

Intervención en trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno negativista desafiante: un estudio de caso

Intervention in attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: a case study

Silvia Álava Sordo y Jorge Pedraza Lázaro
Centro de Psicología Álava Reyes, España

Resumen: En el presente estudio de caso se evalúa e interviene, a lo largo de 19 sesiones, la problemática de TDAH y TND diagnosticada en un niño de 9 años. Este proceso engloba una exhaustiva evaluación psicológica y neuropsicológica, y una intervención coordinada y sistematizada en los contextos escolar, familiar y social. La implicación de la escuela, y el trabajo con la madre fueron claves en el cambio terapéutico. La regulación emocional y la modificación de conducta engloban las dos principales áreas de intervención. Los resultados encontrados en los registros y reportes facilitados sistemáticamente por la madre y la escuela, describen una reducción de los comportamientos disruptivos con compañeros, profesores y familiares; un comportamiento más responsable, atento y participativo en el aula, con consecuentes mejoras académicas; mejores habilidades comunicativas e interpersonales y mayor integración social; regulación emocional y gestión de conflictos interpersonales; y mejora en el estado de ánimo.

Palabras clave: conducta desafiante, inatención, hiperactividad, regulación emocional

Abstract: In this case study, the problem of ADHD and ODD diagnosed in a 9-year-old boy was evaluated and intervened over the course of 19 sessions. This process consisted of an exhaustive psychological and neuropsychological evaluation, and a coordinated, systema-

Silvia Álava Sordo es Doctora en psicología clínica y de la salud. Directora del centro de psicología Álava Reyes y profesora de la universidad Alfonso X El Sabio.

Jorge Pedraza Lázaro es Psicólogo General Sanitario y Máster en Análisis de la Conducta.

Para citar este artículo: Álava Sordo, S. y Pedraza Lázaro, J. (2022). Intervención en trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno negativista desafiante: un estudio de caso. *Clínica Contemporánea*, 13(3), Artículo e21. <https://doi.org/10.5093/cc2022a17>

La correspondencia de este artículo debe enviarse a los autores Silvia Álava Sordo al e-mail: salava@alavareyes.com y Jorge Pedraza Lázaro al email: jpedraza@alavareyes.com.



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

tized intervention in the school, family and social contexts. The involvement of the school and the work with the mother were essential in the therapeutic change. Emotional regulation and behavior modification encompass the two main areas of intervention. The results found in the records and reports systematically provided by the mother and the school describe a reduction in disruptive behavior with classmates, teachers and family members; a more responsible, attentive and participative behavior in the classroom, with consequent academic improvements; better communication and interpersonal skills and greater social integration; emotional regulation and management of interpersonal conflicts; and improvement in mood. *Keywords*: defiant behavior, inattention, hyperactivity, emotional regulation

Intervención en TDAH y TND

El presente artículo expone la evaluación, diagnóstico e intervención psicológica llevada a cabo en un caso de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno negativista desafiante (TND) con importantes dificultades de aprendizaje.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

El TDAH presenta una prevalencia mundial de un 5.3% en la clínica infantojuvenil según criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (DSM-IV), con mayor prevalencia en varones tanto en muestras clínicas como en estudios epidemiológicos (Banaschewski et al., 2017). Acorde con estos datos, se estima que 1 de cada 11 europeos de entre 5 y 17 años de edad presenta TDAH (McMenamy et al., 2011; Téllez-Villagra et al., 2011). En España, la prevalencia estimada se encuentra entre el 1.2% y 4.6% (Serrano-Troncoso et al., 2013). En el metaanálisis realizado por Polanczyk et al. (2014) no encuentran diferencias significativas en cuanto a prevalencia entre países de Europa, Asia, África y América.

El manual diagnóstico DSM-5 describe el TDAH como un “patrón persistente de inatención y/o hiperactividad/impulsividad que interfiere negativamente con el funcionamiento o el desarrollo” (American Psychiatric Association [APA], 2014, p.56). Esta afectación se da a nivel social, académico y ocupacional, surge antes de los 12 años de edad, y es discordante con el nivel de desarrollo del sujeto (APA, 2014). El DSM-5 distingue tres presentaciones del trastorno: 1) predominante con falta de atención o inatento (TDAH-I), entorno al 30% de los casos; 2) predominante hiperactivo/impulsivo (TDAH-H), 10% de los casos; y 3) combinado (TDAH-C), 60% de los casos. Cabe señalar que, pese a ser el TDAH de tipo combinado el más diagnosticado, el tipo inatento puede tener mayor prevalencia real pero menor representatividad en los datos estadísticos al acudir menos a consulta debido a su menor sintomatología disruptiva (Solanto et al., 2007).

Los actuales criterios DSM-5 son menos restrictivos que en anteriores versiones del manual, aceptando como criterio diagnóstico del TDAH la presencia de comorbilidades (Thomas et al., 2013). Esta casuística presenta una alta comorbilidad con otros trastornos (Kaplan et al., 2001), identificándose que en el 45%, 30% y 10% de los casos se registran al menos uno, dos, o tres diagnósticos comórbidos respectivamente (Díez-Suarez et al., 2006). Entre los trastornos comórbidos más frecuentes se encuentran los trastornos de conducta, trastornos de ansiedad y depresión, trastornos afectivos, tics, y enuresis (Artigas-Pallares, 2003; Colomer et al., 2012; Roselló y Bo, 2000; Thapar y Cooper, 2015). Además, estadísticamente el subtipo combinado presenta mayor severidad que en inatento en cuanto a problemas de conducta agresiva, inestabilidad emocional y fluctuaciones en el control del comportamiento motor (Lázaro, 2009; Moreno y Lora, 2006; Vaquerizo et al., 2006; Wählstedt et al., 2009).

La hiperactividad incide con mayor gravedad en la etapa escolar, subyaciendo a otras problemáticas en la adquisición y aprendizaje lectoescritor. La desobediencia de los niños hacia la madre es habitual en los varones, llegando entre 30% y 60% de las veces a ser significativamente desafiantes u opositoristas (Barkley, 2002). En el hogar, suelen presentar una menor autonomía y mantener las conductas disruptivas, coloquialmente llamadas “rabieta”, durante más tiempo. Este contexto familiar desempeña un papel modulador en el curso del TDAH, pero no causal (Herrera-Gutiérrez et al., 2003).

Por otro lado, el término “funciones ejecutivas” (FFEE), es un concepto múltiple que engloba un grupo de procesos cognitivos interrelacionados entre sí, responsables de guiar, dirigir y controlar funciones cognitivas, emocionales y conductuales, especialmente durante la solución activa de problemas novedosos (Gioia et al., 2000). Se han definido en neuropsicología como los procesos que asocian ideas, movimientos y acciones, y los orientan a la resolución de problemas, siendo responsables tanto de la regulación de la conducta manifiesta como de la privada (como el pensamiento o la memoria), de modo que una alteración de las FFEE puede comportar graves problemas de iniciación, modificación o interrupción de la acción, que derivaría en una disminución de la conducta espontánea y un aumento de la perseveración y la impulsividad (Tirapu-Ustárroz et al., 2012).

La intervención del TDAH, debe abordarse desde una perspectiva multidisciplinar, y el plan de intervención debe integrar y combinar la implicación de todos los agentes intervinientes: niño/a, familiares, profesores y escuela, otros profesionales, y otros contextos e individuos relevantes (Lavigne y Romero, 2010; Loro-López et al., 2009). Las intervenciones psicosociales son eficaces y reducen la implicación farmacológica (Antshel, 2015; Jarque, 2012; Presentación et al., 2010; So et al., 2008).

Es este tipo de casuística, la intervención psicológica cognitivo-conductual se dirige al entrenamiento en solución de problemas y autocontrol, y a la manipulación de las contingencias ambientales, optimizando los procesos de aprendizaje mediante programas reforzamiento diferencial en diferentes contextos como el familiar y escolar (Miranda et al., 2002). Se ha evidenciado la eficacia terapéutica de estas intervenciones sobre los síntomas del TDAH (Arco et al., 2004; Miranda et al., 2006), aplicando las adaptaciones instruccionales necesarias para intervenir sobre los problemas de aprendizaje y conducta (Jitendra et al., 2004). La intervención cognitivo-conductual es efectiva tanto en el contexto escolar como el familiar, incidiendo en el entrenamiento de los padres en técnicas de modificación de conducta, y registrándose una reducción los síntomas centrales del trastorno, las conductas disruptivas, las dificultades con las tareas escolares y el distrés familiar, mejorando las habilidades parentales, el cumplimiento de normas, el rendimiento académico, la competencia social, los sentimientos y actitudes positivas hacia el niño, e incluso la economía familiar (Bor et al., 2002; Daly et al., 2007; Presentación et al., 2010).

Trastorno negativista desafiante (TND)

El TND, según el DSM-V (APA, 2014) se caracteriza por un patrón de enfado y de irritabilidad, discusiones, actitud desafiante, o venganza, que perdura por lo menos seis meses, precisando su diagnóstico una anormal persistencia y frecuencia del comportamiento disruptivo. Este trastorno se manifiesta en los años preescolares y se identifica por una actitud desafiante, oposicional o negativista hacia los padres, especialmente hacia la figura materna, que luego se generaliza hacia otras figuras de autoridad (Hamilton y Armando, 2010).

