



**Universidad
Europea** MADRID

Intervención Psicológica en niño con TDAH y Trastorno de Conducta

Máster de Psicología General Sanitaria

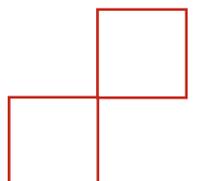
Autor/a: Eva Bielsa D'Altilia

Tutor/a: Dimitra Manos

Fecha de realización del trabajo: 28/12/2021

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Resumen

Esta investigación tiene como objetivo principal conocer la eficacia del tratamiento multimodal para la intervención en trastorno por déficit de atención-hiperactividad en comorbilidad con trastorno de conducta, concretamente, trastorno negativista-desafiante. Se seleccionó un sujeto en edad escolar (11 años), estudiante de 6º de primaria de una zona urbana. Perteneciente a una familia desestructurada, con un nivel económico medio-bajo, de población española. Este estudio tiene un diseño de caso único, utilizando para su evaluación la comparación de medidas pre-tratamiento y post tratamiento (en este caso, se usaron los datos del seguimiento a los 6 meses). Las pruebas de evaluación son 4: *SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes* (Fernández-Pinto et al., 2015), *WISC-IV. Escala de inteligencia de Wechsler para niños* (Wechsler, 2005), *CARAS-R. Test de Percepción de Diferencias-Revisado* (Thurstone y Yela, 2012) y *EMAV. Escala Magallanes de atención visual* (García y Magaz, 2000). Los resultados a los 6 meses muestran la eficacia del tratamiento multimodal, a partir de una mejora en los resultados obtenidos en las pruebas de evaluación. Es necesario finalizar el tratamiento para ver si se consiguen cumplir todos los objetivos de la intervención.

Palabras clave

Trastorno por déficit de atención-hiperactividad, trastorno de conducta, trastorno negativista-desafiante, tratamiento multimodal, tratamiento cognitivo-conductual.

Abstract

This research has as main objective to know the efficacy of multimodal treatment for intervention in Attention Deficit-Hyperactivity Disorder in comorbidity with conduct disorder, specifically Oppositional-Defiant Disorder. A subject of school age (11 years old), a 6th grade student from an urban area, was selected. He belongs to a dysfunctional family, with a medium-low economic level, and he is Spanish. This study has a single-case design and uses comparison of pre-treatment and post-treatment measures for evaluation (in this case, 6-month follow-up data was used). There are 4 evaluation tests: Evaluation System for Children and Adolescents (Fernández-Pinto et al., 2015), Wechsler Intelligence Scale for Children (Wechsler, 2005), Test of Perception of Differences-Revised (Thurstone and Yela, 2012) and Magellan's scale of visual attention (García and Magaz, 2000). The results at 6 months show the efficacy of the multimodal treatment, based on an improvement in the results obtained in the evaluation tests. It is necessary to finish the treatment to see if all the objectives of the intervention are achieved.

Keywords

Attention deficit-hyperactivity disorder, conduct disorder, oppositional-defiant disorder, multimodal treatment, cognitive-behavioral treatment.

Índice General

1. INTRODUCCIÓN	6
1.1. ¿QUÉ ES EL TDAH?.....	6
1.2. CARACTERÍSTICAS Y PREVALENCIA DEL TDAH.....	7
1.3. ETIOLOGÍA.....	8
1.4. MODELOS EXPLICATIVOS.....	8
1.5. COMORBILIDAD.....	9
1.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	10
1.7. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	11
1.8. MODELOS DE INTERVENCIÓN.....	12
1.9. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA DEL CASO.....	13
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA	14
2.1. DATOS PERSONALES.....	14
2.2. MOTIVO DE CONSULTA.....	14
2.3. PROBLEMAS DEL PACIENTE.....	14
3. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN	16
4. FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO.....	20
4.1. HIPÓTESIS DE ORIGEN.....	20
4.2. HIPÓTESIS DE MANTENIMIENTO.....	20
4.3. EVOLUCIÓN DEL PROBLEMA.....	21
4.4. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE EVALUACIÓN.....	24
4.5. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS.....	26
5. TRATAMIENTO.....	27
5.1. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	28
5.2. SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO.....	31
6. VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO.....	32
6.1. ESCALA DE INTELIGENCIA DE WECHSLER PARA NIÑOS- IV.....	32
6.2. TEST DE PERCEPCIÓN DE DIFERENCIAS – CARAS-R.....	34
6.3. SISTEMA DE EVALUACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES: SENA.....	34
6.4. ESCALAS MAGALLANES DE ATENCIÓN VISUAL, EMAV-2.....	38
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	41
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
9. ANEXOS	50

Índice de Tablas

TABLA 1. ANÁLISIS FUNCIONAL DEL CASO DE J	23
TABLA 2. COMPARACIÓN DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN EL PRE-TRATAMIENTO Y EL SEGUIMIENTO EN WISC-IV	33
TABLA 3. COMPARACIÓN DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN EL PRE-TRATAMIENTO Y EL SEGUIMIENTO EN CARAS-R	34
TABLA 4. COMPARACIÓN DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN EL PRE-TRATAMIENTO Y EL SEGUIMIENTO EN ÍNDICES GLOBALES SENA ..	35
TABLA 5. COMPARACIÓN DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN EL PRE-TRATAMIENTO Y EL SEGUIMIENTO EN LAS ESCALAS DE PROBLEMAS DEL SENA.....	36
TABLA 6. COMPARACIÓN DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN EL PRE-TRATAMIENTO Y EL SEGUIMIENTO EN LAS ESCALAS DE VULNERABILIDADES Y RECURSOS PERSONALES DEL SENA	37
TABLA 7. COMPARACIÓN DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN EL PRE-TRATAMIENTO Y EL SEGUIMIENTO EN EMAV-2	38
TABLA 8. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN INICIAL EN WISC-IV	50
TABLA 9. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN INICIAL EN CARAS-R	51
TABLA 10. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN INICIAL EN LOS ÍNDICES GLOBALES DEL SENA	52
TABLA 11. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN INICIAL EN LAS ESCALAS DE PROBLEMAS DEL SENA.....	53
TABLA 12. RESULTADOS DE LAS ESCALAS DE VULNERABILIDADES Y RECURSOS PERSONALES DEL SENA	54
TABLA 13. PUNTUACIONES DIRECTAS DE LA EVALUACIÓN INICIAL EN EMAV-2	54
TABLA 14. PUNTUACIONES EN CALIDAD DE ATENCIÓN Y ATENCIÓN SOSTENIDA EN EMAV-2	55
TABLA 15. COMPARACIÓN DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN EL PRE-TRATAMIENTO Y EL SEGUIMIENTO EN EL SENA, MODELO PRIMARIA-FAMILIA. (APLICACIÓN PARA NIÑOS ENTRE 6 Y 12 AÑOS).	55

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. FICHA DE APLICACIÓN DEL MODELO ADAPTADO DE AUTOINSTRUCCIONES.....	30
--	-----------

1. Introducción

Para el desarrollo de este trabajo, se ha escogido como objeto de estudio el trastorno por déficit de atención- hiperactividad (TDAH), seleccionando para ello, un sujeto que presenta dicho trastorno en comorbilidad con un trastorno de conducta (TC), concretamente, trastorno negativista-desafiante (TND).

1.1. ¿Qué es el TDAH? Según los criterios establecidos en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), el TDAH es un conjunto de síntomas de inatención, hiperactividad y/o impulsividad, presentes durante un periodo mayor de 6 meses, que surgen desde los primeros años de vida y que tienen un efecto negativo en la vida del sujeto. Está considerado como un trastorno del neurodesarrollo, y en concreto, es un trastorno neurobiológico crónico. Este tipo de trastorno es considerado como uno de los más frecuentes durante la infancia y adolescencia (American Psychiatric Association, 2013).

El TDAH es un trastorno heterogéneo y de grandes dimensiones. Por tanto, algunos autores consideran más apropiado denominarlo como “Síndrome de Déficit de Atención e Hiperactividad (SDAHA)” (Pascual-Castroviejo, 2008).

Es difícil determinar una definición para el TDAH que englobe todas las dimensiones que abarca. La tendencia actual, según el DSM-5, es considerarlo como un trastorno con un patrón de comportamiento y de funcionamiento cognitivo característico, que aparece en diferentes ámbitos de la vida del sujeto provocando dificultades a nivel cognitivo, educacional y laboral (Quintero y Castaño, 2014).

Este trastorno evoluciona en el tiempo, es decir, tiene origen en la infancia pero los síntomas asociados al trastorno pueden aparecer más tarde. Por lo tanto, va a sufrir variaciones a lo largo de la evolución del sujeto pudiendo cambiar su manifestación, empeorando o mejorando los síntomas durante su desarrollo (Quintero y Castaño, 2014).

El DSM-5 ha añadido algunas variaciones con respecto a las versiones anteriores, destacando: el aumento de la edad de inicio del trastorno hasta los 12 años; se reduce la necesidad de síntomas para los diagnósticos más tardíos en adultos; se añade la posibilidad de comorbilidad con el trastorno del espectro autista (TEA); se modifican los subtipos de TDAH, denominándose presentaciones clínicas del trastorno (con predominio hiperactivo, con predominio de inatención, combinado). Gracias a estas modificaciones, se describe mejor el trastorno con sus variaciones a lo largo de las diferentes etapas de la vida del sujeto (American Psychiatric Association, 2013).

1.2. Características y prevalencia del TDAH. El TDAH se manifiesta en el niño, adulto o adolescente de diversas maneras, pero mostrando un patrón general de comportamiento que afecta a las siguientes áreas: la dificultad para prestar atención a las acciones que realizan (inatención), la dificultad para ser capaz de regular el nivel de actividad (hiperactividad) y la dificultad para inhibir o controlar su comportamiento (impulsividad). Como se ha mencionado anteriormente, el trastorno puede presentarse afectando solo a una de las áreas o de forma combinada (Esperón y Suárez, 2007).

