y metacognitivo a partir de las acciones y verbalizaciones que los niños realizan en el momento de ejecutar la tarea (Angrino, Panesso, & Valencia, 2006).

**2. Trastorno de la expresión escrita y de la lectura**

Los trastornos del aprendizaje son un grupo de trastornos en los que se incluyen los problemas de lectura (dislexia), problemas de expresión escrita, trastornos de la comunicación en la expresión lingüística, articulación fonológica del habla y la fluencia verbal (Vaquerizo-Madrid, Estévez-Díaz, & Pozo-García, 2005).

En líneas generales los niños con TDAH tienen dificultades en la organización fonológica y en la sintaxis. Manifiestan problemas severos en tareas que requieren organización semántica y tienen poca memoria auditiva. Manejan información escasa y desorganizada, las historias que desarrollan están menos cohesionadas y tienen más errores al recordar que los niños desarrollo lector típico. Las tareas lingüísticas están más afectadas en niños con TDAH debido a que éstas requieren de un adecuado nivel de atención y control inhibitorio. Estos niños pierden información verbal a causa de una disfunción ejecutiva y es probable que desarrollen problemas de aprendizaje, especialmente en lectoescritura (Vaquerizo-Madrid et al., 2005).

En cuanto a la intervención en lecto-escritura que se llevó a cabo con M. El objetivo se centro en un entrenamiento centrado en habilidades de procesamiento fonológico, que facilitan a los niños a reconocer, identificar, manipular deliberadamente y obrar con los sonidos (fonemas) que componen las palabras. Las habilidades de conciencia fonológica tienen un papel crucial en el aprendizaje de la lectura y de la escritura. Es considerada como uno de los pilares de la adquisición de la lectura, junto con la enseñanza de reglas grafema-fonema, el vocabulario y la comprensión (Defior & Serrano, 2011).

### ***C. FARMACOLOGICA***

Paralelamente a la intervención psicológica, se derivó a M. a neuropediatría. Tras una valoración por parte del profesional médico se corrobora el diagnóstico de TDAH y se decide administrarle Metilfenidato, en concreto Medikinet 30 mg. La dosis fue aumentando paulatinamente según la adaptación a la misma hasta alcanzar la dosis óptima en su caso.

Los efectos positivos fueron inmediatos, sobretodo a nivel conductual. Disminuyeron las conductas agresivas y la impulsividad tanto en casa como en el colegio. Sin embargo, se observaron efectos secundarios como disminución del apetito, dificultades para conciliar el sueño y dolores abdominales.

Actualmente, estos efectos han desaparecido casi en su totalidad. M. realiza visitas de supervisión de forma regular al neuropediatra, en las que se controla la efectividad del tratamiento y se ajusta la dosis si es necesario.

## **SEGUIMIENTO**

Tras dos años de intervención se observan mejorías en todos los ámbitos.

A nivel conductual ha mejorado tanto en casa como el colegio disminuyendo considerablemente las conductas disruptivas en el aula y la agresividad en casa.

A nivel psicopedagógico M. ha evolucionado de forma positiva. Ya que cuando inició el tratamiento su rendimiento académico era bajo suspendiendo varias asignaturas. En la actualidad a finalizado con éxito 5º de primaria. Aunque sigue presentando algunas dificultades en las lenguas (Valenciano y Castellano), su evolución es buena.

## **CONCLUSIONES**

A nivel psicológico se recomienda realizar un seguimiento tanto en la conducta como en las relaciones sociales. Además a nivel familiar sería beneficioso obtener una mayor implicación por parte de los padres ya que son una figura muy importante en la intervención del niño y solo participaron al principio de ésta. La colaboración de éstos junto con la tutora del colegio es imprescindible para llevar a cabo un correcto seguimiento.

Para ello se propone que, de forma periódica, se llevan a cabo una serie de entrevistas y cuestionarios que proporcionarían información sobre los progresos y dificultades de M., lo que ayudaría a realizar una mejor intervención y ajustarse a las necesidades que pudieran surgir.

Sería conveniente llevar a cabo diversas reuniones informativas con los padres, en las cuales se les explicaría el proceso de evolución general de los síntomas en TDAH. Éstas irían enfocadas especialmente a los cambios que suelen darse en la adolescencia, debido a que es la próxima etapa en el desarrollo evolutivo de M., y deben estar preparados ante los cambios y dificultades que puedan darse. Dentro de esta fase, lo más característico es la disminución de los síntomas derivados de la hiperactividad o bien un cambio en dichos síntomas (mayor inquietud interna que externa). Siguen persistiendo los síntomas fundamentalmente inatentos (mal rendimiento escolar, olvido de tareas y dificultad para terminarlas) y también derivados de la impulsividad ya que se muestran disconformes con las normas, alta tendencia a transgredir las reglas y alto riesgo al consumo de drogas, alcohol y tabaco (Quintero y Navarro,2008).

A nivel psicopedagógico se recomienda continuar con la intervención, adaptándose a las nuevas dificultades que puedan darse en cursos posteriores. Para ello, sería conveniente marcar conjuntamente con la tutora de M. unos objetivos acordes con las necesidades y potencial de

éste. Plantear propuestas educativas en metodología y evaluación adaptadas a él, y fomentar la colaboración de los profesores con los que cursaría el nuevo curso académico.