Del mismo modo que el TDAH y el trastorno de conducta, es considerado dentro de la constelación de trastornos de conducta perturbadora, siendo uno de los diagnósticos más comunes en la infancia, con una prevalencia de entre el 2% y el 16% (APA, 2002), con mayor frecuencia estadística y severidad sintomatológica en varones (Alvarez y Ollendick, 2003; Maughan et al., 2004). Como trastorno externalizante, los niños que presentan TND muestran un temperamento más fuerte, pobres habilidades sociales y mayor oposición ante las situaciones de la vida cotidiana (Teeter y Semrud, 2007).

Igual que sucede en el diagnóstico e intervención del TDAH, en TND es importante extraer información de múltiples informantes, siendo los padres, los maestros y los adultos más cercanos al niño y quienes serán parte fundamental de la evaluación e intervención en diferentes contextos, facilitando información amplia y detallada del repertorio conductual de menor (Rincón et al., 2010).

La dificultad de intervención en un caso con diagnóstico TDAH y TDN, radica en el reto profesional de seleccionar y aplicar los instrumentos de medida que permitan evaluar en profundidad la información que debe extraerse de múltiples fuentes, con exhaustividad para registrar los criterios diagnósticos que se cumplen y realizar un diagnóstico diferencial. El tratamiento así mismo requiere de un simétrico trabajo multicontextual, donde los familiares y la escuela juegan un papel primordial en el proceso y los avances terapéuticos.

El estudio de caso que se expone en el presente trabajo aborda el proceso terapéutico llevado a cabo en el tratamiento TDAH y TND de un niño de 9 años con dificultades de aprendizaje escolar, y pretende servir como ejemplo de evaluación e intervención ante este tipo de casuística.

Diseño

El diseño de este estudio de caso se compone de una fase de evaluación e identificación diagnóstica del problema y de las variables intervinientes; una fase de intervención sobre dichas variables; y, por último, una fase de seguimiento sobre el efecto del tratamiento aplicado.

El proceso terapéutico lo llevó a cabo la psicóloga responsable del caso, doctora en psicología y especialista en intervención en población infantojuvenil. La evaluación neuropsicológica la realizó una neuropsicóloga del centro de psicología sanitaria donde se realizó la terapia. El enfoque del tratamiento se enmarca en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC).

La actividad sanitaria desarrollada se ajustó a los estándares ético-profesionales exigidos por el código deontológico de la psicología. Se cumplimentaron y firmaron los documentos referidos a la Ley de protección de datos, la autorización de los tutores legales, padre y madre en este caso, para intervención con el menor, y el consentimiento de contacto con el centro escolar.

Metodología de evaluación

En casos con indicios de sintomatología TDAH, es especialmente relevante realizar un diagnóstico diferencial para poder distinguirlo de otros, como trastorno de ansiedad, de estado de ánimo, de conducta o TA (Menéndez, 2001). Acorde con esto se recomienda realizar una primera entrevista clínica con los padres en las que se pregunta sobre el desarrollo evolutivo del niño, y se administran cuestionarios y escalas de valoración del TDAH que contestarán tanto los padres como los profesores. Las pruebas que mejor predicen el TDAH pueden ser utilizadas como medidas de cribado, para saber de forma rápida y económica qué niños deben ser posteriormente sometidos a una evaluación en profundidad.

Como se indicó anteriormente, la metodología empleada en este proceso terapéutico se enmarca en el modelo de TCC. La evaluación se desarrolla atendiendo a un sistema de extracción de información multifuente, trabajando en este caso de manera conjunta y coordinada con el niño, su hermana, la madre, y el centro escolar.

En cuanto a las pruebas de evaluación, se aplicaron test estandarizados y validados tanto de cribado como específicos para diversas áreas de evaluación. Se realizó una evaluación psicológica y neuropsicológica completa al inicio del proceso, que permitió la identificación de las variables problema a intervenir y el diagnóstico clínico.

Durante todo el proceso se registraron medidas observacionales de la conducta del niño en sesión, de tipo cualitativo atendiendo a la morfología de su comportamiento, y cuantitativo registrando la frecuencia, duración e intensidad de la misma. Se emplearon entrevistas semiestructuradas y registros de conducta para la obtención de datos cualitativos y cuantitativos relevantes aportados por la madre y los profesores de la escuela.

La evaluación del cambio terapéutico atendió principalmente a los registros de conducta y los reportes verbales de la madre, el niño y los profesores. El padre firmó la autorización para evaluar y tratar al niño, pero al vivir en otra ciudad prefirió mantenerse al margen del proceso de evaluación e intervención. Se recogieron desde el inicio de la evaluación hasta el final de la intervención, siguiendo la estrategia de obtención de información cualitativa y cuantitativa multifuente. Esto permitió identificar los cambios comportamentales y el ajuste del menor en los diferentes contextos de interacción.

Se aplicó al inicio de la evaluación un instrumento de cribado, el Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes, SENA (Fernández-Pinto et al., 2015). Este es un instrumento de evaluación multifuente de un amplio espectro de problemas emocionales y de conducta, recursos psicológicos, problemas contextuales y otras áreas de vulnerabilidad. Su rango de aplicación abarca desde los 3 a los 18 años, y dispone de formatos de aplicación por rangos de edad (correspondientes a formatos de infantil, primaria y secundaria) y fuente de información (niño/a, familia, y escuela). Proporciona tres escalas de control para valorar posibles sesgos en las respuestas, un sistema de ítems críticos que alerta al examinador ante la presencia de aspectos especialmente problemáticos, y hasta seis índices globales que permiten resumir en varias áreas generales las puntuaciones obtenidas en las distintas escalas. Su corrección proporciona un perfil de resultados baremado que permite identificar el riesgo clínico en cada área.

Posteriormente se realizó una exhaustiva evaluación neuropsicológica, compuesta por registros psicométricos en relación con procesos intelectuales, lectores y escritores, de atención selectiva y sostenida, y de FFEE.

La evaluación psicométrica de los procesos intelectuales se llevó a cabo aplicando la escala de inteligencia de Wechsler para niños, WISC-V (Wechsler, 2015), un instrumento de referencia que permite realizar una evaluación exhaustiva del funcionamiento cognitivo general. Esta herramienta, compuesta por 15 pruebas, evalúa la aptitud intelectual general (CI total), y el funcionamiento intelectual en cinco dominios pertenecientes a la escala total: comprensión verbal, visoespacial, razonamiento fluido, memoria de trabajo, y velocidad de procesamiento. De modo complementario, se aplicó la prueba de “laberintos” perteneciente a la batería de aplicación del WISC-R (Wechsler, 2001), no incluida en la quinta versión. Esta prueba manipulativa aporta información relevante para la evaluación de las FFEE, midiendo la coordinación visomotora, la rapidez y la capacidad de planificación y previsión.

Para la evaluación del componente atencional se aplicaron varias herramientas, denominadas tareas de cancelación. La Escala Magallanes de Atención Visual, EMAV (García-Pérez y Magaz-Lago, 2000) evalúa el mantenimiento de la atención en la tarea, inhibición de estímulos irrelevantes y estabilización del esfuerzo atencional para que no disminuya el rendimiento a lo largo de la realización de la tarea. Esta prueba requiere discriminar entre diferentes figuras, y permite evaluar la atención selectiva. Consta de 1820 figuras de las cuales 340 son iguales al modelo, siendo para niños de 9 a 18 años el tamaño de las figuras más pequeño. Éstas están distribuidas en 20 filas con 63 figuras cada una, y en otras 20 con 28 figuras. Para la corrección de la prueba se tiene en cuenta el número total de aciertos, errores y omisiones para calcular los índices de atención sostenida (número total de aciertos) y calidad de atención (número total de aciertos menos errores de comisión y de omisión). De modo complementario, se aplicó el test de percepción de diferencias CARAS (Thurstone y Yela, 2009), el cual evalúa la aptitud para percibir rápida y correctamente semejanzas y diferencias entre los estímulos presentados. La prueba consta de 60 elementos gráficos; cada uno de ellos formado por tres dibujos esquemáticos de caras con la boca, ojos, cejas y pelo representados con trazos elementales. Dos de las caras son iguales y la tarea consiste en determinar cuál es la diferente y tacharla.

Para evaluar atención sostenida se empleó el *Children Sustained Attention Task*, CSAT (Servera y Llabrés, 2004). Consiste en la doble tarea de vigilancia del estímulo objetivo (V.g.: presencia de un 3 precedido de un 6, 6-3), y presión de la barra espaciadora del ordenador tras su aparición. Durante 7 minutos y 30 segundos se presentan 600 estímulos en la pantalla durante 250 milisegundos, con presencia del estímulo objetivo en un 30% de la prueba. Previamente se aplicó el *Conners Continuous Performance Test*, CPT-II (Conners y Staff, 2004), una prueba de cancelación de tarea similar al CSAT, pero de menor duración y dificultad donde la instrucción es pulsar en todas las letras menos en la “X”.