En concreto, se han identificado mediante pruebas neuropsicológicas características del funcionamiento cognitivo en niños con TDAH: disfunción ejecutiva (errores en el control inhibitorio, en la planificación y en la flexibilidad cognitiva) (Galindo et al., 2001 tomado de Pérez, Molina y Gómez, 2016); problemas en la atención sostenida y selectiva (Romero-ayuso et al., 2006 tomado de Pérez et al., 2016); disminución en la velocidad de procesamiento de la información (Bará-jiménez et al., 2003; Romero-ayuso et al., 2006; Zuiani et al., 2008 tomado de Pérez et al., 2016); dificultades en el lenguaje (menor fluidez verbal, internalización del lenguaje, alteraciones en la conciencia fonológica y dificultades en el procesamiento de la información) (Pérez et al., 2016).

Además de las características principales del TDAH (inatención, impulsividad e hiperactividad), se han encontrado otros síntomas importantes: dificultad para las relaciones sociales, bajo rendimiento escolar, baja autoestima y comorbilidad con otros trastornos.

Este tipo de trastorno es considerado como uno de los más frecuentes durante la infancia y adolescencia, apareciendo la frecuencia más alta (12%) entre los 6 y los 9 años (Esperón y Suárez, 2007).

En concreto en España la prevalencia de este trastorno se sitúa en el 6% en niños y adolescentes, teniendo mayor prevalencia en varones que en mujeres. La proporción es de 4:1 para el predominio hiperactivo-impulsivo y de 2:1 para el predominio inatento.

Estas diferencias de género, pueden explicarse por la tendencia a dar mayor importancia a la clínica conductual para el diagnóstico, pasando por lo tanto más desapercibidas las niñas al mostrar un perfil más asociado a la inatención y menos conductual (Quintero y Castaño, 2014).

1.3. Etiología. El TDAH es un trastorno multifactorial y heterogéneo en el que interactúan variables biológicas junto con factores ambientales. En concreto, los factores que se relacionan con la etiología del trastorno son: factores neuroquímicos (disregulación en los neurotransmisores de dopamina y noradrenalina), factores neuroanatómicos (volumen inferior de la corteza prefrontal dorsolateral y regiones adyacentes), factores ambientales y factores genéticos y neurobiológicos (base genética y heredabilidad del 75%) (Quintero y Castaño, 2014).

Otras causas relacionadas con el TDAH son: bajo peso al nacer (el riesgo de padecer el trastorno se multiplica por tres), adversidad psicosocial (multiplica el riesgo por cuatro), consumo de tabaco por parte de la madre durante el embarazo (el riesgo se multiplica por tres) y el consumo de alcohol por parte de la madre durante el embarazo (el riesgo se multiplica por dos) (Esperón y Suárez, 2007).

1.4. Modelos explicativos. Existen diferentes modelos que tratan de dar una explicación al TDAH, en concreto vamos a exponer tres de los modelos más relevantes (Esperón y Suárez, 2007).

Modelo de Russell Barkley: Inhibición, autocontrol y función ejecutiva. En este modelo Barkley habla de las funciones ejecutivas a través de las que el sujeto se autorregula, identificando en el TDAH 4 funciones ejecutivas deterioradas que afectan a la internalización de las conductas

para poder anticipar las acciones y consecuencias futuras (memoria de trabajo no verbal; memoria de trabajo verbal; autocontrol de la activación, la motivación y el afecto; reconstitución mediante el análisis y síntesis) (Orjales, 2000).

Modelo de Thomas Brown sobre activación, concentración, esfuerzo, emoción, memoria y acción. Este modelo se basa en la afectación de las capacidades cognitivas complejas en el TDAH, en concreto, considera que hay seis funciones ejecutivas que se muestran afectadas (activación, concentración, esfuerzo, emoción, memoria y acción) (Blanco et al., 2017).

Modelo de trastorno evolutivo del control de la frustración de Ross W. Greene. En este modelo, Ross explica que existe un grupo de niños (entre los que incluye los que presentan TDAH) que presentan una dificultad evolutiva para tolerar la frustración, mostrando rigidez en el pensamiento y baja tolerancia a los cambios. De esta forma, cuando aparece un problema al que no saben enfrentarse se frustran y no saben dar una respuesta eficaz, de forma que acaban teniendo una explosión o tormenta afectiva (Esperón y Suárez, 2007).

1.5. Comorbilidad. Como se menciona en un apartado anterior, una de las características del TDAH es su elevado índice de comorbilidad con otros trastornos. Los trastornos con los que presenta mayor comorbilidad son: TND, TC, trastornos del aprendizaje, ansiedad y depresión (Esperón y Suárez, 2007).

Otros trastornos que presentan comorbilidad con el TDAH son: problemas de afectividad, dificultades del lenguaje, problemas para la conducción de vehículos y psicopatología asociada, trastornos de la coordinación motora, cambios de humor y síndrome bipolar, comportamiento impulsivo-agresivo y comportamiento antisocial (Pascual-Castroviejo, 2008).

En concreto, vamos a centrarnos en el TDAH en comorbilidad con TC puesto que el caso que hemos seleccionado para este estudio se presenta de esta forma.

La consecuencia más negativa del TDAH es cuando se presenta en comorbilidad con TC, además del bajo rendimiento académico. Es difícil diferenciar si los TC surgen como un trastorno comórbido o si es una manifestación del propio TDAH, existiendo además un gran solapamiento entre los síntomas de ambos trastornos (TDAH y TC).

Según los datos del estudio de Artigas-Pallarés (2003) la prevalencia entre el TDAH y el TC es de entre el 15% y el 60% en niños. De hecho, es durante los primeros años donde las dificultades en el manejo de los síntomas del TDAH conducen en mayor medida a los TC.

Los síntomas en niños con TDAH junto con TC también influyen en el entorno familiar, obteniéndose resultados que indican una probabilidad cuatro veces mayor de separación matrimonial y adversidad familiar. A su vez, la adversidad familiar en niños con TDAH aumenta la probabilidad de delincuencia, llegando a tener cinco veces más probabilidades de llegar a presentar delincuencia en el futuro que aquellos niños con TDAH con una familia estable (Artigas-Pallarés, 2003).

1.6. Diagnóstico diferencial. Es importante tener en cuenta los criterios establecidos en el DSM-5 para el diagnóstico del TDAH y tener presentes que existen determinadas circunstancias que pueden desestabilizar emocionalmente al paciente produciendo una manifestación conductual y signos similares a los del trastorno, que no debemos confundir. Algunas de estas circunstancias a tener en cuenta son: muerte de un familiar/amigo, tener un progenitor con un trastorno mental, tener una familia numerosa, tener un progenitor alcohólico/drogadicto/delincuente en situación de desempleo, peleas de los padres, pertenecer a una clase social baja en un ambiente bajo afectivo, vivir en un barrio conflictivo, vivir fuera del hogar y sin afecto, cambios rápidos de mejor a peor nivel económico y social (Pascual-Castroviejo, 2008).

Además de tener en cuenta este tipo de circunstancias, es importante saber diferenciar de otros trastornos con los que en ocasiones se puede confundir como: niños con un bajo CI, TEA, TC,

trastorno del aprendizaje, depresión, ansiedad y otros trastornos generalizados del desarrollo (Cornellà, 2011).

Es por lo tanto necesario utilizar los instrumentos de evaluación adecuados para establecer un adecuado diagnóstico de este trastorno, de forma que sea lo más fiable y objetivo posible.

1.7. Instrumentos de evaluación. Es necesario que la evaluación la realice un facultativo especialista, utilizando una serie de pruebas psicológicas y entrevistas en las que pueda evaluar en profundidad los diferentes contextos del sujeto y complementarlas con una exploración física.

El primer paso, será realizar la historia clínica del sujeto: anamnesis mediante entrevistas (historia perinatal, antecedentes familiares y síntomas) y exploración física (para descartar otras enfermedades que expliquen los síntomas que presenta).

En segundo lugar, se realizarán una serie de pruebas psicológicas para obtener información acerca de los síntomas que presenta, la gravedad de los síntomas, evaluar la posible presencia del trastorno, las percepciones de las personas más cercanas al sujeto (padres y profesores), la evolución de los síntomas en el tiempo, y todo tipo de información que ayude en el diagnóstico del trastorno.

Existen una gran variedad de pruebas psicológicas, en este trabajo se tomará como referencia la batería de pruebas psicológicas recomendada por el Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH en Niños y Adolescentes (2010).

Escalas específicas del TDAH: *Escalas EDAH, Escala Magallanes y Cuestionario TDAH* (Franquiz y Ramos, 2015).

Escalas de psicopatología general: *Escalas de Achenbach* (Franquiz y Ramos, 2015) y *SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes* (Fernández-Pinto et al., 2015).

Pruebas neuropsicológicas y de inteligencia: *WISC-IV* (Weschler, 2005), *D2 (Test de atención)*(Brickenkamp y Zilmer, 2004), *TALE (Test de análisis de lectura y escritura)*(Cervera y Toro, 1990), *PROESC (Evaluación de los procesos de escritura)* (Cuetos et al., 2002), *PROLEC-R*

(Evaluación de los procesos lectores)(Cuetos et al., 2007), *PROLEC-SE* (Evaluación de los procesos lectores, secundaria)(Ramos y Cuetos, 2003) e *IHI* (Inventario de hábitos de estudio) (Fernández Pozar, 1994).

1.8. Modelos de intervención. Los principales modelos de intervención para TDAH:

Tratamientos farmacológicos. Hay evidencias científicas en la eficacia de los psicoestimulantes como el metilfenidato (para tratar los síntomas como la agresividad, el oposicionismo y síntomas asociados con la regulación emocional) (Fernández et al., 2008), la medicación no estimulante como la atomoxetina (para tratar los síntomas centrales del TDAH y los síntomas que influyen en las relaciones sociales del sujeto) (Jarque, 2012) y los antidepresivos tricíclicos como la reboxitina (mejora la capacidad perceptiva) y la clonidina (disminuye los síntomas de hiperactividad y agresividad) (Díez et al., 2006).

Terapia cognitiva. El objetivo que persigue en el tratamiento del TDAH es ayudar a mejorar el control emocional utilizando para ello la resolución de problemas, la disminución de respuestas impulsivas y la modificación o reestructuración del pensamiento. Además, en niños con TDAH suelen aparecer dificultades en la socialización, resulta de gran utilidad trabajar también el entrenamiento en habilidades sociales y en resolución de problemas (Hernández y Gutiérrez, 2014).

Terapia conductual. La modificación de conducta ha demostrado ser el tratamiento no farmacológico más eficaz. Obteniendo mayor eficacia en la edad escolar. Por lo tanto, hay que resaltar la importancia de su administración en edades tempranas, puesto que mejora el pronóstico (Hernández y Gutiérrez, 2014).

