



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultat de Psicologia

Memoria del Trabajo de Fin de Grado

Evaluación de un caso con sospecha de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad mediante la aplicación del Protocolo IMAT

Susana Martínez Sánchez de Rojas

Grado de Psicología

Año académico 2015-16

DNI de la alumna: 70806509C

Trabajo tutelado por Mateu Servera Barceló
Departamento de Psicología

S'autoritza la Universitat a incloure aquest treball en el Repositori Institucional per a la seva consulta en accés obert i difusió en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Palabras clave del trabajo: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), Evaluación del TDAH, Protocolo IMAT.

ÍNDICE

1. La conceptualización del TDAH y sintomatología asociada	2
2. El diagnóstico del TDAH	6
2.1 Criterios diagnósticos según el DSM V	7
2.2 Criterios diagnósticos según la CIE-10	10
2.3 Diagnóstico diferencial y comorbilidad	12
3. Técnicas, pruebas y procedimientos para la evaluación del TDAH	14
3.1 Principales procedimientos y pruebas de evaluación del TDAH	15
3.2 El protocolo IMAT	21
3.2.1. Características generales del Protocolo IMAT	21
3.2.2. Pruebas y procedimientos del Protocolo IMAT	22
4. Caso evaluado (datos más relevantes): UAPI 433	26
4.1 Presentación del caso y demanda	26
4.2 Anamnesis y la entrevista clínica	27
4.3 Escalas específicas de TDAH	29
4.4 Escala específica de Sluggish Cognitive Tempo	29
4.5 Exploración psicopatológica general	30
4.6 Exploración psicopatológica específica	30
4.7 Exploración neuropsicológica general y específica	31
4.8 Pruebas de aprendizaje	32
4.9 Conclusión general	33
5. Referencias bibliográficas	34
6. Anexos	40
Anexo 1. La carpeta de aprendizaje	
Anexo 2. El informe diagnóstico	

1. La conceptualización del TDAH y sintomatología asociada

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es sin duda uno de los trastornos que genera mayor interés y bibliografía a nivel nacional e internacional, debido a sus repercusiones (en el niño, la familia, y la escuela) y a las controversias que se han gestado a raíz de su conceptualización diagnóstica y tratamiento.

Existe bastante consenso en situar la tasa de prevalencia de este trastorno aproximadamente en el 5% de la población entre 6 y 12 años, aunque se da un margen de variabilidad entre el 0.5% y el 15% (Servera, 2012). Esta disparidad de valores procede del uso de diferentes metodologías, conceptualizaciones, criterios diagnósticos, y fuentes de información, así como de las características de la población seleccionada (edad, sexo, origen). Se puede afirmar que existe un predominio del número de casos en niños, sin embargo, hay que tener en cuenta que si se utilizan criterios o puntos de corte diferentes para niños y niñas, los resultados se aproximan mucho (Servera y Cardo, 2007).

La complejidad y el carácter multicomponente del trastorno, ha llevado a que la conceptualización del término y sus subtipos no haya estado exenta de polémicas y sujeta a diferentes interpretaciones desde la primera definición hecha por el doctor Still en 1902 hasta hoy en día, pasando en diferentes momentos por definiciones de carácter predominantemente médico, conductual, o cognitivo (Taylor, 2011).

Siguiendo a Servera (2012), podemos entender el TDAH desde diferentes ópticas: como una serie de síntomas y conductas concurrentes en el tiempo, como un modo peculiar de

funcionamiento neurocognitivo de tipo crónico (que supone una desventaja subsanable con los apoyos necesarios), o como un trastorno del neurodesarrollo basado en una serie de déficits a nivel atencional, de impulsividad y de sobreactividad motora, que interfieren en la vida de la persona provocando dificultades (cognitivas, conductuales, y emocionales), y afectando así a su correcto desarrollo (personal, escolar, laboral, social o familiar).

En lo referente al ámbito cognitivo y siguiendo el modelo de Nigg (2013), podemos hablar de una serie de sistemas neurológicos que se ven afectados y provocan déficits atencionales (especialmente la atención sostenida), de inhibición motora, de memoria de trabajo, de procesamiento de la información temporal, y de velocidad de procesamiento, así como dificultades en la demora de reforzadores (prefiriendo siempre el refuerzo inmediato), y en la falta de respuesta a estímulos agradables y aversivos.

Respecto a las déficits a nivel de inhibición conductual, y de acuerdo con el modelo de autorregulación de Barkley (1997a), tal y como expone Servera (2005), las dificultades se centran en los siguientes aspectos:

- ✚ Impulsividad entendida como dificultad para inhibir respuestas inmediatas ante un estímulo determinado.
- ✚ Falta de flexibilidad que impide modificar o anular la conducta que no obtiene resultados positivos.
- ✚ Incapacidad de resistencia a estímulos distractores que interfieren en su rendimiento, y dificultad para retomar la conducta.

Estos déficits, ligados a los problemas en las funciones ejecutivas, conducirían a un problema global de autorregulación, que supondría limitaciones para adaptarse a las demandas del entorno sin control externo constante, presentando deficiencias para llevar a cabo conductas no verbales dirigidas por reglas o a un objetivo. Esta capacidad para regular su conducta en función del ambiente, siguiendo determinadas órdenes, previendo las consecuencias y resistiéndose a los estímulos que pueden conducirle a consecuencias negativas o pérdida de mayores recompensas (aprendiendo a modificar o frenar sus conductas), son aspectos fundamentales para poder llevar a cabo un diagnóstico eficaz en etapas tempranas, pues permite diferenciar entre un caso de TDAH y una serie de conductas “traviesas” e impulsivas, pero dentro de la normalidad para su nivel evolutivo.

A pesar de la base neurobiológica de estos “hándicaps” descritos anteriormente, Orjales (2000) resalta la importancia del contexto mediante intervenciones educativas a nivel familiar y escolar, para atenuar y “moldear” los síntomas del TDAH.