Se aplicó un último instrumento para la evaluación del TDAH, las Escalas Magallanes de Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, EMTDA-H (García-Pérez y Magaz-Lago, 2002). Éstas están constituidas por un total de 17 elementos agrupados en tres subescalas: hiperactividad-hiperkinesia (6 elementos), correspondiente a observaciones conductuales que ponen de manifiesto una actividad motriz excesiva o descoordinada; déficit de atención (6 elementos), correspondiente a manifestaciones comportamentales de escasa atención sostenida o baja calidad atencional; y déficit de reflexividad o impulsividad (5 últimos elementos) correspondientes a manifestaciones comportamentales, referidas a respuestas instrumentales emitidas

ante estímulos percibidos sin la utilización de mediadores verbales. Este instrumento recoge la mencionada información de terceras personas en referencia al paciente, y fue aplicada a personal docente de la escuela y a la madre del paciente.

Para la evaluación de las FFEE se emplearon 3 diferentes pruebas. Se recurrió al Test de copia y de reproducción de memoria de figuras complejas (Rey, 1975). Se aplicó la batería de Evaluación neuropsicológica de las funciones ejecutivas en niños, ENFEN (Portellano et al, 2009), compuesta por cuatro pruebas (fluidez verbal, construcción de senderos, construcción con anillas y resistencia a la interferencia) que miden diferentes componentes de las FFEE.

Finalmente fueron evaluados los procesos lectores y escritores, aplicando respectivamente la Batería de evaluación de los procesos lectores revisada, PROLEC-R (Cuetos et al, 2007), y la Evaluación de los procesos de escritura, PROESC (Cuetos et al., 2004). La primera batería, compuesta por nueve tareas, mide los procesos que intervienen en la comprensión del material escrito (identificación de letras, reconocimiento de palabras, procesos sintácticos y procesos semánticos). La segunda batería, formada por 6 pruebas, se emplea para detectar dificultades de escritura en varios dominios como las reglas ortográficas, de acentuación y conversión fonema-grafema, el uso de las mayúsculas y de los signos de puntuación, el conocimiento de la ortografía arbitraria, y la planificación de textos narrativos y expositivos.

Por último, se aplicó el Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil, TAMAI (Hernández-Guanir, 2015) que, mediante la recopilación de información organizada en diferentes escalas y subescalas, permite evaluar el grado de adaptación personal del niño en los contextos escolar, social y familiar, así como las actitudes educadoras de los padres, incluyendo dos escalas de fiabilidad o estilo de respuesta del evaluado. Su corrección proporciona un perfil de resultados baremado que permite identificar el grado en el que puntúa el evaluado en cada escala y subescala en referencia a su grupo poblacional.

Presentación del caso

El paciente es un varón de 9 años de edad. Pertenece a una familia con nivel socioeconómico de nivel medio-bajo establecida en Madrid. Vive con su hermana de 10 años, con su madre y con el novio de ésta. El padre vive en otra ciudad, y recibe visitas de su hijo, principalmente en verano, época del año en la que se encuentra en paro. El paciente expresa que “quiere vivir con su padre para no trabajar y hacer lo que quiera”.

El motivo de consulta, expuesto por la madre que es quien solicita el tratamiento, hace referencia a “ataques de ira” y escalada en los problemas de conducta agresiva del menor, así como una reducción preocupante de su cumplimiento de responsabilidades en el hogar y la escuela, afectando a sus resultados académicos. La madre indica que su principal preocupación se refiere al “nivel de agresividad de sus respuestas”, tanto en casa como en el colegio. De modo añadido, otro preocupante problema se refiere al comportamiento habitual de mentir, manteniendo un discurso de mentira “con frialdad” según expone la madre.

Existen algunos factores relevantes a tener en cuenta. En primer lugar, el padre presenta desatención en sus responsabilidades paternas. Por otro lado, la hermana presenta una conducta de sobreprotección y un “rol materno” sobre su hermano. Por último, la relación de la madre con su novio afecta negativamente a la dinámica familiar debido a las discusiones de pareja y a su baja implicación familiar. Acorde a esto último, esta persona se mantuvo totalmente al margen de todo el proceso terapéutico, de modo que las variables relativas a las interacciones con él se consideraron no modificables en el proceso.

Ambos tutores legales aceptaron y firmaron las condiciones legales necesarias para la evaluación y tratamiento psicológico del menor, el contacto con el centro escolar, y el tratamiento de los datos.

Antecedentes

El embarazo se dio sin complicaciones significativas. El parto fue natural y a término. Los principales hitos evolutivos a nivel psicomotor se desarrollaron dentro de la normalidad.

En cuanto al desarrollo y evolución del niño durante los primeros años, la madre indica que “lloraba mucho, hasta quedarse afónico”, y que “había que darle de comer porque era muy vago”.

Los principales hábitos primarios y secundarios se desarrollaron con normalidad. Se registran algunos ingresos hospitalarios por percances relacionados con una elevada impulsividad motora, y una baja percepción de las situaciones de peligro. Las dificultades hacen referencia tanto a la integración social en su grupo de iguales y con los profesores, como a las rutinas y normas de los centros escolares.

Se encuentran importantes dificultades en la adaptación a los nuevos contextos, como la escuela infantil, el paso al colegio, y el cambio a un segundo colegio.

En el inicio del proceso terapéutico el paciente estudiaba en un colegio público de Madrid cursando 3º de primaria. El rendimiento escolar en ese momento estaba siendo muy bajo, mostrando dificultades en todas las áreas académicas. Había repetido 2º de primaria por problemas académicos, pero en ese momento no se valoró realizar ninguna evaluación desde el colegio, pese a que los problemas de conducta disruptiva, sumados a los académicos, iban en aumento.

Acudieron a un psicólogo del ayuntamiento en relación a la problemática conductual, pero sin llegar realizar ninguna evaluación en profundidad. También recibió apoyo en logopedia (dislalia que fue corregida). Sin embargo, estos procesos de intervención no mantuvieron la continuidad y periodicidad que requería el caso.

Desde el colegio expresan incapacidad para gestionar los problemas de conducta del menor, que altera el patrón de interacción escolar del resto de alumnos, “arrastrando a los compañeros a portarse mal”.

En el plano social, el paciente presenta un perfil de liderazgo con respecto a sus compañeros, pero su patrón de conducta disruptivo consecuentemente le aísla respecto a eventos extraescolares como fiestas de cumpleaños.

Evaluación inicial

Entrevistas

Entrevista con la madre

Se realizó una entrevista inicial con la madre del paciente, registrando el motivo de consulta y los principales problemas. Expresó su “incapacidad” de gestión de los conflictos y conductas disruptivas/agresivas dadas en contextos escolar y hogar.

Entrevista con la profesora

En la entrevista con la tutora del paciente, se registró como principal problema la conducta disruptiva, identificada como “mentiras perseverantes” y “faltas de respeto” a las figuras de autoridad del centro. También se registran problemas académicos mantenidos, calificando al paciente de “vago”, al seguir suspendiendo pese a repetir curso.

Cribado de problemas emocionales y de conducta

SENA

Esta prueba se pasa al inicio de la evaluación a modo de cribado, y se aplicó al niño, a la madre, y a personal docente de la escuela (en este caso, el profesor de gimnasia).

SENA madre. La madre identifica pobreza de *recursos personales* en el niño para gestionar las situaciones diarias, una baja inteligencia emocional, una muy baja disposición al estudio. Se encuentra un alto puntaje en depresión en cuanto a los “problemas interiorizados”, así como en problemas de atención, de control de la ira, y conducta desafiante (problemas exteriorizados).

SENA colegio. Los resultados fueron discordantes con toda la información recogida hasta el momento, no registrándose ningún área en la que se identificara problemas clínicamente significativos, registrando a nivel subclínico un bajo nivel de recursos personales, indicios de problemas de atención e hiperactividad-impulsividad, baja inteligencia emocional, y quejas somáticas. Esta incoherencia de resultados se debe a que el profesor que completó la prueba fue el de educación física, de modo que su valoración se adscribe a un contexto escolar excepcional con respecto a las actividades propias del aula y las dinámicas de estudio, situaciones donde los problemas se hacen explícitos.

SENA niño. En este caso, la prueba fue heteroaplicada por la psicóloga para controlar posibles efectos derivados de las dificultades de lectura y atención del paciente. Esta prueba contiene escalas de control que permiten identificar inconsistencias en las respuestas, registrándose en este caso que las preguntas no están adecuadamente contestadas, encontrándose una minimización de la problemática. Pese a ello, se identifican problemas con la escuela, y a nivel subclínico, problemas de conducta desafiante y control de la ira.

Evaluación neuropsicológica

Se realizó una evaluación neuropsicológica en profundidad con el objetivo de evaluar exhaustivamente problemas relacionados con la capacidad intelectual, las funciones ejecutivas, los procesos atencionales, y la habilidad de escritura y lectura. Esta evaluación la llevaron a cabo la psicóloga responsable y la neuropsicóloga del centro.

Procesos intelectuales

Al tratarse de un niño que ha repetido el curso escolar de 2º de primaria, el cual se trata de un curso donde el requerimiento académico aún es bajo, gana mayor relevancia la realización de una evaluación de los procesos intelectuales.

WISC-V. En general, los resultados obtenidos por el paciente se sitúan dentro de la normalidad en la media-baja para su edad.

La memoria de trabajo se registra como el proceso de mayor puntaje, muy cercano a la media, y se registra una elevada capacidad de memoria visual, y una reducida memoria auditiva, muy relacionadas con su reducida atención.