En relación al Proyecto Curricular se contempla la diversidad del alumno en diferentes aspectos, por lo que propondría una metodología flexible que se adapte a los procesos de aprendizaje de M. Además, se regularían medidas de apoyo y refuerzo, así como instrucciones al inicio de nuevos (Troyano Blanco, 2011).

Dado que actualmente la habilidad en la que M. muestra mayor dificultad es en lecto-escritura, uno de los objetivos que debería potenciarse en la intervención será fortalecer este aspecto con material de apoyo proporcionado tanto por el centro como por el colegio.

Sería interesante realizar un retest de las pruebas administradas a M. al principio de la intervención para comprobar si existen diferencias significativas desde el inicio del tratamiento hasta la actualidad. Según los datos revisados tras la intervención llevada a cabo, sería esperable observar una mejoría en general. Sin embargo, también es lógico pensar que en comparación a su grupo de iguales sigan estando presentes algunas dificultades respecto a áreas concretas, como pueden ser las asignaturas de valenciano y castellano. Una vez obtenidos los resultados de las pruebas se organizaría una sesión conjunta con los padres y el niño, en la que a través de gráficos se observaría el progreso que ha obtenido M. gracias a la intervención. Con esto se busca mostrar tanto al niño y a los padres de forma visual y clara la evolución de este a lo largo del proceso lo que también llevará a un aumento de la satisfacción personal de M.

Por último, a nivel farmacológico sería interesante proponer a la neuropediatra una valoración sobre la conveniencia de disminuir la medicación o incluso eliminarla por completo, dado el grado de mejoría que se ha observado en M. durante los dos años de intervención. Siempre y cuando se realicen visitas periódicas a la neuropediatra para ver como progresa y que ésta valore si continua con la disminución de la medicación o no.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Angrino, S. O., Panesso, I. C., & Valencia, A. I. (2006). Las situaciones de resolución de problemas como estrategia de trabajo con niños diagnosticados con TDAH. *Pensamiento Psicológico*, (7), 73–88.
- Defior, S., & Serrano, F. (2011). Procesos Fonológicos Explícitos e Implícitos, Lectura y Dislexia. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría Y Neurociencias*, 11(1), 79–94.
- Díez Suárez, A., Soutullo Esperón, C., & Figueroa Quintana, A. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, (8), 135–156.
- Frances, A., First, M. B., & Pincus, H. A. (1997). *DSM-IV*. Masson.
- Gargallo López, B. (2000). *PIAAR-R*. TEA.
- Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. (2014). Editorial Medica Panamericana Sa de.
- Hernández, P., & García, M. D. (2004). *PIELE* (Vol. 9). TEA.
- Krieger, V. E., & Amador, J. A. (2013). TDAH, funciones ejecutivas y atención.
- Mateo, V. F. (2006). Recursos para el diagnóstico psicopedagógico del TDAH y comorbilidades. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 4(10), 623–642.
- Mejía, I. D., Arrebillaga, L., Avendaño, M. L. P., & Etchepareborda, M. (2013). El dilema del metilfenidato en el TDAH: estudio de caso. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 8(2), 50–57.
- McCormick LH. Improving social adjustment in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Arch Fam Med*. 2000.p9.p.191-4.
- Nicolau, R., Díez, A. & Soutullo, C. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En L. Ezpeleta y J. Toro (Coords.), *Psicopatología del desarrollo* (pp. 249-270). Ediciones Pirámide: Madrid.
- Orjales Villar, I. (2002). *Déficit de atención con hiperactividad* (Vol. 26). CEPE.
- Orjales Villar, I. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de Psicología Clínica Y de La Salud*, 3, 19–30.

- Quinlan, D.M. (2000) Assessment of attention- deficit/hyperactivity disorder and comorbidities. In T.E.Brown (Ed), *Atención-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults* (pp.455-508). Washintong, DC: American Psychiatric Press,INC.
- Quintero Gutiérrez del Álamo, F. J., Correas Lauffer, J., & Quintero Lumbreras, F. J. (2009). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*. Elsevier Masson.
- Servera, M., & Llabrés, J. (2004). *CSAT*. TEA.
- Tirado, J. L. A., Martín, F. D. F., & Lucena, F. J. H. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica. *Psicothema*, 16(3), 408–414.
- Toro, J., & Cervera, M. (1980). *TALE: el lenguaje escrito: test de análisis de lectura y escritura*. Madrid: Pablo del Río.
- Troyano Blanco, I. (2011). Medidas educativas dirigidas a niños y niñas con TDAH en educación primaria. *Revista digital enfoques educativos*, 108.
- Vaquero-Madrid, J., Estévez-Díaz, F., & Pozo-García, A. (2005). El lenguaje en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: competencias narrativas. *Revista de Neurología*, 41(1), 83–89.
- Vile Junod, R. E., DuPaul, G. J., Jitendra, A. K., & Volpe, R. J. (2006). Classroom observations of students with and without ADHD: Differences across types of engagement. *Journal of School Psychology*, 44(2), 87–104.
- Wechsler, D. (2005). *WISC-IV: escala Wechsler de inteligencia para niños-IV: manual técnico*. Manual moderno.
- Yuste Hernanz, C. (2005). *Test de memoria* (Vol. 139). TEA.