A la hora de padecer TDAH, los factores predisponentes son múltiples y de diferentes tipos (temperamentales, ambientales, educativos, genéticos, neurobiológicos...). La investigación apunta a que no existe una sola causa que sea de por sí suficiente para desarrollarlo, sino que se requiere la existencia de una interacción de distintas vulnerabilidades. Esta combinación de factores de riesgo y cómo interactúan para desarrollar o no el trastorno, es un tema de debate e investigación abierto aún hoy en día.

En cuanto a la evolución de estos síntomas, generalmente suelen aparecer alrededor de los 4 o 5 años, aunque es frecuente que presenten ya un temperamento difícil desde el nacimiento (por ejemplo para alimentarlos o dormir). En este período suelen mostrar conductas de

desobediencia y excesiva actividad, y en ocasiones se dan retrasos a nivel madurativo (lenguaje, motricidad o control de esfínteres).

En la etapa de educación primaria es cuando se suele llevar a cabo el diagnóstico, coincidiendo con más síntomas de inatención, problemas de rendimiento en la escuela y conductas disruptivas o de desobediencia, así como dificultades a nivel de relaciones sociales (olvidan deberes o material, no acaban tareas, se distraen mucho, interrumpen...). (GPC-TDAH, 2010, p. 36).

En la etapa de la adolescencia se suele apreciar una mejora en la sobreactividad, y son frecuentes los síntomas de inquietud o impaciencia (APA, 2013). En el ámbito familiar surgen problemas de otra índole (por ejemplo para llevar a cabo tareas domésticas rutinarias, asumir responsabilidades, obedecer órdenes...). Cuando existe comorbilidad con trastorno de conducta tienen mayor riesgo de complicaciones (fracaso escolar, abuso de sustancias, delincuencia etc.). (Servera, 2012).

En la edad adulta, aproximadamente un 15% presentará síntomas similares conservando el diagnóstico inicial de TDAH, y un alto porcentaje de casos padecen comorbilidades con problemas del estado de ánimo, uso de sustancias o trastornos de personalidad.

2. El diagnóstico del TDAH

En *La Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH en niños y adolescentes* del Sistema Nacional de Salud (GPC-TDAH, 2010, p.61), basándose las guías de la AAP (2000), SIGN (2005), AACAP (2007), y NICE (2009), se indica que el diagnóstico de TDAH en niños y adolescentes es exclusivamente clínico, y requiere que los síntomas repercutan a nivel funcional en algún ámbito de la vida de la persona, habiendo descartado otros trastornos que pudieran explicar los síntomas.

Para poder realizar un diagnóstico de TDAH, cabe señalar en primer lugar la dificultad para distinguir los síntomas nucleares (hiperactividad, impulsividad e inatención) de comportamientos evolutivamente normales, en especial cuando el diagnóstico se lleva a cabo en la etapa preescolar. Por lo tanto, será clave que la sintomatología se considere inapropiada por presentar niveles excesivamente altos en comparación al resto de los niños de su misma edad, y que éstos interfieran en su funcionamiento diario o en su desarrollo.

Los criterios que más se utilizan actualmente para el diagnóstico del TDAH son los derivados de estos dos sistemas de clasificación internacional:

- ✚ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V), de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA, 2013).

- ✚ Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10), de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992). Cabe señalar aquí que esta versión actualmente está siendo revisada y próximamente se sustituirá por la CIE-11.

Ambos sistemas coinciden en algunos aspectos fundamentales, por ejemplo, cuentan con 18 síntomas que describen distintas conductas de inatención e hiperactividad /impulsividad que se dan en diferentes contextos e interfieren en el funcionamiento de la persona a nivel social, académico o laboral. También difieren en otros, como en la edad del inicio, las posibles comorbilidades, las diferentes nomenclaturas, o el requerimiento de síntomas (CIE-10 requiere que existan mínimo 6 síntomas de inatención, 3 de hiperactividad, y 1 de impulsividad).

2.1 Criterios diagnósticos según el DSM V

Estos criterios se utilizan más en investigación, en la práctica profesional de psicología y en los programas de formación de psicólogos.

Siguiendo al Grupo de Trabajo de la *Guía Práctica Clínica sobre TDAH en niños y adolescentes* (GPC-TDAH, 2010), a Cardo y Servera (2003), y a Servera (2012), podemos observar como la dificultad a la hora de conceptualizar el TDAH se ve plasmada en los cambios respecto a los criterios de las diferentes versiones del DSM, resaltando un tipo u otro de síntomas.

Actualmente, con el DSM-V (2013), uno de los cambios más significativos respecto al DSM-IV-TR, es que acepta el doble diagnóstico con trastornos del espectro autista, además se amplía a los 12 años la edad de inicio de los síntomas, y se incluye en la categoría diagnóstica de trastornos del neurodesarrollo (aconsejando descartar el trastorno negativista desafiante).

A continuación se exponen los criterios diagnósticos del DSM-V (APA, 2013):

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades.
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales.
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades.
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas.

2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (**Nota:** En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto).
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.

- e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor”.
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno.
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros.

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos.

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, de ansiedad, disociativo, de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Presentaciones:

314.01 (F90.2) Presentación combinada:

Si se cumplen el Criterio A1 y el Criterio A2 durante los últimos 6 meses.

314.00 (F90.0) Presentación predominante con falta de atención:

Si se cumple el Criterio A1 pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses.

314.01 (F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:

Si se cumple el Criterio A2 y no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses.

Especificar si:

En remisión parcial: previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.

Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”.

Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

2.2 Criterios diagnósticos según la CIE-10

Esta clasificación de la OMS se emplea más en el ámbito médico y en Europa.

A continuación se exponen los criterios diagnósticos de la CIE-10 (OMS, 1992):

Déficit de atención

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.
5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental mantenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, como material escolar, libros, etc.
8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

Hiperactividad

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento.
2. Abandona el asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

Impulsividad

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.
3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.
4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

- El inicio del trastorno no es posterior a los siete años.
- Los criterios deben cumplirse en más de una situación.
- Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.
- No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

Categorías diagnósticas

- | | |
|-------|---|
| F90.0 | Trastorno de la actividad y de la atención. |
| F90.1 | Trastorno hiperactivo disocial. |
| F90.8 | Otros trastornos hiperactivos. |
| F90.9 | Trastorno hiperactivo sin especificación |

OMS (1992)

2.3 Diagnóstico diferencial y comorbilidad

Tal y como indican Cardo y Servera (2003), el diagnóstico diferencial del TDAH puede llegar a ser complicado cuando conlleva comorbilidades. Aproximadamente el 50% de los diagnósticos de TDAH presenta también otro trastorno psiquiátrico paralelamente (aunque algunos autores llegan a encontrar hasta el 80%), más aún en los casos del TDAH combinado. Es un indicador de gravedad del trastorno por su afectación en el funcionamiento cotidiano de la persona (Díez, 2006).