El segundo mejor área es el de razonamiento fluido, registrando una moderadamente reducida capacidad para resolver tareas similares pero novedosas, pero cometiendo múltiples errores de cálculo mental por no atender a los datos que se le dan.

En las escalas de comprensión verbal, capacidad de razonamiento o procesamiento de la información visoespacial, y velocidad de procesamiento, se registran puntuaciones significativamente bajas respecto a su grupo de edad. En la parte verbal, la riqueza y fluidez de vocabulario se aproxima mucho a la media, y la comprensión y razonamiento lógico puntúa por encima de la media. Sin embargo, las pruebas de semejanzas e información que miden el razonamiento abstracto, la asociación de ideas y la realización de inferencias, puntúan muy por debajo. Respecto al área visoespacial, la elevada impulsividad y reducida capacidad de planificación del paciente sesgó negativamente los resultados al realizar la prueba manipulativa de *cubos*, algo que no sucedió en la prueba de *puzles visuales*. En el caso de la velocidad de procesamiento, se registró un puntaje por encima de la media en la prueba de cancelación, donde mostro un elevado interés y divertimento en comparación con otras pruebas como *búsqueda de símbolos*, donde puntúa notablemente por debajo de la media.

Los análisis secundarios registran: un nivel medio-bajo en razonamiento cuantitativo, capacidad general, competencia cognitiva, y memoria de trabajo auditiva; un nivel medio en memoria de trabajo visual y en capacidad no verbal.

WISC-R (laberintos). Se aplica complementariamente la prueba de “laberintos” que evalúa la “previsión perceptiva”. El paciente puntúa por debajo de la media para su edad al realizar la prueba de forma impulsiva por ensayo-error.

Atención Selectiva y Sostenida

El objetivo de las pruebas aplicadas es evaluar la capacidad del niño para atender exclusivamente a los estímulos que se le indican (atención selectiva), y evaluar la capacidad de mantener la atención en la realización de una tarea concreta a lo largo del tiempo (atención sostenida).

CARAS-R. Esta es una prueba sencilla y corta, pero a la que apenas atendió durante su realización respondiendo de manera precipitada e impulsiva alcanzando un número de aciertos muy reducido.

EMAV. Se registró un percentil muy bajo tanto en la atención sostenida como en la calidad de la atención. Cabe señalar que antes de empezar la tarea, el niño se queja de la misma, y muestra signos de cansancio evidentes.

CSAT. En esta tarea el paciente presenta una proporción de aciertos muy baja, puntuando extremadamente bajo en Capacidad de discriminación y Capacidad de atención. Realiza numerosos cambios atencionales, desatendiendo la pantalla y respondiendo “presencia del estímulo objetivo” antes de identificar si corresponde o no con el estímulo objetivo.

CPT-II. Esta versión de la prueba de cancelación de tarea, a diferencia de la versión actual (CPT-III), registra una estimación sobre la “probabilidad de existir un problema de atención”, donde el niño se situó en el percentil 99, con altas puntuaciones de problemática en todas las subescalas debido a una elevada falta de atención sobre la tarea y la pantalla.

EMTDAH (colegio y madre). Los resultados registran una elevada y estadísticamente significativa hiperkinesia en los contextos familiar, y escolar en clase de música, pero no en educación física (posiblemente porque estas clases permiten y requieren un mayor nivel de movimiento).

Los resultados obtenidos del registro de la madre muestran la existencia de conductas desatentas muy significativas. En el ámbito escolar, ambos profesores (música y educación física) observan también problemas de atención estadísticamente significativos.

Con respecto a la flexibilidad, los profesores registran baja puntuación, registrándose también impulsividad alta en los contextos escolar y familiar.

Función Ejecutiva

REY (Test de Copia de una Figura Compleja). Los resultados de esta prueba de carácter visoconstructivo sitúan al paciente en el percentil 50 respecto a su edad. Su buena capacidad de memoria visual parece facilitar su ejecución. La calidad de reproducción queda por debajo de la media, pero el resto de áreas como calidad y tiempo de la reproducción quedan por encima de la media.

ENFEN. Las pruebas referidas a Fluidez fonológica, Fluidez semántica, y Senderos gris, registraron puntuaciones en la media o ligeramente por encima. En las pruebas de Senderos a color, que requiere de cambiar de color para el trazado atendiendo a unas normas que relacionan color y números, y de Interferencia (similar al Test de Stroop), puntuó extremadamente bajo. En la prueba de “anillas” obtiene un nivel medio-bajo para su edad, mostrando un estilo de ejecución impulsivo, no fijándose en el modelo y sin planificar, llevándole al error sin percatarse del mismo.

Procesos Lectores

PROLEC-R. Los resultados obtenidos permiten identificar un posible diagnóstico TDAH, e incluso una posible dislexia comórbida atendiendo a los criterios diagnósticos. En los Índices de precisión se registran

“dificultades leves” en cuanto la lectura de signos de puntuación, y “dificultades severas” en lectura de palabras y pseudopalabras. En cuanto a los Índices principales, las estructuras gramaticales presentan “dificultades severas”, y la comprensión de oraciones, de signos de puntuación, y lectura de palabras y pseudopalabras corresponde con un grado de “dificultad leve”.

Procesos Escritores

PROESC. Se encontraron más dificultades que en la lectura, registrando “dificultades severas” en el uso de signos de puntuación, reglas de ortografía y ortografía reglada, y durante el dictado de pseudopalabras. En el resto de pruebas de la batería se registran niveles bajos o muy bajos ejecución, salvo en escritura de una redacción y escritura de un cuento, donde se encuentra en la media.

Evaluación emocional y de adaptación

TAMAI

Los resultados que registra el paciente en esta prueba deben interpretarse con especial cuidado al identificar un importante grado de contradicciones en las respuestas. El índice que registra mayor problemática, registrándose una puntuación máxima, se refiere a Insatisfacción con el ambiente familiar. Esto se debe a la diferencia en los estilos educativos entre los padres, y se relaciona con un significativamente alto puntaje respecto a problemas de Educación asistencial-personal y Permisivismo del padre. Así mismo, en cuanto a la madre indica un significativo grado de Restricción, referido a Estilo punitivo y Estilo despreocupado. También se encontraron puntuaciones significativas en Depresión, Somatización, Inadaptación escolar, Autodesajuste social, Agresividad social, y Disnomia (supone despreocupación y rechazo a la normativa social).

Evaluación observacional

El paciente se muestra como un niño extrovertido y comunicativo. El contacto ocular fue adecuado e inicia correctamente las interacciones con la examinadora, contestando también a todas las preguntas que se le realizan. Cabe señalar que se mostró participativo durante la evaluación. Refiere que no le gustan nada los colegios, aunque el suyo sí porque le gusta la gimnasia. En casa, refiere tener buena relación con su hermana, sin embargo, reconoce que “se porta regular” porque no obedece a la primera y se enfada. Responde bien a los refuerzos sociales y se comporta muy expectante ante sus logros, sin embargo, muestra una tolerancia a la frustración muy baja. Comprende las instrucciones y la explicación oral de las tareas adecuadamente, se expresa utilizando oraciones estructuradas y vocabulario con un nivel de complejidad adecuado para su edad. Muestra dificultades significativas para mantenerse atento y concentrado, con tendencia a interrumpir las tareas preguntando o realizando comentarios sobre las mismas. Muestra un nivel de actividad motora excesiva, y aunque permanece sentado durante la evaluación, tiende a moverse en el asiento, a mover las manos por la mesa continuamente, y a tocarse el pelo.

Presenta una lateralización homogénea hacia el lado derecho en mano, ojo y pierna. En el momento de la evaluación posee una buena interiorización del concepto izquierda-derecha en su propio cuerpo y gráficamente, pero todavía falla a la hora de reconocerlo en espejo. Su coordinación general de movimientos es adecuada para su edad. Del mismo modo, muestra una buena psicomotricidad fina para su edad, aunque es necesario seguir trabajando su caligrafía.

Registros de conducta

El comportamiento del niño se evaluó durante todo el proceso psicoterapéutico tanto en contexto clínico, como extra-clínico (hogar y escuela) mediante registros de conducta. Éstos registran información de día y hora, descripción detallada de la situación, descripción “lo más literalmente posible” del problema comportamental, y respuestas de las personas presentes.

Las conductas problema identificadas en los autorregistros se refieren no solo a los comportamientos disruptivos, agresivos y de mentira/manipulación del niño, si no a comportamientos contraterapéuticos de la madre y de otros adultos. Éstos hacen referencia a la facilitación inadecuada de atención (y de otros estímulos reforzadores para el niño), ejercida de manera contingente con las conductas problemáticas a mayor razón que ante conductas no problemáticas. Además, se encuentra que las conductas de la madre en muchas ocasiones tienen un carácter emocionalmente desregulado y agresivo.

Tabla 1. Resumen de la evaluación inicial por procesos.