Terapia socio-educativa. Incluye tres áreas: académica, social y conductual. Consiste en establecer un programa individualizado para ayudar a niños/ adolescentes con TDAH en las dificultades que aparecen en el ámbito académico (adaptaciones en el aula, normas y límites, adaptación en los sistemas de evaluación) (Hernández y Gutiérrez, 2014).

Terapia cognitivo-conductual. La administración en niños y adolescentes con TDAH ofrece resultados positivos en autocontrol, habilidades sociales y el control de la impulsividad. Estos datos son favorables también en los casos en los que aparece TDAH en comorbilidad con TC. El uso del entrenamiento en planificación, en la realización de tareas escolares, en la regulación emocional, en habilidades comunicativas y la psicoeducación muestran una mejora en el cumplimiento de normas y horarios, en la conducta y en el absentismo escolar (Luna et al., 2020).

Terapias combinadas. Incluyen tratamiento farmacológico y no farmacológico (intervención psicosocial). Los resultados obtenidos en la investigación de los modelos de intervención en TDAH parecen indicar una mayor eficacia para las intervenciones en las que actúan de forma combinada los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos (Zapico y Pelayo, 2012).

Dentro de los tratamientos combinados, el tratamiento de elección para el TDAH se denomina tratamiento multimodal y es el que hemos escogido para este estudio. (Hernández y Gutiérrez, 2014).

1.9. Justificación teórica del caso. El número de casos diagnosticados con TDAH ha aumentado considerablemente estos últimos años. Como se ha mencionado en la introducción, la frecuencia de aparición de este trastorno es muy elevada, sobre todo en edad escolar. Por esta razón, quise escoger un caso que se encontrara en este rango de edad.

Los niños con TDAH presentan mayor riesgo de fracaso escolar, problemas de comportamiento, problemas emocionales, problemas de socialización con sus iguales y problemas familiares.

Además, presenta un alto grado de comorbilidad (entre 40% y 60%) con otros TC y trastornos emocionales. En concreto, suele presentarse más frecuentemente con TND (Pérez, 2015). En el caso que se va a presentar en este estudio, se presenta de esta forma (TDAH en comorbilidad con TND).

Por todas las razones mencionadas, es de gran importancia establecer un diagnóstico precoz y correcto del TDAH, llevar a cabo el tratamiento en edades tempranas (donde ha demostrado mayor eficacia), de forma que disminuya la afectación de los síntomas del trastorno en la edad adulta.

El objetivo de este estudio es examinar la eficacia de la terapia multimodal en un caso con TDAH en comorbilidad con TC (concretamente TND) en edad escolar.

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

2.1. Datos personales. El paciente al que nos vamos a referir como “J”, es un niño de 11 años, estudiante de 6º de primaria en un colegio público. Pertenece a una familia desestructurada con un nivel económico medio-bajo, los padres continúan casados pero la relación matrimonial es inexistente. Es el hermano mayor, tiene una hermana de 5 años. Vive en una zona urbana y es de nacionalidad española.

2.2. Motivo de consulta. Los padres de J acuden a consulta alegando problemas de atención. Durante las primeras sesiones de evaluación, J mostró un comportamiento disruptivo, no fue colaborador ni participativo, presentando en todo momento un comportamiento negativista-desafiante.

2.3. Problemas del paciente. J presentaba problemas en diferentes niveles:

Problemas de comportamiento: Problemas de control y regulación emocional, sobre todo, presentaba dificultad con las emociones negativas como la ira y la tristeza. También presentaba baja tolerancia a la frustración y un comportamiento negativista-desafiante cuando la tarea que se le pedía no entraba dentro de sus intereses o motivaciones.

Problemas con las nuevas tecnologías: Dedicaba un número de horas muy elevado al día al uso del móvil, Tablet y videojuegos. Siendo un tema de discusión recurrente con sus padres. En repetidas

ocasiones, se saltaba el control parental y engañaba para conseguir obtener el acceso a los dispositivos.

Problemas en la relación con sus iguales: Debido a la baja tolerancia a la frustración y la falta de control emocional, carecía de habilidades para establecer relaciones con sus iguales. Mostraba problemas en el juego social, presentando dificultades para seguir las normas y para saber perder.

Problemas de rendimiento escolar: Obtenía malas notas y en el colegio habían observado dificultades atencionales al realizar la tarea.

Problemas familiares: La relación entre los progenitores es complicada, presentando problemas de comunicación y una convivencia tóxica. Además había desacuerdos para establecer unas normas de comportamiento y rutinas para J, no estando de acuerdo entre ambos progenitores sobre la forma de proceder.

Otras áreas importantes a considerar:

- Apoyo social: Tiene buena relación con uno de los tíos de su madre, con el que a veces va de caza, así como con sus primos.
- Situación vital y estilo de vida: Tiene una vida muy sedentaria, pasando la mayor parte del tiempo jugando a los videojuegos. No practica ningún deporte y no lleva una alimentación saludable.
- Aspectos familiares importantes: La familia de su padre no tiene buena relación con su madre. No se ven ni se hablan.
- Problemas médicos asociados: Ninguno destacado.
- Tratamiento psicológico previo: No, es la primera vez que acude al psicólogo.

- Consumo de medicamentos: Toma medicación para el TDAH (Concerta).
- Motivación y expectativas: No le da importancia al futuro, ni presenta motivaciones o aspiraciones fuera del juego y las nuevas tecnologías. Tampoco le preocupa su rendimiento académico, mostrando indiferencia por la realización de las tareas escolares.
- Aspecto personal: Presenta un aspecto normal, con vestimenta apropiada para un niño y aseado.

3. Estrategias de Evaluación

Para la evaluación inicial de J, se dedicaron 4 sesiones con una duración de 60 minutos cada una. Se llevó a cabo a lo largo de 4 semanas (los lunes en horario de 19:00 a 20:00).

En la primera sesión, el objetivo fue evaluar mediante la observación conductual y a través de una entrevista semiestructurada. Esta sesión, se realizó de manera individual con J (sin estar presentes sus padres) tratando de que se sintiera cómodo y en un ambiente positivo para establecer un buen vínculo paciente-terapeuta. Se utilizaron actividades cotidianas y familiares para J, como por ejemplo juegos, para observar su comportamiento. Se le formularon preguntas enfocadas a conocer sus intereses y hobbies principales, su familia, las relaciones con sus iguales, el rendimiento académico, la percepción de sí mismo y su visión de futuro.

Para las siguientes sesiones, el objetivo fue evaluar a J mediante el uso de una batería de pruebas psicológicas escogida a partir de las hipótesis iniciales establecidas en la primera sesión.

Los instrumentos de evaluación seleccionados para J fueron los siguientes:

- Para medir los problemas emocionales y de conducta: *SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes* (Fernández-Pinto et al., 2015). En concreto, prestando mayor atención a la escala de Problemas exteriorizados (hiperactividad e impulsividad, problemas de atención, agresividad, conducta desafiante, problemas de control de la ira, conducta antisocial).

Para esta prueba existen diferentes ejemplares, lo que permite realizar una evaluación ajustada a la edad y la fuente de información. Para el caso de J, se aplicó el modelo de Primaria-Autoinforme (para niños de 8 a 12 años), con una duración de 15-20 minutos, realizando una aplicación de tipo individual.

La prueba consta de diferentes escalas: escalas de control, escalas de problemas (permiten identificar dificultades y trastornos principales), escalas de vulnerabilidades (pueden ser responsables del inicio o mantenimiento de algunos trastornos y problemas) y escalas de recursos personales. Además, también mide índices globales de problemas.

El formato de respuesta es de tipo Likert (con 5 opciones de respuesta) y la corrección se lleva a cabo de manera automática mediante la plataforma de corrección de TEA ediciones, mostrando un perfil completo de los resultados.

En el estudio de Sánchez-Sánchez et al. (2016) se examina la fiabilidad de la prueba, para ello, utilizaron una muestra formada por 2550 personas de entre la población general (entre 3 y 18 años), y una muestra clínica de 996 participantes. Los resultados indican que posee muy buenas propiedades psicométricas que hacen recomendable su uso, mostrando una fiabilidad de las escalas e índices (mediante el alfa de Cronbach y la correlación test-retest) superior a .70 en la mayoría. Además, la prueba ha mostrado una buena estructura interna (analizada mediante análisis factorial confirmatorio).

- Para medir el funcionamiento intelectual (comprensión verbal, viso-espacial, razonamiento fluido, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento): *WISC-IV* (Weschler, 2005). La duración

fue en torno a 48-60 minutos y la aplicación fue individual. Se le administraron sólo las 7 pruebas principales para el cálculo del CI total (semejanzas, vocabulario, cubos, matrices, balanzas, dígitos y claves).

El formato de los ítems varía, siendo de respuesta libre (para las pruebas de semejanzas y vocabulario), de presentación de modelos a imitar (para la prueba de cubos), de presentación de estímulos a repetir o reorganizar (para la prueba de dígitos) y de presentación de estímulos a asociar o relacionar (para las pruebas claves, matrices y balanzas).

La adaptación española del WISC-V ha mostrado una buena consistencia interna. Presenta una fiabilidad del CI total de 0,95, siendo la fiabilidad media de todas las pruebas de 0,84 (oscila entre 0,74 y 0,93) (Amador y Forns, 2019).

La validez convergente de la adaptación española de la WISC-V se ha estudiado mediante la relación entre las puntuaciones del WISC-IV y las de la WISC-V en una muestra de 80 participantes, (entre 6-16 años). Las correlaciones entre las puntuaciones de la WISC-V y la WISC-IV oscilan entre 0,59 (IMT) y 0,83 (CIT). (Amador y Forns, 2019).

En niños con TDAH se ha comprobado que en el WISC-IV (Weschler, 2005) aparecen puntuaciones significativamente más bajas en las escalas referentes a la memoria de trabajo y en la velocidad de procesamiento (Navarro Soria et al., 2020).

- Para medir la capacidad perceptiva y atencional se usaron dos pruebas:

CARAS-R. Test de Percepción de Diferencias-Revisado (Thurstone y Yela, 2012) y *D2 (Test de atención)* (Brickenkamp y Zilmer, 2004). Este test consta de 60 ítems gráficos, formados por dibujos sencillos de caras. La tarea consiste en examinar grupos de 3 caras para identificar cual es el elemento diferente. Se aplicó la prueba de manera individual y tuvo una duración de 3 minutos.