Algunos trastornos que frecuentemente suelen darse junto con el TDAH son: los trastornos de conducta, de ansiedad, y de aprendizaje (Pliszka, 2003). En el DSM-V, la APA (2013), destaca la comorbilidad con el Trastorno negativista desafiante aproximadamente en la mitad de niños con TDAH combinado, y el trastorno de conducta en un cuarto de ellos. Señala también como frecuentes comorbilidades los trastornos de aprendizaje, y en menor proporción de casos, trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, así como discapacidades intelectuales, trastornos por tic, obsesivo-compulsivo o del espectro autista. En adultos indica la posibilidad de que se den trastornos antisociales u otros trastornos de la personalidad, abuso de sustancias, o trastorno explosivo intermitente. Además explica cómo llevar a cabo un diagnóstico diferencial con cada uno de los trastornos.

El grupo de trabajo de *La Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH en niños y adolescentes* del Sistema Nacional de Salud (GPC-TDAH, 2010, p. 68), a partir de las guías de la APP (2000), AACAP (2007) y NICE (2009), y las revisiones de Soutullo y Díez (2007) y Culpepper (2006), destaca la importancia de realizar un diagnóstico diferencial con otros trastornos o alteraciones que puedan confundirse con el TDAH en el proceso de evaluación, y elaboran a tal fin un listado enumerando estas entidades. Para ello parten de la posibilidad de

que las conductas se encuentren dentro de la normalidad, evaluando parámetros como la intensidad, duración, y cantidad de síntomas, así como sus repercusiones sobre el individuo. Otros autores como Cardo y Servera (2008), resaltan también la importancia de considerar esta opción, valorando la disfuncionalidad de los síntomas en relación a la edad y al contexto, y no tan sólo en base a su presencia.

3. Técnicas, pruebas y procedimientos para la evaluación del TDAH

En palabras de Servera: “*El TDAH es un trastorno cuyo diagnóstico es eminentemente clínico, basado en el análisis de las conductas de inatención, impulsividad y sobreactividad en función de la edad y el desarrollo del niño*” (Servera 2012, p. 9). Seguidamente nos señala, la importancia del uso de instrumentos y técnicas objetivas en la medida de lo posible a la hora de recopilar información, cubriendo con ellas tanto el ámbito cognitivo, como el conductual y el de desarrollo, dada la complejidad del trastorno y la alta tasa de comorbilidad que presenta.

Como se ha explicado antes, es fundamental que se parta de descartar que las conductas se hallen dentro de la normalidad, valorando diferentes parámetros en la sintomatología, (siempre en función de su grupo normativo), así como el impacto en el funcionamiento de la persona. Otro aspecto clave, es tener en cuenta las posibles comorbilidades que puedan coexistir con el TDAH y efectuar un diagnóstico diferencial.

Según el Grupo de Trabajo de la *Guía Práctica Clínica sobre TDAH en niños y adolescentes*, para el diagnóstico de este trastorno conviene obtener información de diferentes fuentes y métodos, recogiendo datos del ámbito familiar, escolar, y del propio niño, efectuando una revisión de antecedentes familiares y personales, y una exploración física y psicopatológica del sujeto (GPC-TDAH, 2010). Otros autores, como Severa (2012), y Olvera (2000), señalan también la importancia de estos aspectos, llevando a cabo una evaluación multifuente, comórbida y diferencial, con un marco teórico de base.

Al hablar de un diagnóstico clínico, se puede afirmar que no existe ninguna prueba que sea de por sí suficiente para descartar o confirmar el TDAH. La dificultad en la evaluación de un trastorno

complejo multicomponente (con afectación en diferentes áreas y contextos), y la falta de pruebas patognomónicas para su diagnóstico, hace necesario el uso de protocolos para su evaluación, que ayuden a recoger y valorar la información de la manera más estructurada y objetiva posible, y a su posterior abordaje terapéutico.

Seguidamente se exponen las pruebas y procedimientos que suelen incluir la mayoría protocolos más detallados de evaluación del TDAH.

3.1 Principales procedimientos y pruebas de evaluación del TDAH

A continuación, siguiendo a Servera (2012, pp.14-15), Mateo (2006), y al Grupo de Trabajo de la *Guía Práctica Clínica sobre TDAH en niños y adolescentes* (GPC-TDAH, 2010 pp. 71-75), se presenta un listado de los principales instrumentos para la evaluación del TDAH:

❖ *Entrevista clínica*

Normalmente se administra a los padres, pero en ocasiones también a profesores y al propio paciente (a partir de la preadolescencia). Es preferible que sea de tipo estructurado.

El objetivo es llevar a cabo una primera exploración global de las dificultades y una anamnesis, permitiendo analizar el tipo de problema que presenta en diferentes contextos, y si existen factores genéticos o contextuales predisponentes para desarrollar el trastorno, así como detectar otras causas que pudieran justificar los síntomas.

Algunos instrumentos utilizados para este fin son:

- ✚ Entrevista General Psiquiátrica de Barkley (Barkley, 1997b).
- ✚ K-SADS (Ulloa et al., 2006).
- ✚ DISC (Bravo et al., 2001).
- ✚ EDNA-IV. Versión española adaptada por la Unidad de Epidemiología y diagnóstico de la UAB (UED-UAB, 2012b)
- ✚ DICA-R (Ezpeleta et al., 1997).

❖ *Exploración psicopatológica general*

Su finalidad es obtener información complementaria a la entrevista anterior, investigando áreas generales psicopatológicas, para determinar si existen sospechas de otros trastornos que convenga evaluar además del TDAH, teniéndolos en cuenta como posibles comorbilidades o para realizar un diagnóstico diferencial.