Proceso evaluado	Test utilizados	Resultados
Problemas emocionales y conductuales	SENA, TAMAI, registros de conducta.	Problemas de gestión de las situaciones, interiorizados, de atención, control de la ira y conducta desafiante (SENA). (Puntajes subclínicos SENA) Problemas de gestión de las situaciones, de atención e hiperactividad-impulsividad, baja inteligencia emocional, y quejas somáticas. Elevado grado de contradicciones. Máxima puntuación en Insatisfacción con el ambiente familiar. Comportamientos disruptivos, agresivos y de mentira/manipulación (niño). Reforzamiento de conductas problema, conductas agresivas (madre).
Lenguaje oral	WISC-V (vocabulario), ENFEN (Fluidez verbal, Fluidez semántica), observación durante la evaluación y las sesiones.	Puntuación media-baja en Vocabulario del WISC-V. No presenta problemas de naturaleza fonatoria ni articulatoria. Su capacidad de acceso al léxico es adecuada tanto con claves fonológicas como semánticas (ENFEN).
Funcionamiento cognitivo: comprensión verbal, visoespacial, razonamiento fluido, memoria de trabajo, y velocidad de procesamiento.	WISC V	CIT percentil 10, nivel global medio-bajo. Puntuaciones significativamente bajas: comprensión verbal, visoespacial, velocidad de procesamiento. Puntuación próxima a la media: memoria de trabajo, razonamiento fluido.
Atención sostenida	CSAT, CTP-II	Muestra dificultades significativas para mantener la atención durante periodos largos de tiempo, con fallos en la atención sostenida debido a las continuas distracciones y cambios atencionales que presenta, especialmente en las tareas más largas y monótonas.
Atención selectiva	CARAS-R, EMAV	Percentiles bajos en ambas pruebas.

Tabla 1. Resumen de la evaluación inicial por procesos. (Continuación)

Proceso evaluado	Test utilizados	Resultados
Impulsividad	CARAS-R, EMAV, CTP-II	Alto número de errores en EMAV, CARAS-R; alto número de comisiones y perseveraciones en CTP-II.
FFEE	WISC-R (laberintos). ENFEN (anillas, senderos, Interferencia) Observación conductual.	Inicia adecuadamente las tareas, muestra dificultades significativas para seguir instrucciones y para organizar la conducta y secuenciar los pasos necesarios para la solución de las tareas por falta de planificación (Anillas, Laberintos), puntuaciones muy bajas en ambos. No supervisa ni corrige errores. Dificultades para inhibir la respuesta ante las interferencias de las tareas (Interferencia).
Memoria de trabajo	WISC-V (Dígitos inverso, Letras y números, Span de dibujos)	Muy bajas puntuaciones en memoria de trabajo verbal (dígitos), y en secuenciación de la información (Letras y números). Mejor puntuación en la modalidad visual (Span de dibujos).
Memoria a largo plazo	REY, WISC-V (Información)	Es capaz de recuperar conocimientos adquiridos a través de su historia de aprendizaje (Información). Puntuaciones bajas en la valoración del recuerdo visual inmediato (REY), aunque no muestra pérdida de información visual a largo plazo.
Funciones visoespaciales y visoconstructivas,	WISCV-V (Puzles visuales, Cubos), REY	Rendimiento apropiado en tareas gráficas (Puzles Visuales, Rey). Su rendimiento se ve influido negativamente cuando se utilizan piezas en tres dimensiones por su baja tolerancia a la frustración (se rinde cuando no le salen los modelos en Cubos).
Procesos lectores	PROLEC-R	Errores de precisión lectora. Fallos en la identificación fonológica de los fonemas g-gu y r-rr. Rendimiento lector muy bajo tanto cuando utiliza la ruta visual como cuando utiliza la ruta fonológica. Velocidad de lectura adecuada pero poco fluida. En la lectura comprensiva falla sistemáticamente en la decodificación de oraciones aisladas, por no leerlas adecuadamente debido a los numerosos errores de precisión lectora.
Procesos escritores	PROESC	Uniones de palabras, rotaciones y numerosos errores de ortografía. Dificultades con el uso de los acentos, de las mayúsculas y de los signos de puntuación. Caligrafía irregular, contenidos del escrito muy pobres y desorganizados.

Formulación del caso

De los resultados extraídos de la evaluación inicial, se concluye desde el marco teórico cognitivo-conductual que el perfil neuropsicológico del niño, en consonancia con el resto de la información recopilada mediante entrevistas, registros de conducta y pruebas de cribado, es compatible con un diagnóstico de Trastorno por Déficit

de Atención con Hiperactividad de tipo combinado (DSM-V). Los elementos problemáticos más destacables del caso se refieren a la pobre atención sostenida, dificultades de organización y planificación de tareas, irreflexibilidad y precipitación en las tareas, escasa auto-monitorización de su desempeño, escasa autonomía escolar, y bajo autocontrol motor (elevada hiperactividad).

Por otro lado, se cumplen criterios DSM-V para un diagnóstico comórbido de trastorno específico del aprendizaje con dificultades en la lectura, ya que el desfase que presenta en la lectura y escritura es muy significativo con respecto a su curso actual (más de dos desviaciones típicas por debajo de la media), superando la posible influencia negativa que las dificultades de atención y su baja capacidad de esfuerzo pudieran tener en esta área.

Estos dos bloques de resultados, pese a no estar directamente relacionados con las conductas disruptivas, sí explican la situación actual académica del niño, respecto a su desfase curricular y su ausencia de mejora escolar, identificándose la necesidad de emplear un apoyo especial a nivel escolar para aprender y mejorar en los procesos intelectuales registrados como pobres o insuficientes.

También se registró un patrón de conducta compatible con los criterios diagnósticos de Trastorno Negativista Desafiante (DSM-V). En relación con esto, se identificó un patrón de interacción disfuncional en el hogar, tanto entre los hermanos, como entre el niño y su madre, caracterizado por una inadecuada aplicación de contingencias por parte de la madre con respecto al proceso de aprendizaje comportamental del niño, elemento mantenedor de las conductas problema y la escalada de conflictos. La atención ejercida por la madre sobre las conductas disruptivas se identificó como un potente reforzador positivo, contingente con las conductas contraterapéuticas. La elevada impulsividad e hiperactividad, y la pobre regulación emocional favorecen que el paciente muestre comportamientos disruptivos y fuertes estallidos emocionales, tanto en el ámbito familiar como escolar, ya que no sabe comportarse de un modo asertivo, y busca ser la atención del adulto a través de conductas sociales inadecuadas.

Por último, la información cualitativa complementaria señala que el paciente es un niño que responde bien a los refuerzos emitidos por el adulto. A nivel emocional, tanto la madre como los profesores y el propio paciente, observan en el niño un bajo estado de ánimo y somatizaciones. El menor presenta una baja tolerancia a la frustración, mostrando un rechazo significativo hacia las tareas que le suponen un esfuerzo cognitivo. Sus dificultades para atender de manera selectiva y sostenida limitan su ejecución en múltiples tareas.

Tratamiento y curso

Objetivos terapéuticos y de intervención

Se establecieron los objetivos terapéuticos atendiendo a las conductas problemáticas, las dificultades neurocognitivas y emocionales, y contextos de interacción (familiar y escolar). Todos los objetivos terapéuticos y de intervención fueron consensuados con la madre, atendiendo a los intereses y necesidades del niño.

Objetivos para la intervención con la madre

Se acordó el entrenamiento de la madre en técnicas de modificación de conducta para desarrollar un trabajo de coterapeuta en los contextos extra-clínicos. Por otro lado, se acordó realizar un entrenamiento en técnicas de control de la ansiedad y la regulación emocional, con el fin de conseguir una adecuada autorregulación, para así poder realizar una posterior co-regulación emocional con el hijo (Gross, 1998). El entrenamiento sobre la conducta de la madre también se dirigió a una adecuada intervención de las interacciones entre hermanos, reduciendo el “rol materno” asumido por la hermana. También se requirió entrenamiento en solución de problemas y asertividad para favorecer una relación positiva y favorable con el centro escolar.

Se estableció la necesidad de implantar un Programa de Intervención para subsanar las dificultades escolares con ayuda de un profesional especializado, entrenando en estrategias atencionales y de la elaboración de pla-

nes de actuación, entrenando y reforzando la lectoescritura, y trabajar los conceptos temporales, la relación de ideas y el razonamiento abstracto a través del lenguaje.

Objetivos para la intervención con la escuela

Se acordó llevar a cabo una explicación diagnóstica del niño en el colegio, con el objetivo de que recibiera desde el medio escolar el apoyo especializado necesario propio de un caso con necesidades educativas especiales. Con respecto a la gestión de las conductas disruptivas, se planificó un entrenamiento de la profesora en técnicas de moldeamiento de la conducta problema, en aplicación de refuerzo positivo contingente con las conductas objetivo, y de sistemas de puntos dirigidos a reforzar y castigar diferencialmente las conductas objetivo y problema respectivamente, así como en aplicación de un programa de extinción de algunas de las conductas disruptivas. Por otro lado, se estableció la necesidad de enseñar a la tutora escolar las técnicas entrenadas con el paciente con el fin de facilitarle su aplicación en el contexto escolar. También se identificaron los contextos de interacción social en la escuela susceptibles de evocar comportamientos disruptivos, como fueran los conflictos con otros niños, con el fin de intervenir de manera temprana.