Para esta prueba, se realizó un estudio de la fiabilidad, entendida como consistencia interna, utilizando el coeficiente alfa de Cronbach. Se obtuvo en la muestra global una puntuación de .91 (Thurstone y Yela, 2012).

EMAV-2. Escalas Magallanes de Atención Visual (García y Magaz, 2000). En concreto, se usó para evaluar la capacidad de focalizar la atención y de mantenerla de forma sostenida. Este test consta de una hoja de aplicación con 1820 figuras, de forma que la tarea consiste en tachar únicamente las que son iguales al modelo en un tiempo límite. La aplicación se realizó de forma individual y su duración fue de 12 minutos. La versión utilizada fue la 2 (utilizada de 9 años en adelante). Los resultados indican una buena consistencia interna y fiabilidad de la prueba (fiabilidad por consistencia interna de los errores y las latencias presentan valores elevados entre .79 y .92 en el total de la prueba) (Servera et al., 2009).

Más adelante, se repitió la aplicación de esta misma batería de pruebas para ir viendo la evolución del caso. Se realizó de nuevo a los 6 meses de comenzar el tratamiento, para evaluar el seguimiento del caso y ver si aparecían diferencias significativas con respecto a la primera aplicación.

En este estudio se van a utilizar como referencia las dos primeras aplicaciones de la batería de pruebas (la inicial y la de seguimiento) para la valorar la evolución del tratamiento, puesto que dicho tratamiento aún no ha concluido.

Una vez finalizado el tratamiento, se realizará de nuevo la evaluación para ver si se han cumplido los objetivos propuestos y hacer una valoración adecuada del tratamiento administrado.

4. Formulación clínica del caso.

4.1. Hipótesis de origen.

Hipótesis de TDAH. Debido al elevado nivel de activación motora, la impulsividad y la dificultad que presenta para mantener la atención y para realizar la tarea escolar (desorden, escasa elaboración, errores frecuentes), empezó a empeorar el rendimiento escolar de J. Esto provocó una respuesta condicionada de frustración y ansiedad ante situaciones escolares (emociones negativas, pensamientos asociados al fracaso y a la falta de capacidad). Para reducir el malestar, comienza a evitar las situaciones asociadas al ámbito escolar (no hace las actividades que le mandan, rompe la ficha para no tener que hacerla) de manera que se refuerzan negativamente este tipo de conductas disruptivas (condicionamiento operante).

Hipótesis de trastorno de conducta (Negativista-desafiante). La mala relación y los problemas de comunicación entre los padres de J generan una situación en la que hay falta de atención hacia el niño. J asocia por condicionamiento clásico las situaciones de discusión y problemas entre sus padres con falta de atención y emociones negativas. Para reducir el malestar, aprende que realizando conductas disruptivas llama la atención de sus padres (grita, rompe cosas, dice palabrotas) de manera que se refuerzan negativamente este tipo de conductas (condicionamiento operante).

4.2. Hipótesis de mantenimiento. Para evitar las situaciones que le generan frustración y ansiedad J comienza a realizar conductas disruptivas. La falta de normas y rutinas favorece que utilice conductas disruptivas como método de afrontamiento, comenzando a generalizarse por condicionamiento clásico a otros contextos y situaciones (para conseguir lo que quiere, para llamar la atención de sus padres, para jugar al móvil y los videojuegos, para ganar en los juegos con otros niños).

Como con estos comportamientos consigue calmar su ansiedad y llamar la atención de sus padres, vuelve a repetirlos en situaciones similares, reforzándose (beneficios a corto plazo). La ausencia de

consecuencias negativas tras su conducta y la anticipación de los beneficios a corto plazo conducen al mantenimiento del problema.

4.3. Evolución del problema.

Factores predisponentes.

- Antecedentes remotos: Desde pequeño ha tenido un nivel de activación alto, mostrando conductas asociadas con hiperactividad (elevado nivel de agitación, levantarse constantemente de la silla en clase, no respetar los turnos de palabra) y conductas asociadas con déficit de atención (dificultad para concentrarse en las tareas, no entregar los deberes, distraerse, no prestar atención a las órdenes).
- Factores estresantes: Relación tóxica entre sus padres, cambio de curso y mayor nivel de exigencias, escasez o inexistencia de normas y rutinas, desacuerdo entre los padres del planteamiento educativo a seguir.

Aparición del problema y curso. Con el cambio de curso escolar, aparece un aumento en el nivel de exigencia y empiezan a aumentar las dificultades para la realización de la tarea. Estos cambios, unidos a la falta de normas y de hábitos de estudio, derivan en un empeoramiento del rendimiento académico.

Debido a la falta de estrategias de afrontamiento de J, comienza a incrementarse la frustración, pesimismo y desmotivación hacia todo aquello asociado con el colegio y el estudio.

El comportamiento en casa empeora significativamente. Empieza a tener intereses restringidos (videojuegos y móvil).

La dificultad para enfrentarse a la frustración, la escasez de intereses y los problemas de comportamiento comienzan a interferir, a su vez, en las relaciones con sus iguales. J presenta dificultad para tener una relación positiva con sus compañeros. En los juegos con otros niños le cuesta seguir las normas y se frustra si pierde.

Recursos de afrontamiento del paciente. Para evitar enfrentarse a las emociones negativas, se refugia en los videojuegos (“eso si se me da bien”) y se aísla en su habitación.

Cuando hace algo mal, sabe que no hay acuerdo entre sus padres sobre cuál va a ser la consecuencia negativa de su acción. J aprovecha esta circunstancia, miente a sus padres y genera más enfrentamiento entre ellos, de forma que nunca se cumplen los refuerzos negativos y castigos impuestos. Termina saltándose las normas porque sabe que no habrá una consecuencia negativa si lo hace.

Intentos de solución previos y resultados. Los padres han intentado en numerosas ocasiones ponerse de acuerdo sobre las normas y rutinas de J sin resultado. Los problemas personales entre ellos dificultan la comunicación sobre los problemas de J y sobre el resultado de su comportamiento. Al final, han optado por dejarle hacer lo que quiere y darle lo que pide en todo momento para evitar el enfrentamiento con él.

Análisis funcional del caso. La formulación de este caso se puede ver reflejada en su análisis funcional, tal y como está presentado en la Tabla 1 a continuación.

Tabla 1

Análisis funcional del caso de J

Antecedentes	Conducta	Consecuentes
<p>Lejanos <i>Desencadenantes.</i> Baja tolerancia la frustración, conductas asociadas a hiperactividad y déficit de atención.</p> <p>Próximos <i>Externos.</i> Mala relación y problemas de comunicación entre sus padres, cambio de curso, mayor nivel de exigencias, falta de normas y rutinas, desacuerdo entre los padres en el planteamiento educativo de J.</p> <p><i>Internos.</i> Frustración por no llegar al nivel de exigencia, sensación de incomprensión por parte de sus padres y de sus compañeros. Miedo al fracaso.</p> <p><i>Estímulos Delta.</i> Jugar a los videojuegos y estar al móvil.</p>	<p>Nivel Cognitivo. Pensamientos negativos asociados al fracaso. Pensamientos asociados a la soledad y la incomprensión por parte de los demás. Pensamientos violentos sobre que no le dejen jugar a los videojuegos o hacer lo que quiere. Baja motivación por las tareas escolares.</p> <p>Falta de control de la ira y el enfado. Dificultad para relacionarse con sus compañeros. Intereses limitados. Dificultad para seguir órdenes y normas. Dificultad para mantener la atención sostenida.</p> <p>Nivel Fisiológico. Alta activación, respiración acelerada en momentos de inquietud.</p> <p>Nivel Motor. Dificultad para permanecer sentado en la silla, dificultad para prestar atención cuando le hablan, cambios rápidos de actividad.</p>	<p>Corto Plazo. Reduce el malestar evitando las situaciones en las que tiene que enfrentarse a la frustración, aislándose en su habitación y refugiándose en los videojuegos. No realiza las tareas escolares y no sigue las normas porque piensa que no habrá consecuencias negativas.</p> <p>Largo Plazo. El número de situaciones a evitar aumenta. El rendimiento académico empeora. Cada vez presenta más dificultad para relacionarse con sus iguales. La situación conflictiva en casa empeora. Mayor dificultad para mantener la atención. Dificultad para controlar conductas violentas impulsivas.</p>

4.4. Resultados de las pruebas de evaluación. Tras la administración de las pruebas de evaluación iniciales se obtuvieron los siguientes resultados:

Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños- IV: WISC-IV. J obtuvo un CIT (Cociente Intelectual Total) de 91, y su capacidad intelectual global, tal como es medida por el WISC-IV (Wechsler, 2005), se clasifica como Promedio Normativo/ Dentro de los límites de normalidad. Hay una probabilidad del 95% de que su verdadero CIT esté entre los valores 86 - 98. Ese valor de CIT se sitúa en el percentil 28, es decir, que su puntuación es mejor que la del 28% de los niños de su edad.

En los 4 índices principales de la prueba, J obtuvo una puntuación dentro de la clasificación Promedio Normativa (dentro de los límites de normalidad), a excepción de los índices correspondientes a “Memoria de trabajo” y “Velocidad de procesamiento”, con una puntuación inferior.

El valor obtenido en el índice de Memoria de trabajo es de 85, se sitúa en el percentil 15 y se clasifica como Normativo- Bajo (con una probabilidad del 95% su valor en esta prueba está entre 78 y 95). Este índice es una medida de la memoria a corto plazo y refleja la capacidad de J para retener temporalmente en la memoria cierta información, trabajar y operar con ella y generar un resultado. La memoria de trabajo implica atención, concentración, control mental y razonamiento.

El valor obtenido en el índice de Velocidad de procesamiento es de 88, se sitúa en el percentil 21 y se clasifica como Normativo- Bajo (con una probabilidad del 95% su valor en esta prueba está entre 80 y 100). Este índice es una medida de velocidad de procesamiento mental y representa la capacidad de J para explorar, ordenar o discriminar información visual simple de forma rápida y eficaz, con tareas simples, de baja complejidad cognitiva. Mide además memoria visual a corto plazo, atención y coordinación visomotora.

Los resultados de esta prueba pueden verse en la Tabla 8, en Anexos.