Los instrumentos más utilizados aquí son:

- ✚ CBCL (Achenbach et al.2001).
- ✚ BASC (Reynolds y Kamphaus, 1992).
- ✚ SDQ (Goodman et. al., 1997).

❖ *Escalas de evaluación específica del TDAH*

Con estas escalas se pretende evaluar los síntomas del TDAH, para poder determinar si existe o no un perfil conductual que se ajuste a este trastorno. Generalmente se administran a los padres y educadores, y basan en los criterios del DSM. Son un instrumento clave para el diagnóstico del TDAH.

Algunas de estas escalas que más se utilizan son:

- ✚ ADHD-RS-IV (DuPaul, et al., 1997). Disponen de una versión traducida y validada en castellano por Servera y Cardo (2007).
- ✚ Escalas de Conners (Conners, et al., 1989). No disponen de baremos para la población española.
- ✚ Cuestionario TDAH (Amador et al., 2005)
- ✚ EDAH (Farré y Narbona, 1997).
- ✚ SNAP-IV (Swanson, Nolan y Pelham, 2003).

❖ *Exploración del funcionamiento cognitivo*

El uso de las pruebas de inteligencia también es muy recomendable, no tanto para la valoración de la capacidad global del niño (puesto que suelen presentar puntuaciones dentro de la normalidad), sino para poder explorar sus puntos fuertes y débiles, especialmente teniendo en cuenta que puntuaciones más bajas en memoria de trabajo y velocidad de procesamiento representan un perfil de funcionamiento ejecutivo muy congruente con el TDAH que puede ayudar a reforzar la hipótesis (a pesar de que este patrón no siempre se cumple). También nos permite hacer un diagnóstico diferencial con un perfil de bajas capacidades.

Algunas de las escalas más utilizadas son:

- ✚ WISC-IV (Wechsler, 2005).
- ✚ K-BIT (Kaufman y Kaufman, 2000).

❖ *Exploración del funcionamiento neuropsicológico*

El objetivo es llevar a cabo una evaluación de algunas de las funciones ejecutivas más afectadas en el TDAH, como por ejemplo la inhibición e impulsividad motora, la memoria de trabajo, la atención selectiva y especialmente la sostenida.

Estas tareas no se pueden utilizar como pruebas únicas para establecer un diagnóstico de TDAH, pero son de gran utilidad para obtener información complementaria, puesto que tienen una alta especificidad que permite detectar un perfil cognitivo congruente con el TDAH, que si se añade al conductual aumentan mucho las posibilidades de un diagnóstico correcto. Por otro lado, la sensibilidad de estas pruebas no es tan alta, especialmente en los casos que presenten un C.I. elevado.

Entre las pruebas más utilizadas encontramos:

- ✚ STROOP (Golden, 2001).
- ✚ MFF-20 (Cairns i Cammock, 2002).
- ✚ EMIC (Servera y Llabrés, 2000).
- ✚ WCST (Heaton, Chelune, Talley, Kay, & Curtiss, 2001).
- ✚ D2 (Brickenkamp i Zillmer, 2004).
- ✚ CSAT (Servera y Llabrés, 2004).
- ✚ CPT II (Conners y Staff, 2004).
- ✚ TOVA (Leark, 2004).

❖ *Pruebas de evaluación psicopedagógica*

Su finalidad es poder valorar si existen o no dificultades de aprendizaje, analizando sus competencias en lectoescritura y matemáticas.

Entre las pruebas más utilizadas cabe señalar:

- ✚ T.A.L.E. o T.A.L.E.C. (Cervera y Toro, 1990).
- ✚ PROESC (Cuetos, Ramos y Ruano, 2002).
- ✚ PROLEC-R (Cuetos, Rodríguez, Ruano y Arribas, 2007)
- ✚ PROLEC-SE (Ramos y Cuetos, 2003).

❖ *Exploración pediátrica y neuropediátrica*

Con ella se pretende llevar a cabo una revisión médica global para facilitar un diagnóstico diferencial que permita descartar que los síntomas no se expliquen mejor por una enfermedad médica (epilepsias, trastornos del sueño, encefalopatías, etc.). Esta información también será necesaria de cara a un posible tratamiento psicofarmacológico.

Por otro lado, se obtiene información complementaria para el diagnóstico, evaluando los signos neurológicos menores muy presentes en el TDAH (coordinación motora y visomanual, equilibrio, lateralización...). Este conjunto de alteraciones son también denominados signos neurológicos blandos (Cardo et al., 2008). Además, cabe señalar también que estas pruebas se han vinculado con un subtipo de TDAH (no incluido oficialmente) denominado DAMP.

Una batería recomendable para realizar esta exploración de manera sistematizada, es el QNST-II (Quick Neurological Screening Test) (Muti, Martin, Steerlin, & Salding, 1998) que permite una evaluación de 15 signos neurológicos.

❖ *Otros métodos y evaluaciones*

Se aplican con el objetivo de contrastar más información sobre el posible TDAH o ampliar información con una exploración complementaria, siempre y cuando el proceso de evaluación llevado a cabo lo requiera.

Algunos de estos métodos son:

- ✚ Registros de observación conductual.
- ✚ Registros electrofisiológicos (EEG).
- ✚ Instrumentos específicos para la evaluación de otras alteraciones.

❖ *Grado de afectación del TDAH*

El objetivo es explorar en las posibles comorbilidades (con diferentes instrumentos en función del área a evaluar, especialmente trastornos de aprendizaje y del comportamiento) y el grado de afectación de los síntomas.

Escalas de impacto

Nos permitirán especificar la gravedad del trastorno, tal y como se indica en los criterios del DSM-V.

Aquí destacamos las escalas:

- WFIRS de Margaret Weiss y la BFIS-CA de Russell Barkley, que evalúan hasta qué punto las dificultades interfieren en los diferentes ámbitos de su vida.
- BRIEF (Toplak et al., 2009) o BDEF (Barkley, 2011), valorando el funcionamiento ejecutivo del niño en su día a día.