Objetivos para la intervención con el niño

Se estableció prioritariamente la regulación emocional como objetivo de intervención inicial, incluyendo el entrenamiento en tolerancia a la frustración. Relacionado con esto, se estableció la necesidad de desarrollar una adecuada autorregulación emocional, entrenando el autocontrol y la relajación fisiológica, no solo respecto a la ira, sino también a la impulsividad e hiperactivación. El objetivo de mejora del comportamiento escolar quedaría supeditado al cumplimiento de los anteriores objetivos, y completado con un entrenamiento en habilidades sociales y de estrategias de concienciación. Con respecto a la problemática atencional, se acordó realizar un entrenamiento en atención sostenida y selectiva, ya que en la mayoría de los problemas identificados de carácter académico-intelectual subyace esta problemática como mantenedora.

Características del tratamiento

El caso se evaluó y se intervino a lo largo de 19 sesiones. La duración de éstas fue de 1 hora, salvo las sesiones de evaluación neuropsicológica que, por las características de las pruebas evaluativas, tuvieron una duración de 6 horas en total, sucediéndose en un total de 2 sesiones de 3 horas de duración con descansos. La modalidad terapéutica fue presencial, y la periodicidad semanal hasta la sesión 14 en la que se espaciaron las sesiones, realizando un mantenimiento y seguimiento bajo una temporalidad de 14 días (1 sesión cada 2 semanas).

La elección del tratamiento de tipo cognitivo-conductual se apoya en la evidencia científica sobre su eficacia y eficiencia terapéutica en el tratamiento de TDA y TND (Lambez et al., 2020). Así mismo, la experiencia profesional de la terapeuta asignada al caso facilitó el ajuste de una intervención eficaz a las limitaciones y requerimientos del paciente.

Curso del tratamiento

Sesión I

La primera sesión se realiza exclusivamente con la madre con el fin de recoger la información referida al motivo de consulta y realizar la anamnesis del caso. En esta sesión no solo se obtiene información relevante

para enfocar el caso, también se acuerdan los términos de la evaluación e intervención, se informa acerca de los términos legales, y se firman los consentimientos legales necesarios para el tratamiento de los datos y la intervención con el menor, el colegio, y las personas involucradas (principalmente la madre).

Sesión II

Continúa la recogida de información, y atendiendo a los objetivos terapéuticos acordados según la problemática identificada hasta el momento, comienzan a establecerse con la madre las primeras pautas de entrenamiento en técnicas de modificación de conducta: aplicación diferencial de reforzadores positivos; extinción operante de ciertas conductas disruptivas mantenidas por una inadecuada atención proporcionada por la madre y los profesores; y la aplicación de estrategias como “tiempo fuera” que restringen el acceso a reforzadores positivos contingentemente con las conductas indeseadas. Se explica y se enseñan pautas acerca de la regulación emocional para la madre, ayudándola a “no entrar en la provocación” del hijo (autorregulación), y así enseñar al niño a regularse (co-regulación) desde un estado emocional propio óptimo.

Se registra un problema de encopresis al final de la sesión, de modo que se pauta con la madre un registro para mayor evaluación, y la aplicación de contingencias que aumenten el coste de respuesta para el niño, tales como lavar la ropa manchada.

Por último, se establece una “reunión familiar” para registrar explícitamente las reglas del hogar: “nos hablamos con respeto”; “no insultar”; “obedecer a la primera”. En esta reunión, como en el resto del proceso, el novio de la madre no se implicó. Si bien su colaboración podría haber resultado proterapéutica aumentando la eficiencia de la intervención con el niño, no se registraron dinámicas interactivas significativamente problemáticas entre ellos.

Sesión III

Previamente a la sesión se aplica la prueba de cribado SENA al niño, a la madre, y al colegio, y se realiza una entrevista con la directora del colegio. En sesión con la madre, se realiza la devolución de la información recogida, se acuerda la realización de una evaluación neuropsicológica del menor, y se dan pautas de modificación de conducta concretas y operativizadas sobre “portarse bien” para diferentes contextos según las normas establecidas en el hogar. También se continúa el entrenamiento con la madre en aplicación de contingencias referidas a premios y castigos, manteniendo la coherencia entre las contingencias explicitadas verbalmente entre los comportamientos y sus consecuencias, así como con la aplicación de refuerzo atencional diferencial. Los registros de conducta continúan pautándose y evaluándose, teniendo un papel de gran relevancia durante todo el tratamiento respecto a la evaluación de la aplicación y resultados de lo establecido en sesión.

Sesión IV

Continúa el entrenamiento con la madre en discriminación de conductas proterapéuticas y contraterapéuticas atendiendo a los objetivos acordados, en aplicación de consecuencias contingentes con estas conductas, y en la co-regulación emocional madre-hijo.

Sesión V

Se evalúa con la madre la aplicación de las pautas entrenadas y los cambios consecuentes con el apoyo de la información recogida en los registros, identificando e interviniendo sobre las dificultades y dudas derivadas de los diversos y heterogéneos contextos de aplicación.

Sesiones VI-VII

A lo largo de dos sesiones de 3 horas de duración cada una (con descansos), se lleva a cabo la evaluación neuropsicológica completa con el menor.

Sesión VIII

Se lleva a cabo la devolución del informe neuropsicológico con la madre, se establece y explica el diagnóstico, se realiza y entrega un informe para el colegio, y se solicita la derivación a neurología infantil para evaluación.

Sesión IX

En este momento del tratamiento comienza la intervención con el menor. Se trabaja la aceptación de las normas y de las consecuencias derivadas de según qué comportamientos lleve a cabo. También se enseña y entrena la Respiración diafragmática como técnica de relajación. Se elabora un sistema de puntos que se aplica en el colegio para valorar tanto el trabajo escolar como el comportamiento. En este punto del tratamiento se evalúa con la madre el progreso terapéutico, registrándose una mejora clínicamente significativa en el contexto del hogar.

Sesión X

Continúa el trabajo con el niño, realizando un entrenamiento en autorregulación emocional. También se evalúan las conductas disruptivas atendiendo a los registros de la madre y el colegio, y se retoma el entrenamiento con la madre en técnicas de modificación de conducta por aplicación de consecuencias, así como en técnicas de autorregulación que incluyen la autoobservación fisiológica y emocional en situaciones de estrés con el menor.

Sesión XI

La evaluación que se realiza en sesión indica que el menor está alcanzando objetivos terapéuticos mostrándose comportamental y emocionalmente más tranquilo y colaborativo. La madre registra que ambos “intentan auto-observarse y regularse” en situaciones difíciles, y que el menor utiliza la Respiración diafragmática cuando se pone nervioso. Por primera vez, el menor expresa tristeza por haber suspendido cuatro asignaturas, reduciendo así su comportamiento evitativo y de restricción de la respuesta emocional. En este punto del proceso se comienzan a trabajar el aprendizaje de auto-instrucciones y de técnicas de atención y concentración que ayuden al menor a ir guiándose y dirigiéndose atencional y comportamentalmente hacia el logro de los objetivos de un modo efectivo.

Sesión XII

Se encuentra un avance terapéutico en cuanto al comportamiento en el contexto escolar. Aunque aún se registra incumplimiento de algunas normas, ya no hay faltas de respeto y se comporta de modo responsable con sus tareas. Expresa explícitamente que está más contento, y la madre reconoce este avance en comportamientos novedosos como “cantar”. Se elabora con el menor un “diario de cosas positivas” para registrar explícitamente los avances terapéuticos y mejorar el estado de ánimo.

Sesión XIII

Los registros y las verbalizaciones de la madre indican que en casa sigue alcanzando objetivos terapéuticos, reduciéndose su comportamiento disruptivo y siguiendo las normas. Se establecen con la madre pautas para evitar e intervenir en las peleas que en ocasiones suceden entre los hermanos, y se establece una “paga” semanal como premio consecuente con el cumplimiento de las tareas y responsabilidades. Con el niño se siguen trabajando técnicas de autocontrol y de mejora de la autoestima: anticipación de consecuencias recordando la norma; “visualización en positivo” sobre los objetivos a alcanzar; autoinstrucciones para guiar su comportamiento satisfactoriamente; y entrenamiento en estrategias y comportamientos para mejorar la atención y la concentración en clase.

Sesiones XIV-XVII

En este punto del proceso las sesiones se espacian a una temporalidad quincenal. Continúa con la madre la evaluación y entrenamiento de las técnicas de modificación de conducta ya enseñadas. Desde la evaluación del progreso terapéutico se registran episodios de conflicto y comportamiento disruptivo de difícil gestión, pero con una menor frecuencia, duración, e intensidad emocional y conductual. Continúa el trabajo de regulación emocional con la madre y el hijo. Con el menor se repasan las técnicas de atención y concentración tanto en el aula como en casa, registrándose un menor comportamiento verbal de “protesta”, un mayor reconocimiento de las emociones, y la aplicación autónoma de las técnicas para regularse emocionalmente, llegando incluso a co-regular a su madre en situaciones de estrés recordando el uso de estas técnicas.