Test de Percepción de Diferencias – CARAS-R. De forma general el resultado obtenido es de un nivel medio, indica un desarrollo en la prueba ineficaz inatento y no impulsivo. Esto se ve reflejado en que J tiene un número bajo de aciertos pero un ICI adecuado, es decir, tiene pocos errores. Su rendimiento es bajo pero su control de la impulsividad está en un rango normal.

En el momento en el que se realizó la prueba J ya estaba tomando la medicación para el TDAH, de forma que se puede apreciar que la prueba indica un perfil no impulsivo. Hay que tener en cuenta esta circunstancia, puesto que J si mostraba conductas asociadas con hiperactividad antes de empezar con la medicación. En el análisis funcional y en el planteamiento de los objetivos se ha tenido en cuenta, puesto que J presenta un TDAH de tipo combinado.

Los resultados de esta prueba pueden verse en la Tabla 9, en Anexos.

Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes: SENA. Se analizan por separado los resultados de la prueba de Autoinforme, es decir, la que realizó J y la prueba que relleno la familia. En el Modelo de Primaria- Autoinforme (8-12 años), dentro de los índices globales de la prueba, J destaca por tener una elevada puntuación (igual o superior a 70) en los índices de problemas emocionales, conductuales, de funciones ejecutivas, globales y de recursos personales.

Además, debemos destacar el índice de problemas contextuales, que se encuentra en una puntuación entre 60 y 69, lo cual indica que es significativamente más alta que la media aunque no excesivamente preocupante.

Dentro de las escalas de problemas, J obtuvo una elevada puntuación en las escalas referentes a ansiedad, problemas de atención, problemas de control de la ira, agresión, conducta desafiante y problemas familiares.

Además, hay que destacar dentro de los problemas contextuales la puntuación obtenida en problemas con los compañeros (65), por ser significativamente más alta que la media aunque no excesivamente preocupante.

Por último, en las escalas de vulnerabilidades y recursos personales, J obtuvo una puntuación elevada en problemas de regulación emocional e integración y competencia social.

Las puntuaciones obtenidas en el modelo autoinforme pueden verse en las Tablas 10, 11 y 12 en Anexos. En el modelo aplicado a la familia se obtuvieron puntuaciones similares a las obtenidas en el modelo de autoinforme (véase Tabla 15 en Anexos).

Escalas Magallanes de Atención Visual, EMAV-2. Los resultados indican un déficit atencional, obteniendo una baja calidad de atención y baja atención sostenida (obteniendo en ambas puntuaciones inferiores a 20). J presenta una ejecución incorrecta con lentitud en la realización de la tarea.

Las puntuaciones obtenidas en la prueba pueden verse en las Tablas 13 y 14, en Anexos.

4.5. Objetivos terapéuticos. A partir del análisis funcional y los resultados obtenidos en la evaluación inicial, se van a formular los objetivos de intervención. El objetivo principal de la intervención es la mejora del autocontrol y la atención. En concreto, se plantean los siguientes objetivos terapéuticos para el TDAH:

- Aumentar la comprensión, expresión y regulación de las emociones.
- Entrenar las habilidades sociales.
- Mejorar los procesos atencionales (sobre todo de atención sostenida).
- Entrenar la resolución de problemas.
- Mejorar el autocontrol / control de comportamientos impulsivos.
- Entrenar la planificación y cumplimiento de metas a corto y largo plazo.

Además de los objetivos propuestos para el TDAH, se plantean otros objetivos secundarios asociados al TC comórbido (TND):

- Aceptación y cumplimiento de reglas y normas.
- Uso saludable de las nuevas tecnologías.
- Mejorar la relación filo-parental.
- Establecimiento de rutinas y horarios.

La intervención principal está dirigida a la mejora de los síntomas del TDAH, trabajando de manera conjunta con objetivos secundarios para la mejora del trastorno comórbido de conducta.

5. Tratamiento

Al escoger un caso tan complejo y con gran cantidad de objetivos terapéuticos, a día de hoy J todavía continúa en tratamiento. Por lo tanto, sólo voy a detallar la parte de la intervención a la que he podido asistir, es decir, desde que J inició el tratamiento hasta 6 meses después.

El tratamiento elegido para la intervención es un tratamiento multimodal (combinado), cuyo objetivo principal va a ser reducir los síntomas del TDAH, al mismo tiempo, que se reducen las complicaciones derivadas del TC comórbido y el impacto negativo en el paciente y su entorno (tanto escolar como familiar).

Para ello el tratamiento multimodal se centra en tres aspectos: el tratamiento psicológico, el tratamiento psicopedagógico y el tratamiento farmacológico.

En cuanto al tratamiento farmacológico, J acudió a un especialista que valoró la necesidad de tomar medicación tras realizarle un estudio individualizado. Le recetaron un fármaco para el TDAH, en concreto metilfenidato (Concerta).

El tratamiento psicopedagógico se centró en la mejora del rendimiento escolar y la mejora de las competencias académicas a través de adaptaciones en el aula y en las evaluaciones. Además, acudía una hora a realizar técnicas de estudio y de planificación (dos veces por semana).

En cuanto al tratamiento psicológico, se escogió la terapia cognitivo-conductual. A continuación, se va a detallar la intervención realizada.

5.1. Propuesta de intervención. La temporalización total con J hasta el día de hoy comprende 6 meses (mayo, junio, septiembre, octubre, noviembre y diciembre del 2021), realizando durante ese tiempo un total de 25 sesiones. Estas sesiones se realizaron de forma individual, con una duración de 60 minutos, una vez por semana (los lunes).

De esas 25 sesiones, 6 se dedicaron a la evaluación (3 a la inicial y 3 a la de seguimiento). Para el tratamiento se realizaron un total de 19 sesiones.

Distribución de las sesiones de tratamiento:

- ❖ **Psicoeducación del TDAH (duración: 1 sesión).** Para iniciar, se dedicó una sesión para explicar con palabras sencillas lo que es el TDAH y que síntomas tiene. De esta forma, se le hizo partícipe de buscar ejemplos propios en los que aparecieran algunos de estos síntomas. También, anotamos posibles preocupaciones o pensamientos que le habían podido surgir a raíz de estos síntomas.

Además, aprovechamos esta sesión para seguir explorando más información sobre el caso: le preguntamos por los miembros que componen su familia, las relaciones entre ellos y por las relaciones con los compañeros de clase.

Por último, hicimos un juego de atención para ver el comportamiento durante el juego (seguimiento de las reglas, respeto de los turnos, gestión de la frustración al perder, y las dificultades en el mantenimiento de la atención sostenida). El juego se llama “dobble”, es un juego de cartas.

- ❖ Desarrollo de pensamientos reflexivos (duración: 2 sesiones). El objetivo para estas dos sesiones era conseguir hacer reflexionar a J sobre las consecuencias de sus acciones. Para ello, elegimos diferentes conductas disruptivas que había presentado y pensamos juntos en las consecuencias de sus actos.

Un ejemplo: Eligió como conducta cuando pegó a un compañero de clase. Tenía que hacer un dibujo de lo que sucedió antes, otro del momento de la pelea y otro de lo que ocurrió después. Juntos fuimos anotando todas las consecuencias negativas que tuvo su acción (sus padres le regañaron, el profesor le mandó fuera de clase, los niños se enfadaron con él y se quedó sólo).

- ❖ Técnicas de modificación de conducta (3 sesiones): Para estas 3 sesiones, se determinaron una serie de normas y límites para cuando J estuviera en las sesiones.

Mediante la realización de varios juegos y fichas, se aplicaban una serie de reforzadores (positivos y negativos). Cada vez que J hacía algo bien su conducta era recompensada (al principio con reforzadores materiales y más adelante con refuerzo verbal, usando el elogio), en cambio cuando lo hacía mal se le retiraba algo que había conseguido o un juego al que quería jugar. El refuerzo positivo y negativo se utilizó durante todas las sesiones aplicándose nada más realizar la conducta. Al principio empezó utilizándose solo durante los juegos para poco a poco ir aplicándolo durante toda la sesión.

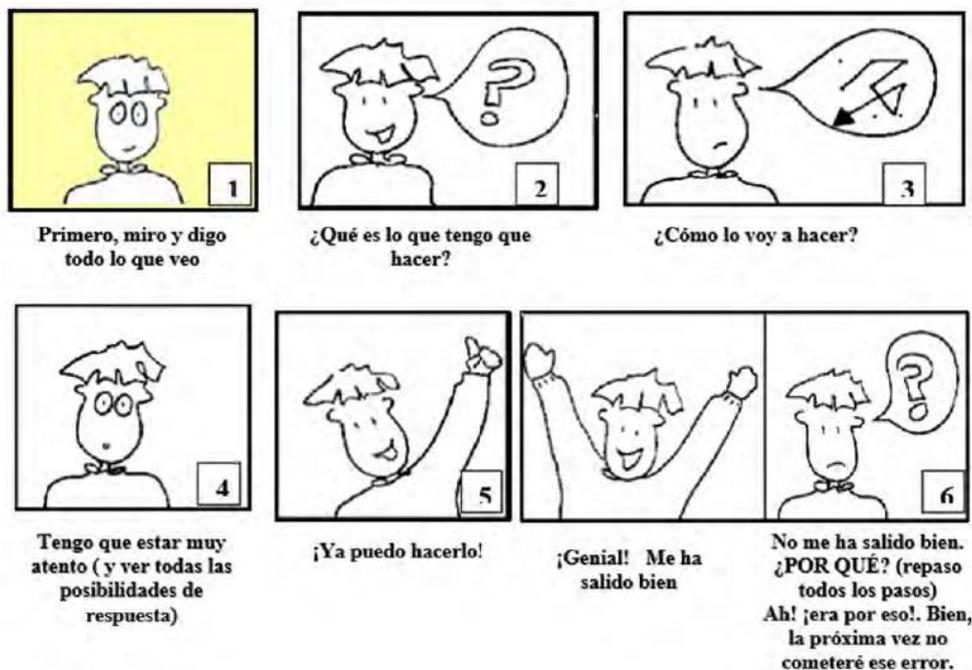
- ❖ Psicoeducación emocional (2 sesiones). En estas sesiones, el objetivo principal consistió en explicarle de forma sencilla y con palabras que pudiera entender lo que son las emociones, que tipo de emociones hay y su función. Después utilizamos un “emocionario” para ver cuántas de las emociones conocía. De cada emoción tenía que decirnos un ejemplo en el cual la hubiera experimentado. También, hicimos una representación (usando el psicodrama) para representar escenas de diferentes sucesos entre dos personas. A partir de la

interpretación realizada tenía que decir cómo le había hecho sentir y como cree que se sentiría la otra persona.