3.2 El Protocolo IMAT

A continuación se presenta el protocolo IMAT de evaluación y diagnóstico del TDAH, creado el año 2000 en la Unidad de Asesoramiento Psicológico Infantil (UAPI), grupo de investigación dentro del Laboratorio de Conducta y Sistemas Dinámicos del Instituto Universitario de Investigaciones en Ciencias de la Salud (IUNICS) de la Universidad de les Illes Balears (UIB), dirigida por el Dr. Mateu Servera, y aplicado allí desde entonces.

3.2.1 Características generales del Protocolo IMAT

A continuación enumeraré las características principales de este protocolo:

- ✚ Tiene como base el modelo teórico de autorregulación de Barkley (1997a) explicado anteriormente.
- ✚ Pretende llevar a cabo una evaluación lo más objetiva posible y utilizar instrumentos de evaluación normalizados.
- ✚ Sigue un enfoque neuropsicológico.
- ✚ Tiene como referencia los criterios del DSM-V.
- ✚ Aplicación fundamentalmente a niños de 6 a 12 años con sospecha de TDAH.
- ✚ Es una propuesta metodológica de un proceso evaluativo estructurado pero con flexibilidad en cuanto a las pruebas, y en parte también respecto a su aplicación en función del caso (las pruebas pueden modificarse o ampliar el proceso por ejemplo ante posibles comorbilidades).
- ✚ Se realiza una evaluación exhaustiva, sin dejar áreas importantes sin examinar, atendiendo a posibles comorbilidades y con información extraída de diferentes fuentes, y a partir de diferentes métodos.
- ✚ La decisión diagnóstica se basa en datos tanto cuantitativos como cualitativos.

3.2.2 Pruebas y procedimientos del Protocolo IMAT

A continuación, siguiendo a Servera (2012), se presentan los contenidos del Protocolo IMAT y sus pruebas prototípicas en cada apartado.

Entrevista clínica y anamnesis

Es una exploración general de las dificultades que presenta el niño y los posibles factores predisponentes. Se utiliza una entrevista semiestructurada, a modo de cribado general, dirigida a los padres, que es una *Adaptación de la entrevista general de R. A. Barkley* (Centro Médico de la Universidad de Massachussets, 1997b), añadiendo algunos aspectos considerados necesarios para la evaluación del TDAH.

Exploración psicopatológica general

Se utiliza el del *Child Behavior Checklist d'Achenbach (CBCL)* (Achenbach et al. 2001), administrada también a los padres. Es una prueba normalizada para analizar globalmente posibles psicopatologías infantojuveniles y obtener información adicional a la entrevista.

Exploración específica de síntomas TDAH

Se ha seleccionado una versión traducida y validada en castellano por Servera y Cardo (2007) de la escala *ADHD Rating Scale-IV* de DuPAul y cols., que se administra a padres y maestros y está vinculada a los criterios del DSM. Existen baremos diferenciados por evaluador (padres y profesores, recogiendo así información de diferentes contextos), por sexo, grupos de edad, y subescalas (inatención, sobreactividad /impulsividad y total), además se han añadido 8 ítems para la evaluación del trastorno negativista desafiante. Se utilizan también los baremos mallorquines de Servera y Cardo (2007), algo diferentes a los americanos, y basados en muestras menores pero eliminando posibles sesgos culturales.

Exploración del comportamiento negativista desafiante

Se utiliza la escala ODD Rating Scale de Hommersen y cols. (2006), basada también en los criterios del DSM para el trastorno negativista desafiante, permitiendo así llevar a cabo un diagnóstico diferencial, y aportando información contrastable con el CBCL. Se administra a padres y maestros.

Exploración del funcionamiento cognitivo general

Aquí se propone la Escala de inteligencia de Wechsler para niños (WISC-IV) (2005) con el fin de explorar aspectos esenciales del perfil de funcionamiento ejecutivo en el TDAH, especialmente a partir de los índices de velocidad de procesamiento y memoria de trabajo. Además, cabe señalar que tres de sus pruebas (*Aritmética, Dígitos y Claves*), permiten analizar el factor *freedom of distractibility*, muy ligado a este perfil. También se ha observado una tendencia en los niños con TDAH a obtener puntuaciones significativamente más elevadas en el llamado índice CPI (obtenido a partir de las escalas de comprensión verbal y razonamiento perceptivo) en comparación con el GAI (a partir de las escalas de memoria de trabajo y velocidad de procesamiento). (Bustillo y Servera, 2015).

Por otro lado, el Protocolo IMAT sugiere el uso por parte del evaluador, de un registro de observación del niño mientras realiza estas tareas, para aportar información adicional.

Exploración del rendimiento académico

Aquí se trata de recopilar información escolar y familiar sobre el funcionamiento del niño en el contexto académico y sus calificaciones (se pide que aporten las últimas notas). Incluye por ejemplo: su estilo de aprendizaje, la forma de planificación de tareas o exámenes, hábitos y autonomía de trabajo, deberes, material...

Tareas de laboratorio

El objetivo es llevar a cabo tareas que permitan obtener medidas de su capacidad atencional y de inhibición conductual.

Para medir la atención sostenida se confeccionó en la UAPI, dirigida por el Dr. Mateo Servera, la *Children Sustained Attention Task* (CSAT) de Servera y Llabrés (2004), que es una prueba informatizada consistente en una tarea visual de vigilancia. Se usan versiones con distintas duraciones de la prueba en función del sexo y la edad del niño. A modo complementario, para valorar la atención selectiva se usa la prueba d2 de Brickenkamp y Zillmer (2004).

Por otro lado, para medir la capacidad de inhibición conductual se utiliza otra tarea informatizada: la prueba STOP-IT basada en el paradigma de Logan, y también confeccionada en la unidad que dirige Servera, cuyos baremos aún están confeccionándose.

Revisión médica

Tal y como se ha explicado anteriormente, la revisión pediátrica o neuropediátrica también es recomendable, tanto para el diagnóstico diferencial y la obtención de información complementaria, como para el posible tratamiento psicofarmacológico.