Sesiones XVIII y XIX

En las últimas sesiones del proceso se continúa la evaluación de los resultados. Se registran logros terapéuticos identificando verbalizaciones positivas correspondientes con comportamientos terapéuticos: “saco buenas notas”, “no me peleo con mi hermana”, “obedezco más”, “protesto y molesto menos”, “estudio más”, “tengo más amigos”, “no pego”, “me llevo mejor con mamá”, “estoy más contento”, “no insulto”, “hago caso a mamá”, “me enfado menos”, “soy más cariñoso”, “soy más autónomo y responsable”. Esto queda contrastado y corroborado con información recibida del colegio y de la madre. En la última sesión se revisan los objetivos terapéuticos y el alcance de los mismos, así como su mantenimiento durante las últimas sesiones, y se evalúa el aprendizaje de las técnicas y estrategias de comportamiento proterapéutico de aplicación en cualquier contexto y situación posible. Se corrobora la consecución de los objetivos de tratamiento y la solución del motivo de consulta, y se procede al alta terapéutica, bajo las indicaciones de contacto futuro en caso de recaída o aparición de nuevas problemáticas.

Resultados de tratamiento

La evaluación de los resultados del tratamiento se realizó a lo largo de todo el proceso terapéutico hasta la conclusión del mismo. Esto permitió registrar el cambio terapéutico de modo que se pudiera intervenir sobre las dificultades y complicaciones sesión a sesión, y en todas las áreas problema identificadas en los contextos escolar y familiar.

En el contexto académico-escolar se registró una paulatina reducción de los comportamientos disruptivos referidos al incumplimiento de las normas de comportamiento y respeto con los compañeros y profesores, mejorando la interacción con éstos tanto dentro como fuera del aula. Se alcanzó una mejora significativa en los resultados académicos, referido tanto a las calificaciones como al cumplimiento de las tareas escolares. Se registró un comportamiento en el aula más responsable con las actividades y la dinámica de la clase, de

modo más atento y participativo, coherente con las mejoras académicas. Estos resultados alcanzaron al final del proceso unos estándares normotípicos ajustados a los requerimientos del contexto, y se mantuvieron hasta el momento del alta terapéutica, dándose por cumplidos los objetivos establecidos al inicio de la terapia.

En el área social, se registró un aumento en las interacciones satisfactorias con sus iguales, identificándose una mayor integración con los compañeros del colegio y amigos mediante el aumento en frecuencia y duración de los planes de ocio, así como en verbalizaciones positivas de otros niños y sus padres. Los registros de conducta y la evaluación en sesión encontraron una mejora en las habilidades comunicativas y de interacción social, relacionado con una mejora en la autorregulación emocional y la gestión de los conflictos.

En el contexto del hogar se registraron grandes avances, alcanzando los objetivos terapéuticos referidos a los comportamientos disruptivos propios del TND. Se redujeron las peleas con su hermana, se incrementó la conducta verbal comunicativa, y se extinguieron las conductas que buscaban la atención materna disruptivamente.

En el plano emocional, se registró una significativa mejora en el estado de ánimo, registrado tanto en las verbalizaciones del menor, como en sus conductas y actividades. La regulación emocional de madre e hijo mejoró en cuanto a la identificación y expresión emocional verbal, lo que permitió un mejor ajuste ante situaciones interpersonales difíciles y los estresores ambientales. Paralelamente, la relación madre e hijo mejoró, registrándose interacciones proterapéuticas con mayor frecuencia, y reduciéndose satisfactoriamente los conflictos familiares en intensidad, duración y frecuencia.

Los resultados del tratamiento se registraron en sesión directamente con el niño y con la madre, juntos y por separado, evaluando los registros proporcionados por la madre y el colegio, observando el comportamiento del niño en sesión con y sin su madre, y evaluando la correspondencia entre las verbalizaciones proterapéuticas y las acciones realizadas en los diferentes contextos. Tras registrar los resultados alcanzados y el mantenimiento de los mismos, se concluyó la consecución exitosa de los objetivos de tratamiento, y se procedió al alta terapéutica.

Discusión

Los niños y niñas con diagnóstico TDAH y/o TND presentan un espectro de comportamientos y dificultades problemáticas que se dan en múltiples contextos, lo cual requiere de una intervención coordinada en hogar, escuela, y otros lugares, con el fin de establecer un entrenamiento y enseñanza coherente y organizado que derive en un aprendizaje sólido y generalizado.

Se encontró que la implicación de la escuela y la profesora en el proceso de cambio terapéutico fue un requerimiento fundamental para el éxito del caso. Esto incluye la comunicación fluida entre la psicóloga responsable del caso y los profesionales del centro escolar, relativo a entrevistas y reportes desde el centro, y la explicación de pautas terapéuticas trabajadas en sesión desde la clínica. Esto último hace referencia al moldeamiento de comportamientos, la parcelación de objetivos, la explicitación de normas referidas a conductas y consecuencias, la aplicación de éstas de manera clara y sistemática, y la facilitación espacio-temporal para la aplicación de técnicas aprendidas por el menor. Así mismo, favorecer la integración social en el contexto escolar y realizar las adaptaciones necesarias para un mayor ajuste permitió alcanzar los objetivos relativos a la conducta disruptiva e inatenta en la escuela. Todo esto pone de manifiesto la inconveniencia de centrar el trabajo exclusivamente en el área académica y las calificaciones escolares, resultados que se alcanzan directa e indirectamente a través de los avances en otras áreas de intervención.

El trabajo en el hogar requiere igualmente la implicación de las personas convivientes en el proceso de cambio, siendo en este caso la hermana y la madre, pero con especial énfasis en el trabajo con esta segunda figura, ya que en los casos de trastornos de conducta es esencial la colaboración y coordinación con los padres. Coherentemente con el trabajo desarrollado en la escuela, se desarrolló un programa de normas del hogar que explicitaban consecuencias claras y de aplicación sistemática. Para poder crear un contexto de hogar que facilite el cambio terapéutico mediante el aprendizaje diario, es fundamental el entrenamiento de los adultos en técnicas de modificación de conducta para manejar adecuadamente las situaciones y las contin-

gencias de la conducta del menor. En este caso fue necesario abordar previamente un entrenamiento con la madre en regulación emocional para alcanzar un mayor control en las situaciones ansiógenas y estresantes.

La regulación emocional engloba una serie de estrategias dirigidas a manejar las variables influyentes en la aparición de emociones y estados de ánimo. Para ello se requiere del entrenamiento en reconocimiento y comprensión emocional para poder manejar satisfactoriamente lo que le sucede al adulto, y al niño que está bajo su cuidado. El modelo procesual (Gross, 1998) precisamente organiza en varios componentes la experiencia emocional referida al control de las variables cognitivas, fisiológicas o expresivas: seleccionar situaciones y acciones gratificantes, como la práctica de deporte, el ocio social, o las aficiones; modificar e intervenir las situaciones favorablemente, como pedir ayuda a terceros o priorizar la realización de ciertas actividades de dificultad moderada; redireccionar la atención y la observación, hacia el cuerpo o la respiración, o recordando la recompensa tras la tarea; y reevaluar la situación y la respuesta emocional, como sucede en el autodiálogo realista y positivo. Así mismo, es importante entrenar a los padres en la identificación de la fuente del malestar para intervenir adecuadamente, pudiendo hallarse el origen en la dificultad o incapacidad de realizar una tarea de modo autónomo, la insatisfacción de necesidades fisiológicas, la desatención percibida, o las cualidades desagradables de una actividad a realizar o contexto al que acceder. Las técnicas de regulación ayudan a padres e hijos a adaptarse de un modo óptimo a las situaciones complicadas, aprendiendo a reducir su activación fisiológica mediante técnicas como la Respiración diafragmática, a reevaluar las situaciones y guiar su comportamiento satisfactoriamente mediante autoinstrucciones (Meichebaum, 1971), y a realizar un óptimo proceso de toma de decisiones y solución de problemas ajustado a la realidad.

En definitiva, se realizó una doble vertiente de trabajo en este caso. Por una parte, el entrenamiento en autorregulación emocional del menor, favorecido por la autorregulación aprendida de la madre y posterior co-regulación. Por otra parte, la aplicación de contingencias y control sobre las situaciones por parte de los adultos entrenados en hogar y escuela. Esto permitió establecer una dinámica comportamental y emocional del niño coherente entre contextos, y ajustada a los mismos de manera terapéuticamente satisfactoria.