- ❖ Técnicas de autocontrol (2 sesiones). Para estas sesiones nos centramos en aprender a realizar la técnica de relajación de Jacobson. Se le explico en qué consistía la técnica y los pasos a seguir. Creamos primero un clima positivo y relajante para, a continuación, realizar la técnica los dos juntos. En la segunda sesión se le pidió que fuera él quien fuera diciendo los pasos a seguir y se le dejó realizarla solo.
- ❖ Entrenamiento en autoinstrucciones (2 sesiones). Para estas sesiones se fue incorporando de forma progresiva las instrucciones por parte del niño. Se utilizó el modelo de Autoinstrucciones adaptado de Meichenbaum (1971) (tomado de Orjales, 2007).

Figura 1

Ficha de aplicación del modelo adaptado de Autoinstrucciones.



Nota. Ejemplo de aplicación con niños del modelo de Autoinstrucciones adaptado de Meichenbaum (1971). Tomado de *El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*, por Orjales Villar, I., 2007, Anuario de Psicología Clínica y de la Salud.

- ❖ Entrenamiento de los procesos atencionales (3 sesiones). Se propusieron diferentes juegos y fichas en las que se trabajaba los procesos atencionales, sobre todo la atención sostenida (ejemplo de algunos de los juegos usados: encontrar las diferencias, encontrar la salida en el laberinto, juego de cartas “dobble”, el juego de mesa “lince”, señalar el dibujo que te piden entre un gran número de dibujos diferentes, busca a wally).
- ❖ Entrenamiento habilidades sociales (2 sesiones). Para estas sesiones se utilizó como técnica el rol playing para proponer diferentes situaciones sociales con el objetivo principal de sustituir conductas agresivas por otras asertivas.
- ❖ Juego social (2 sesiones): Normas y turnos de juego. Durante estas sesiones se organizó una sesión grupal con otros pacientes del centro. Todos jugaron con las mismas reglas y se superviso el juego para ver: si respetaba los turnos de juego, las habilidades sociales en la interacción con sus iguales, la tolerancia a la frustración y el cumplimiento de las reglas.

Además de las sesiones individuales con el niño, también se han establecido 6 sesiones con los padres (una por mes) para trabajar la aplicación de las técnicas de modificación de conducta en casa, el uso de las normas y los límites, la implantación de una economía de fichas y las habilidades comunicativas.

En todo momento durante la intervención se mantuvo contacto con el tutor del colegio de J para compartir información sobre el estado de J y dar pautas de actuación al centro.

5.2. Seguimiento del tratamiento. Dado que el tratamiento aún no ha finalizado, las siguientes sesiones se encaminarán a trabajar objetivos que aún no se han trabajado o que es necesario seguir trabajando, como son los siguientes:

- Estrategias de resolución de problemas.
- Continuar con el entrenamiento en los procesos atencionales.

- Entrenamiento en asertividad y resolución de conflictos.
- Estrategias para mejorar la concentración y persistencia en la tarea (reducir olvidos).
- Continuar con la modificación de conducta y el autocontrol.
- Continuar con la relajación.
- Adquisición de hábitos de estudio.

Una vez conseguidos los objetivos, se realizará el seguimiento. Este consiste, en ir reduciendo el número de sesiones hasta dejar definitivamente el tratamiento. Se pasará de las 4 sesiones mensuales que tenía durante el tratamiento a 2 sesiones mensuales, posteriormente a 1 sesión mensual hasta finalizar.

6. Valoración del tratamiento.

Para evaluar los resultados obtenidos hasta los 6 meses de tratamiento, se aplicó a J de nuevo la batería de pruebas administradas para la primera evaluación. Para analizar la eficacia del tratamiento, se comparan las medidas obtenidas en el pre-tratamiento y en el seguimiento (a los 6 meses) para ver si se obtienen diferencias significativas.

6.1. Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños- IV.

La comparación entre las dos evaluaciones realizadas en la prueba WISC-IV (Weschler, 2005) se puede ver a continuación en la Tabla 2.

Tabla 2

Comparación de las puntuaciones obtenidas en el pre-tratamiento y el seguimiento en WISC-IV.

Índice	Puntuación Pre-tratamiento	Puntuación Seguimiento	Clasificación Pre-tratamiento	Clasificación Seguimiento
Comprensión Verbal (CV)	107	110	Promedio Normativo	Normal- Alto
Razonamiento Perceptivo (RP)	95	105	Promedio Normativo	Promedio Normativo
Memoria de Trabajo (MT)	85	89	*Normativo- Bajo	*Normativo- Bajo
Velocidad de Procesamiento (VP)	88	92	*Normativo- Bajo	Promedio Normativo
C.I. TOTAL	91	99	Promedio Normativo/ Dentro de los límites de normalidad.	Promedio Normativo/ Dentro de los límites de normalidad.

En relación a los resultados obtenidos, se observa una mejoría general de los cuatro índices de la prueba y del CI total. En concreto, nos centraremos en los resultados obtenidos en relación a la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento que son los que están más directamente relacionados con la atención y la concentración. En ambos índices se observan diferencias significativas positivas, aumentando 4 puntos la memoria de trabajo y 8 puntos la velocidad de procesamiento (cambiando de una clasificación Normativo-bajo a Promedio normativo).

6.2. Test de Percepción de Diferencias – CARAS-R.

Tabla 3

Comparación de las puntuaciones obtenidas en el pre-tratamiento y el seguimiento en CARAS-R.

	PC	PC	Eneatipo	Eneatipo	Nivel	Nivel
	Pre- tratamiento	Seguimiento	Pre- Tratamiento	Seguimiento	Pre- tratamiento	Seguimiento
Aciertos	10	15	3	3	Bajo	Medio-bajo
Errores	75	70	6	6	Medio	Medio
A-E	10	15	2	3	Bajo	Medio-bajo
ICI	25	27	4	4	Medio	Medio

Se produce una mejora de las puntuaciones de J, encontrando diferencias significativas positivas en el número de aciertos (aumenta 5 puntos) y en el rendimiento (aumenta A-E en 5 puntos). En general sigue presentando un desarrollo inatento y no impulsivo, pero la puntuación es ya sólo ligeramente baja.

6.3. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes: SENA.

Dentro de los índices globales de la prueba, J sigue manteniendo puntuaciones elevadas en problemas globales (disminución de 4 puntos), conductuales (disminución de 5 puntos), de funciones ejecutivas (disminución de 6 puntos) y recursos personales (aumento de 3 puntos), aunque se ha producido en todas ellas una mejora considerable, observándose variaciones

significativas en las puntuaciones. El índice de problemas emocionales pasa de una puntuación elevada a una puntuación por encima de la media aunque no excesivamente preocupante (disminución de 2 puntos).

Por último el índice de problemas contextuales sigue manteniendo una puntuación por encima de la media aunque no excesivamente preocupante (disminución de 1 punto).

Tabla 4

Comparación de las puntuaciones obtenidas en el pre-tratamiento y el seguimiento en índices globales SENA.

Índices globales	Puntuaciones Pre-tratamiento	Puntuaciones Seguimiento
Índice global de problemas	82	78
Índice de problemas emocionales	71	69
Índice de problemas conductuales	90	85
Índice de problemas en las funciones ejecutivas	76	70
Índice de problemas contextuales	69	68
*Índice de recursos personales	26	29

Nota. Las escalas que llevan un asterisco “ * ”, se puntúan de manera diferente.

En las escalas de problemas, J sigue manteniendo una puntuación elevada en ansiedad (disminución de 4 puntos), problemas de atención (disminución de 4 puntos), problemas de control de la ira (disminución de 5 puntos), agresión (disminución de 7 puntos), conducta desafiante (aumento de 2 puntos) y problemas familiares (disminución de 3 puntos).

Debemos resaltar que en la escala de problemas con los compañeros sigue presentando una puntuación por encima de la media y que aumenta en 1 punto en la segunda evaluación.

Tabla 5

Comparación de las puntuaciones obtenidas en el pre-tratamiento y el seguimiento en las escalas de problemas del SENA.

Escalas de problemas	Puntuaciones Pre-tratamiento	Puntuaciones Seguimiento
Problemas Interiorizados		
Depresión	57	58
Ansiedad	85	81
Ansiedad social	54	53
Quejas somáticas	41	39
Sintomatología postraumática	50	51
Problemas exteriorizados		
Problemas atención	74	70
Hiperactividad- impulsividad	59	58
Problemas de control de la ira	94	89
Agresión	107	100
Conducta desafiante	76	78
Problemas contextuales		
Problemas familiares	74	71
Problemas con la escuela	56	53
Problemas con los compañeros	65	66

Por último, en las escalas de vulnerabilidades y recursos personales, se ha obtenido una mejora significativa en todas las puntuaciones. No aparece ninguna puntuación considerada como elevada, aunque en las escalas de problemas de regulación emocional e integración y competencia social hay puntuaciones significativamente más altas que la media, pero no excesivamente preocupantes.

Tabla 6

Comparación de las puntuaciones obtenidas en el pre-tratamiento y el seguimiento en las escalas de vulnerabilidades y recursos personales del SENA.

Escalas de vulnerabilidades	Puntuaciones Pre- tratamiento	Puntuaciones Seguimiento
Problemas de regulación emocional	71	68
Escalas de recursos personales	Puntuaciones	
*Autoestima	49	51
*Integración y competencia social	29	32

Nota. Las escalas que llevan un asterisco “ * ”, se puntúan de manera diferente.

Las puntuaciones obtenidas en el modelo para la familia obtuvieron también una mejora significativa en concordancia con las puntuaciones obtenidas en el modelo de Autoinforme (véase Tabla 15 en Anexos).

6.4. Escalas Magallanes de Atención Visual, EMAV-2.

Los resultados obtenidos en la prueba indican un déficit atencional, obteniendo una baja calidad de atención y baja atención sostenida. J presenta una ejecución incorrecta con lentitud en la realización de la tarea.

Tabla 7

Comparación de las puntuaciones obtenidas en el pre-tratamiento y el seguimiento en EMAV-2.