Otras medidas

Registros de observación

Llevados a cabo durante las tareas de laboratorio y el WISC-IV, para identificar conductas congruentes con los criterios del TDAH mientras realiza estas pruebas. En ocasiones incluyen

registros de los padres y maestros. Permite añadir un ambiente más de valoración (casa, escuela, consulta).

Instruments complementarios

En función de los síntomas observados en cada caso, puede ampliarse el protocolo para explorar otras alteraciones mediante pruebas de lectoescritura, de ansiedad o depresión, Sluggish Cognitive Tempo, etc.

4. Caso evaluado (datos más relevantes): UAPI 433.

A continuación se exponen los datos más relevantes del caso que se explica ampliamente en el informe diagnóstico presentado en el *Anexo 2*.

4.1 Presentación del caso y demanda

El menor y su madre acuden a consulta explicando que desde el centro escolar se han detectado una serie de dificultades en el niño que interfieren en su rendimiento, y le han brindado la oportunidad de evaluarlas en la UAPI.

Las preocupaciones desde el ámbito escolar se centran fundamentalmente en su dificultad para seguir instrucciones y en su ritmo lento de trabajo y de aprendizaje. Comentan que se esfuerza mucho en clase y en casa, pero con frecuencia no consigue mantener un nivel de atención adecuado, se distrae, olvida cosas, y comete errores que luego es capaz de rectificar fácilmente. Explican que a menudo *“está como desconectado, en su mundo, parece que no atiende cuando le hablan, y le cuesta procesar y organizar la información que se le da”*. Perciben también otros aspectos como: falta de madurez, cierta desorientación (temporal especialmente), y problemas de relación con sus compañeros.

El año pasado, al venir de Murcia se le incluyó como alumno NESE (necesidades específicas de apoyo educativo) por incorporación tardía. Recibió apoyo y tuvo algunas adaptaciones curriculares, especialmente por sus dificultades con la lengua catalana. Actualmente sigue recibiendo ayudas en casa y en el centro escolar (curso 1º de ESO). Necesita pautas muy estructuradas, simples, individualizadas, y con frecuencia de manera

repetida. Una vez que ha comprendido qué debe hacer y cómo, obtiene resultados correctos. En tareas más abiertas, sin pautas y secuencias claras, se pierde.

4.2 Anamnesis y la entrevista clínica

Embarazo, parto y primera infancia

Se destaca que durante la primera infancia le costaba un poco dormir, y era algo sobreactivo, “*estaba en constante movimiento*”.

Desarrollo y maduración

El control de esfínteres fue a los tres años y medio aproximadamente.

Historial de salud

Padece alergias de piel. Tuvo varicela, y fiebres altas cuando ha estado enfermo, así como infecciones crónicas en el oído y miopía. Su madre explica también que está operado de vegetaciones en la nariz, y que tuvo una caída de una escalera de frente que le requirió varios puntos. Señala por otro lado problemas motrices finos en la escritura desde 4° de educación primaria.

Estructura familiar

Actualmente convive con su madre, su hermano menor (8 años), y sus abuelos maternos. Sus padres están separados, con custodia materna y régimen de visitas cada 15 días, que según refiere la madre no se cumple en absoluto, la relación entre ambos progenitores y entre el menor y su padre es prácticamente inexistente.

Antecedentes familiares: no se refieren.

Evaluaciones y tratamientos anteriores

El niño ha sido evaluado en el ámbito hospitalario a mediados del curso pasado, derivado por la orientadora del colegio a raíz del relato de la madre de un supuesto intento de autolisis del niño tras una discusión con su primo (la progenitora actualmente opina que fue un intento de llamar la atención). Recibió allí tratamiento psiquiátrico y psicológico, y según su madre *“dijeron que el niño estaba bien, solicité un informe y sigo esperándolo”*. La progenitora decidió acudir después a una psicóloga privada, la cual concluyó que el menor no tenía ningún problema más allá de su timidez (tampoco se dispone de informe).

Rendimiento académico

La madre comenta que su hijo no realizó educación infantil debido a las dificultades que presentaba el niño en el control de esfínteres. En la etapa de educación primaria su rendimiento fue satisfactorio hasta 3º, a partir de ahí presenta dificultades. El año pasado repitió 6º, en Enero se trasladan de Murcia a vivir a Mallorca donde finalmente, a pesar de su esfuerzo y de las adaptaciones curriculares, no logró superar varias materias. Este curso sigue teniendo apoyos en casa y en clase y aún presenta dificultades.

Relaciones sociales

La madre refiere problemas de inadaptación escolar del menor cuando vivía en Murcia, explicando que padeció *“bullying”* en la escuela durante tres años. El curso pasado, al llegar a Mallorca, se integró sin ningún problema en el centro escolar. A principios de este curso tuvo algunos conflictos con los compañeros, pero ha mejorado y se está integrando de manera favorable.

Información obtenida en la entrevista con la madre y con el menor

No se observan síntomas de sobreactividad ni de impulsividad, pero se refieren algunos indicios de inatención y dificultades de aprendizaje relacionadas con la comprensión lectora y la expresión escrita desde cuarto de educación primaria. Se comentan también problemas en el pasado compatibles con un trastorno de ansiedad por separación (algunos de ellos presentes de manera mucho más atenuada, sin llegar a cumplir criterios suficientes para el diagnóstico), así como ciertos signos de ansiedad actualmente, y dificultades a nivel de interacciones sociales.

4.3 Escalas específicas de TDAH

Escala ADHD-Rating Scale-IV para padres y maestros (incluye criterios del TND)

En la escala Inatención se observan resultados no significativos para la madre tanto en el baremo americano (DuPaul et al., 1998), como en el mallorquín (Servera y Cardo, 2007) y para la profesora de biología y geología (próximo a la significación según el baremo mallorquín). Para el maestro de pedagogía terapéutica se observan resultados significativos según el baremo mallorquín, y próximos a la significación según el baremo americano. En el resto de las escalas ninguna de las puntuaciones obtenidas resulta significativa.

4.4 Escala específica de SCT

Escala Sluggish Cognitive Tempo (padres y maestros)

Desde el centro escolar, valoran de forma significativa la presencia de conductas congruentes con la dimensión comportamental Tempo Cognitivo Lento, un patrón de falta de atención y conductas hipoactivas, caracterizado por un cuadro de movimientos y procesamiento de la información lentos. En el ambiente familiar, las valoraciones de la madre resultan no significativas para este patrón.