Referencias

- Alvarez, H. K. y Ollendick, T. H. (2003). Individual and psychosocial risk factors. En C.A. Essau (Ed.), *Conduct and oppositional defiant disorders: Epidemiology, risk factors, and treatment* (pp. 97-116). Lawrence Erlbaum Associates Publishers. <https://doi.org/10.4324/9781410607720-10>
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Versión española DSM-IV-TR* [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV-TR)] (4ª ed. revisada). MASSON, S.A.
- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Antshel, K. M. (2015). Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder: update. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), 79-97. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.08.002>
- Arco, J. L., Fernández Martín, F. y Hinojo, F. J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica. *Psicothema*, 16(3), 408-414.
- Artigas-Pallares, J. (2003). Comorbidity in attention deficit hyperactivity disorder. *Revista Neurología*, 36(1), S68-78. <https://doi.org/10.33588/rn.36S1.2003003>
- Banaschewski, T., Becker, K., Döpfner, M., Holtmann, M., Rösler, M. y Romanos, M. (2017) Attention-deficit/hyperactivity disorder: a current overview. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(9), 149-59. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0149>
- Barkley, R. A. (2002). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Paidós.
- Bor, W., Sanders, M. R. y Markie-Dadds, C. (2002). The effects of the triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behaviour and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 571-587. <https://doi.org/10.1023/a:1020807613155>

- Colomer, C., Miranda, A., Herdoiza, P. y Presentacion, M. J. (2012). Executive functions and stressful characteristics of children with attention-deficit hyperactivity disorder: influence on behavioral problems during adolescence. *Revista de Neurología*, 54(1), S117-126. <https://doi.org/10.33588/rn.54S01.2011707>
- Conners, K. C. y Staff, M. H. S. (2004). *Conners' Continuous Performance Test II. CPT II*. Multi-Health Systems.
- Cuetos, F., Ramos, J. L. y Ruano, E. (2004). *PROESC. Evaluación de los procesos de escritura*. TEA Ediciones.
- Cuetos, F., Rodríguez, B., Ruano, E. y Arribas, D. (2007). *PROLEC-R. Batería de evaluación de los procesos lectores revisada*. TEA Ediciones.
- Daly, B. P., Creed, T., Xanthopoulos, M. y Brown, R. T. (2007). Psychosocial treatments for children with ADHD. *Neuropsychology Review*, 17, 73-89. <https://doi.org/10.1007/s11065-006-9018-2>
- Díez-Suarez, A., Figueroa, A. y Soutullo, C. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista Pediátrica Atención Primaria*, 8(4), S135-155.
- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M. A. y del Barrio, V. (2015). SENA. *Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual técnico*. TEA Ediciones.
- García-Pérez, E. M. y Magaz-Lago, A. (2000). EMAV. *Escalas Magallanes de Atención Visual. Manual de Referencia*. Grupo Albor-Cohs.
- García-Pérez, E. M. y Magaz-Lago, A. (2002). EMTDAH. *Escalas Magallanes de Evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Manual de Referencia*. Grupo Albor-Cohs.
- Gioia, G. A., Espy, K. A., Guy, S. C. y Kenworthy, L. (2000). *Behavior rating inventory of executive function*. Psychological Assessment Resources.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037%2F1089-2680.2.3.271>
- Hamilton, S. y Armando, J. (2010). Oppositional defiant disorder. *American Family Physician*, 78, 861-866.
- Hernández-Guanir, P. (2015). TAMAI. *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil. Manual*, 7. TEA Ediciones.
- Herrera-Gutiérrez, E., Calvo-Llena M. T. y Peyres-Egea, C. (2003). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad desde una perspectiva actual. Orientaciones a padres y profesores. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56(1), 5-19.
- Jarque, S. (2012). Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Anuario de Psicología*, 42, 19-33. <https://doi.org/10.1344/%25x>
- Jitendra, A., Edwards, L., Sacks, G. y Jacobson, L. (2004). What research says about vocabulary instruction for students with learning disabilities. *Council for Exceptional Children*, 70(3), 299-322. <https://doi.org/10.1177%2F001440290407000303>
- Kaplan, B. J., Dewey, D. M., Crawford, S. G. y Wilson, B. N. (2001). The term comorbidity is of questionable value in reference to developmental disorders: data and theory. *Journal of Learning Disabilities*, 34(6), 555-565. <https://doi.org/10.1177%2F002221940103400608>
- Lambez, B., Harwood-Gross, A., Golumbic, E. Z. y Rassovsky, Y. (2020). Non-pharmacological interventions for cognitive difficulties in ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 120, 40-55. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.10.007>
- Lavigne, R. y Romero, J. F. (2010). El TDAH ¿Qué es?, ¿qué lo causa? ¿cómo evaluarlo y tratarlo? Pirámide.
- Lázaro, J. C. F. (2009). Características de comorbilidad en los diferentes subtipos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*, 21(4), 592-597.
- Loro-López, M., Quintero, J., García-Campos, N., Jiménez-Gómez, B., Pando, F., Varela-Casal, P., Campos, J. A. y Correas-Lauffer, J. (2009). Update on attention-deficit/hyperactive disorder treatment. *Revista de Neurología*, 49(5), 257-264. <https://doi.org/10.33588/rn.4905.2009210>
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R. y Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: Developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45(3), 609-621. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00250.x>

- McMenamy, J. Sheldrick, R. C. y Perrin, E. C. (2011). Early intervention in pediatrics offices for emerging disruptive behavior in toddlers. *Journal of Pediatric Health Care*, 25(2), 77-86. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2009.08.008>
- Meichebaum, D. H. y Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves. A means or developing self-control. *Journal of abnormal Psychology* 77(2), 115-126. <https://doi.org/10.1037/h0030773>
- Menéndez, I. (2001). Trastorno de déficit de atención con hiperactividad, clínica y diagnóstico. *Revista Psiquiátrica y Psicológica del Niño y Adolescente*, 4(1), 92-102.
- Miranda, A., Jarque, S. y Rosel, J. (2006). Treatment of children with ADHD: Psychopedagogical program at school versus psychoestimulant medication. *Psychothema*, 18(3), 335-341.
- Miranda, A., García, R. y Presentación, M. J. (2002). Factores moduladores de la eficacia de una intervención psicosocial en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neuropsicología*, 34(1), 91-97. <https://doi.org/10.33588/rn.34S1.2002058>
- Moreno, L. y Lora, J. A. (2006). Abandonos terapéuticos registrados en el ámbito de la hiperactividad y los trastornos del comportamiento: influencia de variables individuales y familiares. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32(144), 427-450. <https://doi.org/10.33776/amc.v32i144.1723>
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C. y Rohde, L. A. (2014) ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434-442. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>
- Portellano, J. A., Martínez-Arias, R. y Zumárraga, L. (2009). *ENFEN. Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños*. TEA Ediciones.
- Presentación, M. J., Siegenthaler, R., Jara P. y Miranda, A. (2010). Psychosocial intervention follow-up in children with ADHD: effects on academic, emotional and social functioning. *Psychothema*, 22(4), 778-783.
- Rey, A. (1975). *Test de copia y de reproducción de memoria de figuras complejas*. (3ª ed.). TEA Ediciones.
- Rincón, R. A., Ballabriga, M. C. J., Martín, A. B., Poch, F. V., Corcoll-Champredonde, A., Rodríguez, G. G., Burgos, Z. R. M., Pérez, D. S. N. C. y Carbonès, J. (2010). Evaluación de la sintomatología negativa desafiante en niños de seis a ocho años: concordancia entre padres y maestros. *Psychothema*, 22(3), 455-459.
- Roselló, L. A. y Bo, R. M. (2000). Patrones de comorbilidad en los distintos subtipos de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Neurología Clínica*, 1, 181-192.
- Serrano-Troncoso, E., Guidi, M. y Alda-Diez, J. A. (2013). Is psychological treatment efficacious for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)? Review of non-pharmacological treatments in children and adolescents with ADHD. *Actas de España Psiquiatría*, 41(1), 44-51.
- Servera, M. y Llabrés, J. (2004). *CSAT Tarea de atención sostenida para niños*. TEA Ediciones.
- So, C. Y. C., Leung, P. W. L. y Hung, S. F. (2008). Treatment effectiveness of combined medication/behavioural treatment with Chinese ADHD children in routine practice. *Behaviour Research and Therapy*, 46(9), 983-992. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.06.007>
- Solanto, M. V., Gilbert, S. N., Raj, A., Zhu, J., Pope-Boyd, S., Stepak, B., Vail, L. y Newcorn, J. H. (2007). Neurocognitive functioning in AD/HD, predominantly inattentive and combined subtypes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(5), 729-744. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9123-6>
- Teeter, A. y Semrud, C. (2007). *Child neuropsychology: assessment and interventions for neurodevelopmental disorders*. Springer Science.
- Téllez-Villagra, C., Valencia, F. M. y Beauroyre, H. R. (2011). Cronología conceptual del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16(1), 39-44.
- Thapar, A. y Cooper, M. (2015). *Attention deficit hyperactivity disorder*. Lancet.
- Thomas, R., Mitchell G. K. y Batstra, L. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder: Are we helping or harming? *British Medical Journal*, 347, f6172. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6172>
- Thurstone, L. L. y Yela, M. (2009). *Caras. Test de percepción de diferencias*. TEA ediciones.
- Tirapu-Ustárroz, J., García, A., Luna, P., Verdejo, A. y Ríos, M. (2012). Corteza prefrontal, funciones ejecutivas y regulación de conducta. En J. Tirapu, A. García, y A. Ardila (Eds.). *Neuropsicología de la corteza prefrontal y las funciones ejecutivas* (pp. 89-120). Viguera.

- Vaquerizo, J., Estévez, F. y Díaz, I. (2006). Revisión del modelo de alerta e intervención psicolingüística en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*, 42(2), S53-S61. <https://doi.org/10.33588/rn.42S02.2005799>
- Wåhlstedt, C., Thorell, L. B. y Bohlin, G. (2009). Heterogeneity in ADHD: neuropsychological pathways, comorbidity and symptom domains. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(4), 551-564. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9286-9>
- Wechsler, D. (2001). *Manual de la Escala de Inteligencia Wechsler para niños –revisada*. TEA Ediciones.
- Wechsler, D. (2015). *Escala de Inteligencia de Wechsler para niños-V*. Pearson Educación.

Artículo recibido: 24/08/2022

Artículo aceptado: 26/10/2022