	Puntuaciones Pre-tratamiento	Puntuaciones Seguimiento
Calidad de atención	18	19
Atención sostenida	16	18

J obtuvo un aumento significativo en la puntuación, tanto en la calidad de atención como en la atención sostenida, sin embargo, siguen siendo puntuaciones bajas (inferiores a 20) que indican un déficit atencional.

Los datos cuantitativos obtenidos en la comparación de medidas, reflejan una mejora en los objetivos relativos a la atención, el autocontrol y el comportamiento de J.

A partir de la observación de J durante las sesiones, también hemos podido percibir cambios en su comportamiento: mejora en la ejecución de las tareas, mayor concentración a la hora durante la realización de actividades escolares, una mayor resistencia a la frustración, mayor conocimiento y expresión de sus emociones y una mejor disposición al tratamiento. A pesar de esto, en algunas ocasiones, cuando se le presentan actividades de un bajo interés para él vuelve a mostrar en el momento inicial un comportamiento desafiante o trata de negarse a realizarlo.

Una vez analizadas las diferencias entre los resultados obtenidos y las conductas observadas, vamos a ver si se han cumplido los objetivos principales de la intervención.

Valoración de los objetivos conseguidos para el TDAH:

1. Aumentar la comprensión, expresión y regulación de las emociones: A partir del SENA (Fernández-Pinto et al., 2015) vemos una mejora en el índice de problemas emocionales, los problemas de control de la ira y los problemas de regulación emocional. Aún presentan puntuaciones elevadas y hay que seguir trabajándolo.
2. Entrenar las habilidades sociales: A partir del SENA (Fernández-Pinto et al., 2015) vemos una mejora en el índice global de problemas, el índice de problemas contextuales, la ansiedad social, problemas en la escuela y la integración y competencia social. Sin embargo las puntuaciones siguen siendo elevadas y el objetivo no está conseguido. Cabe resaltar, un aumento en la escala de problemas con los compañeros.
3. Mejorar los procesos atencionales (sobre todo de atención sostenida): Puede apreciarse una mejora de la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento en el WISC-IV (Weschler, 2005). También, aparece reflejada esa mejora en el número de aciertos y el rendimiento en el CARAS-R (Thurstone y Yela, 2012). En el SENA (Fernández-Pinto et al., 2015) podemos ver una mejora en la escala de problemas de atención. Por último, en el EMAV (García y Magaz, 2000) podemos ver una mejora de la calidad de la atención y la atención sostenida. A pesar de estos progresos, es necesario seguir con el tratamiento para conseguir cumplir el objetivo.
4. Entrenar la resolución de problemas: Mediante el SENA (Fernández-Pinto et al., 2015) podemos ver una mejora en el índice global de problemas, el índice de problemas conductuales, el índice de problemas contextuales, el índice de recursos personales, los problemas familiares y escolares. A pesar de esto, las puntuaciones siguen siendo elevadas y es necesario continuar trabajando.

5. Mejorar el autocontrol / control de comportamientos impulsivos: A partir del SENA (Fernández-Pinto et al., 2015) podemos ver una mejora en las puntuaciones en el índice global de problemas, el índice de problemas conductuales, la hiperactividad-impulsividad, problemas de control de la ira y la agresión. Aunque cabe resaltar el aumento en la escala de conducta desafiante. El objetivo no está conseguido, las puntuaciones siguen siendo elevadas y hay que seguir trabajándolo.
6. Entrenar la planificación y cumplimiento de metas a corto y largo plazo: Con las puntuaciones obtenidas en el SENA (Fernández-Pinto et al., 2015) podemos ver la mejora en el índice de problemas en las funciones ejecutivas, el índice de recursos personales y la hiperactividad-impulsividad. El objetivo no está conseguido, las puntuaciones siguen siendo elevadas.

Valoración de los objetivos secundarios conseguidos, asociados al TC comórbido (TND):

1. Aceptación y cumplimiento de reglas y normas: A partir del SENA (Fernández-Pinto et al., 2015) podemos ver la mejora en el índice global de problemas, índice de problemas conductuales, índice de problemas contextuales, problemas de control de la ira, problemas familiares, problemas escolares y la escala de integración y competencia social. También, en el SENA realizado a la familia podemos ver una mejora de la escala de rigidez. A pesar de esto, las puntuaciones siguen siendo elevadas y es necesario continuar trabajando.
2. Uso saludable de las nuevas tecnologías: A partir del SENA (Fernández-Pinto et al., 2015) podemos ver la mejora en el índice global de problemas, índice de problemas contextuales, problemas escolares, la escala de integración y competencia social y la ansiedad social. A partir del SENA (Fernández-Pinto et al., 2015) realizado a la familia podemos ver una mejora en la escala de aislamiento. Aún presenta puntuaciones elevadas y hay que seguir trabajándolo.

3. Mejorar la relación filo-parental. Mediante el uso del SENA (Fernández-Pinto et al., 2015) podemos ver la mejora en la escala de problemas familiares, el índice de problemas conductuales, el índice de problemas contextuales y el índice global de problemas. Aún presenta puntuaciones elevadas y hay que seguir trabajándolo.
4. Establecimiento de rutinas y horarios. A partir del SENA (Fernández-Pinto et al., 2015) podemos ver la mejora en el índice global de problemas, índice de problemas conductuales, índice de problemas contextuales, problemas familiares, problemas escolares. También, en el SENA (Fernández-Pinto et al., 2015) realizado a la familia podemos ver una mejora de la escala de rigidez y la disposición al estudio. A pesar de esto, las puntuaciones siguen siendo elevadas y es necesario continuar trabajando.

7. Discusión y conclusiones.

A partir de la bibliografía utilizada para este estudio, podemos establecer que el caso de J entra dentro de la franja de edad (infancia-adolescencia) en la que aparece con mayor frecuencia este trastorno (Esperón y Suarez, 2007). Al ser un varón, cumple a su vez, con los resultados que indican una mayor prevalencia que en mujeres (Quintero y Castaño, 2014).

J acude a terapia con un perfil hiperactivo-inatento, cumpliendo la expectativa de un mayor predominio para este tipo de perfil (en una proporción de 4:1) en varones que en mujeres, como muestran los resultados de Quintero y Castaño (2014). Sin embargo, en las pruebas de evaluación realizadas debemos destacar que no se ve reflejada la hiperactividad. Este hecho, se explica porque en el momento en el que se realiza la evaluación inicial J ya tomaba medicación (Concerta).

En consonancia con el modelo de Russell Barkley (tomado de Orjales, 2000), encontramos en J el deterioro en algunas funciones ejecutivas como indican los resultados obtenidos en la batería de pruebas realizada. Funciones como: la memoria de trabajo (obtuvo una baja puntuación en el WISC-

IV (Weschler, 2005)), la motivación (durante la intervención presenta escasos o limitados intereses, además de baja motivación ante aspectos de tipo escolar), autocontrol (se ve reflejado en la baja puntuación obtenida en el SENA (Fernández-Pinto et al., 2015) en escalas como la regulación emocional, los problemas conductuales, problemas de control de la ira y la agresión) y afecto (dificultad en las relaciones sociales, tanto familiares como con sus iguales).

En el caso de J, también se ha corroborado que en el TDAH aparecen puntuaciones significativamente más bajas en las escalas referentes a la memoria de trabajo y en la velocidad de procesamiento en el WISC-IV (Weschler, 2005), como indican los autores Navarro et al. (2020).

Además, J cumple el modelo de Ross W. Greene al presentar una elevada rigidez, baja tolerancia a la frustración y a los cambios (tomado de Esperón y Suarez, 2007). Esto ha influido en la aplicación del tratamiento, presentando en el periodo inicial una baja adherencia al mismo y oponiendo una gran resistencia.

Confirmando los resultados del estudio de Artigas-Pallarés (2003), había una relación marital y familiar deteriorada en el caso de J. A medida que ha ido avanzando el tratamiento, también hemos podido percibir (mediante observación conductual) una mejoría en estos aspectos, pudiendo deberse a la influencia del trastorno en su entorno más cercano (puede verse reflejando en las puntuaciones obtenidas en el SENA (Fernández-Pinto et al., 2015): escala de problemas familiares, el índice de problemas conductuales, el índice de problemas contextuales y el índice global de problemas).

En función de los resultados del estudio y la valoración de los objetivos:

En relación a la atención, se obtiene una mejora significativa en las cuatro pruebas de evaluación (WISC-IV, CARAS-R, SENA y EMAV-2). A pesar de esto, las puntuaciones siguen siendo ligeramente bajas, sin llegar a cumplirse el objetivo por completo.

En cuanto a la hiperactividad, a partir del uso de la medicación el número de conductas asociadas se ha visto reducido, tanto en el colegio como en casa. En general, las conductas hiperactivas han disminuido gracias al uso de la medicación como se ve reflejado en las puntuaciones de las pruebas (en los resultados no aparece un problema de impulsividad, lo cual quiere decir, que el resultado se ve alterado por el efecto de la medicación). Sería interesante realizar las pruebas de evaluación a J sin medicación para ver las diferencias (con y sin medicación).

En cuanto al comportamiento, se van a analizar diferentes aspectos del mismo:

Conductas disruptivas asociadas con agresión, dificultad del control de la ira y conducta desafiante. Se obtienen mejoras significativas, aun así, las puntuaciones siguen siendo elevadas.

Problemas en las relaciones sociales. Se obtienen mejoras significativas y ya no presenta puntuaciones elevadas, aunque siguen estando por encima de la media.

Problemas en el ámbito familiar. Se obtiene una mejora significativa, pero aún la puntuación sigue siendo elevada.

Problemas emocionales. Se obtiene una mejora significativa en las diferentes escalas del SENA (Fernández-Pinto et al., 2015). Ya no presenta puntuaciones elevadas, aunque siguen estando por encima de la media.

Con el uso del tratamiento multimodal se pueden apreciar mejoras significativas en todos los objetivos de intervención propuestos. Se evidencia de esta manera, la eficacia del tratamiento multimodal en la aplicación del TDAH, en consonancia con los estudios de Hernández y Gutiérrez (2014) y de Zapico y Pelayo (2012). A pesar de esto, ninguno de los objetivos se ha conseguido cumplir en su totalidad. Es necesario continuar durante más tiempo con el tratamiento y finalizarlo para valorar con mayor eficacia si se llegan a cumplir los objetivos propuestos.