4.5 Exploración psicopatológica general

CBCL de Achenbach (6-18 años, para padres)

Muestra un perfil ligeramente internalizado. Obtiene puntuaciones clínicas en las escalas: *Problemas sociales*, *Problemas Internalizados*, *Problemas de ansiedad* y *Problemas afectivos*. Se observan puntuaciones subclínicas en las escalas: *Problemas de pensamiento*, *Ansiedad/depresión*, y *Problemas totales*. Cabe señalar que la información verbal de la madre y el menor señala la presencia de ciertos síntomas de ansiedad en el niño, congruentes con la información obtenida en esta prueba.

TAMAI. Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil

Aparecen puntuaciones significativas en la escala de *Insatisfacción con el ambiente familiar* y en *Educación adecuada de la madre*, sin contradicciones en sus respuestas pero con una puntuación Media-Alta en la escala *Proimagen*, por lo tanto se debe ser cauto en la interpretación de los resultados. La escala de *Educación adecuada del padre* no fue evaluada debido a sus circunstancias familiares.

4.6 Exploración psicopatológica específica

SCAS. Escala de Ansiedad infantil de Spence

No se observan puntuaciones significativas para ninguno de los trastornos relacionados con sintomatología ansiosa. Cabe destacar que sus puntuaciones se sitúan en un nivel *elevado* (subclínico) para la escala de *Fobias específicas*, y *normal-alto* para *Trastorno de ansiedad generalizada*.

CDI. Inventario de depresión infantil de Kovacs

No se observan puntuaciones significativas en lo que se refiere a la presencia de sintomatología depresiva en el menor evaluado.

4.7 Exploración neuropsicológica general y específica

WISC-IV

Las puntuaciones obtenidas en esta prueba se encuentran situadas dentro del intervalo de normalidad, a excepción de las obtenidas en la escala de *Memoria de Trabajo*. El cociente intelectual obtenido es de 91 (Medio). La escala con mayor puntuación es *Comprensión verbal* (107), considerada Media-Media/alta, seguida de *Razonamiento perceptivo* (97), y *Velocidad de procesamiento* (97), ambas ubicadas dentro de un rango Medio. La escala con menor puntuación es *Memoria de trabajo* (72), correspondiente al rango inferior. Se ha observado una elevada dispersión en las puntuaciones obtenidas en las diferentes escalas, lo que indica que hay que ser prudentes a la hora de interpretar los resultados.

Entre las escalas que conforman el *Factor de Distraibilidad*, cabe señalar que puntúa bajo en *Dígitos y Aritmética*. Por otro lado, no encajaría con un perfil correspondiente a casos con problemas de Aprendizaje.

CSAT

CSAT-Online: los resultados indican Capacidad atencional sostenida normal-baja, estilo de respuesta bastante equilibrado con cierta tendencia a la inhibición, y una capacidad de discriminación normal, con un tiempo de reacción a los aciertos excesivamente lento (445ms).

CSAT: Los resultados indican Capacidad atencional Sostenida Muy Alta, estilo de respuesta equilibrado y una capacidad de discriminación Alta, con un tiempo de reacción de 396 ms (Normal-Alto).

Cabe destacar que los baremos aplicados son los elaborados para 4º de educación primaria (CSAT) y 6º (CSAT-Online).

D2

Las puntuaciones obtenidas indican una Capacidad Atencional Selectiva Normal. En cuanto a los errores se obtienen valores normales/altos en omisiones y normales en comisiones. Se observa una variabilidad alta.

4.8 Pruebas de aprendizaje.

Woodcock Johnson III : Tests of Achievement (pruebas de cálculo y fluencia matemática)

Se aprecia la presencia de dificultades significativas en cálculo y en fluencia matemática.

PROLEC-SE. Batería de evaluación de los procesos lectores

La puntuación total de la batería indica dificultades en el rendimiento global de los procesos lectores. Se observan problemas en la precisión lectora de *Pseudopalabras*, y un rendimiento bajo en: *Palabras*, *Signos de puntuación*, y en las pruebas a nivel semántico.

PROESC. Batería de evaluación de los procesos de la escritura

El resultado total de la batería indica dificultades globales en los procesos de escritura, estando afectados especialmente los relacionados con la ortografía arbitraria y reglada. Obtiene resultados normativos en las dos pruebas de expresión escrita.

Figura de Rey. Test de copia y reproducción en memoria de figuras geométricas complejas

Los resultados obtenidos no indican la existencia de problemas en percepción y memoria visual (puntuaciones altas/muy altas en el proceso de copia y en el de reproducción de memoria).

4.9 Conclusión general

El conjunto de la información obtenida en la presente evaluación, nos indica que no se cumplen sólidamente todos los criterios establecidos por el DSM-V para el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, pero sí que se observan algunos rasgos de inatención, que encajan parcialmente con la dimensión “Tempo Cognitivo Lento”.

Por otro lado, se confirma la presencia de un *Trastorno específico de aprendizaje de severidad leve con dificultades en la lectura: 315.00 (F81.0), en la expresión escrita: 315.00 (F81.81), y en matemáticas: 315.1 (F81.2)*, que concuerdan con su historial académico e interfieren en su rendimiento escolar, precisando apoyo y supervisión en casa y en la escuela.

5. Referencias bibliográficas

- Achenbach, T. M. (2001). *Child Behavior Checklist 6-18*. Burlington, VT: ASEBA, University of Vermont.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C: American Psychiatric Association
- Amador, J. A., Olmos, J. G., & Però, M. (2005). Utilidad diagnóstica del Cuestionario TDAH y del Perfil de Atención para discriminar entre niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastornos del aprendizaje y controles. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 36(2), 211-224. Retrieved from <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewArticle/61815/>
- Barkley, R. A. (2011). *The Barkley Deficits in Executive Functioning Scale*. New York, NY: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997a). *Niños desafiantes: materiales de evaluación y folletos para los padres*. Nueva York: Guilford.
- Barkley, R.A. (1997b). *ADHD and The Nature of Self-Control*. New York: Gujidford Press.
- Barkley, R. (2012). *Barkley Functional Impairment Scale--Children and Adolescents (BFIS-CA)*. Retrieved from

<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=bTq9OJyKyKYC&oi=fnd&pg=PP2&dq=BFIS+Barkley,+r&ots=UnD-uirwrz&sig=oRgy68jHLrhv088o-qtsw3wsfuk>

- Bravo, M. et al. (2001). Test-Retest Reliability of the Spanish Version of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(5), 433–444. Retrieved from <http://doi.org/10.1023/A:1010499520090>

- Bustillo, M., & Servera, M. (2015). Performance pattern analysis of a sample of children with ADHD using WISC-IV, 2(2), 121–128. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/279750868_Performance_pattern_analysis_of_a_sample_of_children_with_ADHD_using_WISC-IV

- Cardo Jalón, E., & Servera Barceló, M. (2003). [Attention deficit disorder and hyperactivity. An overview]. *Anales de Pediatría (Barcelona, Spain : 2003)*, 59(3), 225–8. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/10566892_Attention_deficit_disorder_and_hyperactivity_An_overview

- Cardo, E., Servera, M., & Llobera, J. (2007). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca. *Revista de Neurología*, 44(1), 10-14. Retrieved from:

<https://scholar.google.es/scholar?hl=ca&q=%E2%80%A209Cardo%2C+E.%2C+Servera%2C+M.%2C+%26+Llobera%2C+J.+%282007%29.+Estimaci%C3%B3n+de+la+prevalencia+del+trastorno+por+d%C3%A9ficit+de+atenci%C3%B3n+e+hiperactividad+en+poblaci%C3%B3n+normal+de+la+isla+de+Mallorca.+Revista+de++Neurologia%2C+44%281%29%2C+>

[10-14.&btnG=](#)

- Cardo, E., Casanovas, S., de la Banda, G. i Servera, M. (2008). Signos neurológicos blandos: ¿tienen alguna utilidad en la evaluación y diagnóstico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad? *Revista de Neurología*, 46 (supl 1): S51-4.

- Cardo, E., & Servera, M. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Revista de neurología*, 46(6), 365-372.

- Culpepper, L. (2006). Primary care treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry*; 67 Suppl 8:51-8.

- Díez, A. Figueroa, A., Soutullo, C. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista Pediatría de Atención Primaria Vol .VIII, Suplemento 4: S135-55.*

Retrieved

from

http://fundacioncadah.org/j289eghfd7511986_uploads/20120608_UXqXXvx3UESmezaeJHT

[H_0.pdf](#)

- Ezpeleta, L., de la Osa, N., Doménech, J. M., Navarro, J. B., Losilla, J. M., & Júdez, J. (1997). Diagnostic agreement between clinicians and the Diagnostic Interview for Children and Adolescents—DICA-R—in an outpatient sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38(4), 431-440.

- Farré-Riba, A., & Narbona, J. (1997). [Conners' rating scales in the assessment of

attention deficit disorder with hyperactivity (ADHD). A new validation and factor analysis in Spanish children]. *Revista de neurologia*, 25(138), 200–4. Retrieved from <http://europepmc.org/abstract/med/9147735>

- GPC-TDAH. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes*. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_477_TDAH_AIAQS_compl.pdf.

- Mateo, V. (2006). Recursos para el diagnóstico psicopedagógico del TDAH y comorbilidades. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, Vol. 4, Núm. 10, Diciembre, 2006, Pp. 623- 642 Universidad de Almería Almería, España. Retrieved from http://www.investigacionpsicopedagogica.org/revista/articulos/10/espanol/Art_10_152.pdf

- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. Great Britain: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrist.

- Nigg, J. (2013). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. En T. P. Beauchaine and S. P. Hinshaw (Eds.), *Child and adolescent psychopathology* (2nded., p. 377). New Jersey: Wiley.

- OMS (1992). Clasificación internacional de las enfermedades (CIE10). Geneve: Organización Mundial de la Salud.

- Olvera, F. de la P. (2000). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Medigraphic*, 43(6), 243–244. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2000/un006i.pdf>
- Orjales, I. (2000). Déficit de atención con hiperactividad: el modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley. *Revista complutense de educación*, 11(1), 71. . Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=150292&info=resumen&idioma=SPA>
- Pliszka, S. R. (2003). Psychiatric comorbidities in children with attention deficit hyperactivity disorder: Implications for management. *Pediatric Drugs*, 5(11), 741-750. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.2165/00148581-200305110-00003>
- Pliszka S. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 46(7):894-921.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. 2005.
- Servera, M., & Llabrés, J. (2004). CSAT: Children Sustained Attention Task (manual y CD-Rom): TEA Ediciones.
- Servera, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Revista de Neurología*, 40 (6): 358-368

- Servera, M., & Cardo, E. (2007). ADHD Rating Scale-IV in a sample of Spanish schoolchildren: Normative data and internal consistency for teachers and parents. *Revista de Neurología*, 45(7), 393-399.
- Servera, M. (2012). Actualización del Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en niños. *Formación Continuada a Distancia en Psicología (FOCAD)*. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 19, 1-29.
- Soutullo C, Díez A. (2007). Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH. Ed. Médica Panamericana: Madrid.
- Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Committee on Quality Improvement. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention deficit/hyperactivity disorder. American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*. 2000 May;105(5):1158-70.
- Taylor, E. (2011). Antecedents of ADHD: a historical account of diagnostic concepts. *Atten Defic Hyperact Disord*, 3(2), 69-75. doi: 10.1007/s12402-010-0051-x
- Ulloa, R. E., Ortiz, S., Higuera, F., Nogales, I., Fresán, A., Apiquian, R., et al.. (2006). [Interrater reliability of the Spanish version of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children—Present and Lifetime version (K-SADS-PL)]. *Actas Espanolas de Psiquiatria* : Aceptsi, 34(1), 36-40.
- Wechsler, D. (2005). Escala de inteligencia de Wechsler para niños. 4 ed. Madrid: TEA Ediciones.