Como puntos fuertes de este estudio, podemos destacar la adecuada selección de las pruebas de evaluación (todas presentan buenas propiedades psicométricas) y la adecuada selección del tratamiento multimodal (cuenta con numerosos estudios que respaldan su eficacia en la intervención con TDAH).

En cuanto a las limitaciones, este estudio podría estar sesgado por variables extrañas como, por ejemplo, el reducido tiempo de aplicación del tratamiento, variables socio-culturales, valores del centro educativo al que pertenece, la relación conflictiva entre los padres, alteraciones del comportamiento o de las respuestas del sujeto a las pruebas de evaluación. Esto podría influir en la validez externa del estudio, comprometiendo el alcance de generalizar los resultados.

Sería necesario realizar más estudios que ayuden a aportar más información sobre el TDAH y su relación con el TC. En investigaciones futuras, se podría plantear realizar estudios que traten de ver qué tipo de intervenciones son más eficaces para los diferentes trastornos comórbidos con los que suele presentarse el TDAH, si varía su eficacia en función del grupo de edad al que se aplique o ver qué tipo de relación hay entre las variables TDAH y problemas familiares.

En concreto, a partir del caso planteado, me gustaría proponer un estudio para ver el tratamiento más eficaz para usar con TDAH y TND en una muestra de población en la etapa escolar (entre los 6 y los 9 años) cuando, según Esperón y Suárez (2007), aparece la frecuencia más alta (12%).

Para la realización de este estudio, sería necesario realizar una adecuada selección de los sujetos, utilizando pruebas de evaluación con buenas propiedades psicométricas (como por ejemplo las que se han usado para este estudio). Esta investigación podría ser de tipo trasversal, pudiendo comparar así, los resultados en grupos de diferentes edades (ejemplo: grupo de 7, grupo de 8 y grupo de 9 años) en un momento en concreto y pudiendo analizar la prevalencia del trastorno en comorbilidad con TND.

Para finalizar, podemos establecer las siguientes conclusiones generales:

- Se evidencia la eficacia del tratamiento multimodal en la aplicación del TDAH. Los resultados han mostrado una mejora significativa en todos los objetivos de intervención propuestos, aunque aún no se han conseguido ninguno en su totalidad.
- El TDAH y el TND están estrechamente ligados. Influyendo el uno en el otro. De forma que al trabajar los objetivos del TDAH podemos ver que influye positivamente en la conducta y viceversa.
- En concreto dentro del tratamiento multimodal, podemos ver la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en la intervención con TDAH.
- Las puntuaciones bajas en memoria de trabajo y velocidad de procesamiento están asociadas con el trastorno de TDAH.

8. Referencias bibliográficas

- Amador, J. A. y Forns, M. (2019). Escala de inteligencia de Wechsler para niños, quinta edición: WISC-V.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev neurol*, 36(Supl 1), S68-78.
- Blanco, A. P., Vázquez-justo, E., y Fernandes, S. M. (2017). Modelos neuropsicológicos del TDAH. *TDAH y Transtornos Asociados*, 21.
- Cornellà, J. (2011). Dilemas e imprecisiones en el diagnóstico en Salud Mental del adolescente: el paradigma del TDAH. *12º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2011*.
- Díez, A., Figueroa, A., y Soutullo, C. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 8(8).
Recuperado de <http://www.pap.es/files/1116-596-pdf/621.pdf>
- Esperón, C. S., y Suárez, A. D. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Ed. Médica Panamericana.
- Fernández, A., Fernández, D.M., Calleja, B., Moreno, N., y Muñoz, N. (2008). Efectos del metilfenidato en los procesos cognitivo-atencionales. Uso de los test de ejecución continuada. *Revista de neurología*. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/5550574_The_effects_of_methylphenidate_on_cognitive-attentional_processes_The_use_of_continuous_performance_tests

- 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 de aplicación, corrección e interpretación. Madrid*. TEA Ediciones.
- García Pérez, E.M. y Magaz Lago, A. (2000). *Escala Magallanes de atención visual: EMAV*. Bizkaia, España: Grupo ALBOR – COHS. Ed. COHS Consultores en ciencias Humanas.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; (2010). *Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS N° 2007/18*.
- Hernández, P. R. y Gutiérrez, I. C. (2014). Plan de tratamiento multimodal del TDAH. Tratamiento psicoeducativo. *Pediatría integral*, 18(9), 624-633.
- Jarque, S. (2012). Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Anuario de Psicología*, 42(1), 19-33. Recuperado de:
<http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/253520/340306>
- L. L. Thurstone y M. Yela (2012). CARAS-R. Manual test de percepción de diferencias - Revisado. (11.a edición) Madrid. TEA Ediciones.
- Luna, N. I. S., Vines, Z. M. M. y Guzmán, E. V. S. (2020). Terapia cognitivo conductual (TCC) en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. *RECIMUNDO*, 4(4), 173-187.
- Navarro Soria, I., Fenollar-Cortés, J., Carbonell, J. y Real Fernández, M. (2020). Memoria de trabajo y velocidad de procesamiento evaluado mediante WISC-IV como claves en la evaluación del TDAH.

- Orjales, I. (2000). Déficit de atención con hiperactividad: el modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley. *Revista complutense de educación*, 11(1), 71.
- 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.
- Pascual-Castroviejo, I. (2008). Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Neurología Pediátrica. Protocolos de Neurología*, 12, 140-150.
- Pelayo, J.M. y Zapico, Y. (2012). Controversias en el TDAH. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 11(2). Recuperado de http://www.aen.es/images/cuaderno_psiquiatria_comunitaria_2_2012.pdf
- Pérez, M. A., Molina, D., y Gómez, M. (2016). La intervención neuropsicológica en el tratamiento interdisciplinar para el TDAH. *Neuropsicología*, 1(2), 2.
- Pérez, M. R. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes*, 2(1), 45-54.
- Quintero, J., y Castaño de la Mota, C. (2014). Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatría integral*, 9, 600-608.
- Sánchez-Sánchez, F., Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Carrasco, M. A. y del Barrio, V. (2016). SENA, Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes: proceso de desarrollo y evidencias de fiabilidad y validez. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(2), 23-34.

Thurstone, L. L., & Yela, M. (2012). CARAS-R. Test de percepción de diferencias. Madrid: TEA ediciones.

9. Anexos

Tabla 8

Resultados de la evaluación inicial en WISC-IV

Índice	Puntuación compuesta	Percentil	Clasificación	95% Intervalo de confianza
Comprensión Verbal (CV)	107	67	Promedio Normativo	98-114
Razonamiento Perceptivo (RP)	95	38	Promedio Normativo	88-104
Memoria de Trabajo (MT)	85	15	*Normativo- Bajo	78-95
Velocidad de Procesamiento (VP)	88	21	*Normativo- Bajo	80-100
C.I. TOTAL	91	28	Promedio Normativo/ Dentro de los límites de normalidad.	86-98

Tabla 9

Resultados de la evaluación inicial en CARAS-R

	Puntuación directa (PD)	Puntuación compuesta (PC)	Eneatipo	Nivel
Aciertos (A)	21	10	2	Bajo
Errores (E)	1	75	6	Medio
Aciertos netos (A-E)	20	10	2	Bajo
Índice control de impulsividad (ICI)	90.90	25	4	Medio

Tabla 10

Resultados de la evaluación inicial en los índices globales del SENA

Índices globales	Puntuaciones
Índice global de problemas	82
Índice de problemas emocionales	71
Índice de problemas conductuales	90
Índice de problemas en las funciones ejecutivas	76
Índice de problemas contextuales	69
*Índice de recursos personales	26

Nota. Las escalas que llevan un asterisco “ * ”, se puntúan de manera diferente.

Tabla 11
Resultados de la evaluación inicial en las escalas de problemas del SENA

Escalas de problemas	Puntuaciones
Problemas Interiorizados	
Depresión	57
Ansiedad	85
Ansiedad social	54
Quejas somáticas	41
Sintomatología postraumática	50
Problemas exteriorizados	
Problemas atención	74
Hiperactividad- impulsividad	59
Problemas de control de la ira	94
Agresión	107
Conducta desafiante	76
Problemas contextuales	
Problemas familiares	74
Problemas con la escuela	56
Problemas con los compañeros	65

Tabla 12

Resultados de las escalas de vulnerabilidades y recursos personales del SENA

Escalas de vulnerabilidades	Puntuaciones
Problemas de regulación emocional	71
Escalas de recursos personales	Puntuaciones
*Autoestima	49
*Integración y competencia social	29

Nota. Las escalas que llevan un asterisco “ * ”, se puntúan de manera diferente.

Tabla 13

Puntuaciones directas de la evaluación inicial en EMAV-2

Tiempo de realización	12 minutos
Aciertos	70
Errores	1
Omisiones	4

Tabla 14

Puntuaciones en calidad de atención y atención sostenida en EMAV-2

	Puntuaciones
Calidad de atención	18
Atención sostenida	16

Tabla 15

Comparación de las puntuaciones obtenidas en el pre-tratamiento y el seguimiento en el SENA, modelo Primaria-Familia. (Aplicación para niños entre 6 y 12 años).

Índices globales	Puntuaciones Pre-tratamiento	Puntuaciones Seguimiento
Índice global de problemas	78	75
Índice de problemas emocionales	71	68
Índice de problemas conductuales	80	77
Índice de problemas en las funciones ejecutivas	69	66
*Índice de recursos personales	26	29

Continuación de la Tabla 15

Escalas de problemas	Puntuaciones Pre-tratamiento	Puntuaciones Seguimiento
Problemas Interiorizados		
Depresión	50	48
Ansiedad	71	67
Ansiedad social	57	53
Quejas somáticas	42	38
Problemas exteriorizados		
Problemas atención	80	74
Hiperactividad- impulsividad	59	58
Problemas de control de la ira	90	86
Agresión	95	90
Conducta desafiante	80	85
Otros problemas		
Comportamiento inusual	51	48
Escalas de vulnerabilidades		
Problemas de regulación emocional	71	68
Rigidez	68	60
Aislamiento	71	66
Escalas de vulnerabilidades		
*Integración y competencia social	29	32
*Inteligencia emocional	25	31

Nota. Las escalas que llevan un asterisco “ * ”, se puntúan de manera diferente.