



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Revisión de programas para padres con hijos diagnosticados de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Alumno/a: Ana Molina León

Tutor/a: Prof. Dña. Lourdes Espinosa Fernández
Dpto.:U126 - PSICOLOGÍA

Octubre, 2021

Índice

1. Introducción.....	5
2.Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)	6
2.1 Criterios diagnósticos	8
2.2 Epidemiología	11
2.3 Comorbilidad.....	13
2.4 Etiología	13
2.5 Evaluación	15
2.6 Tratamiento	18
3.Programas de intervención terapéutica para padres con hijos diagnosticados de TDAH.....	24
3.1 Programa de los 8 pasos de Barkley.....	25
3.2 Programa Los años increíbles, Webster-Stratton (1982).....	28
3.3 Programa Triple P: <i>Positive Parenting Programme</i> (PPP)	31
3.4 Programa <i>New Forest Parenting Program</i> (NFPP)	33
3.5 Programa COPE (<i>Community Parent Education Program</i>).....	35
4.conclusiones	37
5.Referencias bibliográficas	39
6.Anexos	47

Resumen/abstract y palabras clave/key words.

Resumen:

En el presente trabajo se desarrolla una revisión bibliográfica acerca de diferentes programas terapéuticos dirigidos a los padres y madres cuyos hijos/as tienen diagnosticado Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. En un principio, se introducirá el trastorno desarrollando aspectos que irán desde la historia del TDAH hasta el tratamiento. Una vez contextualizado el TDAH, se recalcará la relevancia del tratamiento dirigido al ambiente familiar, en concreto, el que va dirigido a los progenitores, para así, finalmente proceder al desarrollo y explicación de cinco programas terapéuticos dirigidos a ellos. En concreto se desarrollarán los siguientes programas: El programa de los 8 pasos de Barkley, el programa Los años increíbles, el programa Triple P (*Positive Parenting Programme*), el programa *New Forest Parenting Programme* (NFPP) y por último, el Programa COPE (*Community Parent Education Program*) .

Palabras clave: TDAH infantojuvenil, ambiente familiar, terapia psicológica, programas parentales.

Abstract:

In the current research work, a bibliographic review is developed about different therapeutic programs aimed at parents whose children have a diagnosis of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder. Initially, the disorder will be introduced by developing aspects that will go from the history to the treatment. Once the ADHD is contextualized, the relevance of the treatment directed to the family environment, specifically to the parents, will be emphasized, in order to finally proceed to the development and explanation of five therapeutic programs aimed at them. Specifically, the following will be developed: The Barkley 8-step program, the Incredible Years program, the Triple P program, the New Forest Parenting Program and finally the COPE program.

Key words: Childhood ADHD, family environment, psychological therapy, parenting programs.

1. Introducción.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad comenzó a estudiarse por George Still en el año 1902 y no fue hasta el año 1990 cuando Barkley lo definió como un trastorno del desarrollo que se caracteriza por síntomas como la inatención, sobreactividad e impulsividad inapropiados desde una perspectiva evolutiva.

En la actualidad, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, DSM-5; APA, 2014), propone que los criterios para realizar un diagnóstico de TDAH son: Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, presencia de algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos desde antes de los 12 años, presencia de varios síntomas de inatención o hiperactivo impulsivos en dos o más contextos, existencia de pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos y por último, se indica que los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y además, no se explican mejor por otro trastorno mental.

Es uno de los trastornos del neurodesarrollo más prevalentes en la infancia, con una prevalencia que va en aumento, en concreto, la española es del 6,8%, siendo ésta mayor en niños que en niñas (Catalá et al., 2012; citado en Hidalgo et al., 2014). Con respecto a la edad de aparición, suele aparecer en los primeros años de escolarización (Hire, 2017). Otro aspecto a tener en cuenta, es la alta comorbilidad con otros trastornos, la causa de comorbilidad más habitual entre la población infantil con TDAH, es el trastorno oposicionista desafiante, trastornos del estado de ánimo y por último, los trastornos de ansiedad. El TDAH, además, cuenta con una etiología multifactorial donde confluyen factores genéticos, ambientales y psicosociales (Hidalgo et al., 2014).

En cuanto a la evaluación, Frutos, (2019), indica que para que sea rigurosa es importante centrarse en tres aspectos: realización de estimaciones de tipo cuantitativo respecto a la severidad de los síntomas, comprobar el deterioro funcional teniendo en cuenta el nivel evolutivo y por último, desarrollar un

diagnóstico diferencial teniendo en cuenta otros problemas psicológicos o médicos.

Según Gordóvil y Thorste (2014) en el tratamiento psicológico y psicopedagógico del TDAH resulta fundamental trabajar en torno a tres niveles: Trabajo con padres y madres, trabajo con el niño/a que presente el trastorno y por último el contexto escolar.

De todos estos niveles, el trabajo con los padres y madres es el que cobra mayor importancia ya que tal y como indica Delgado et al., (2012) el trabajo con ellos proporciona un tratamiento integral, ya que se considera a la familia como coterapeuta. Con el tratamiento dirigido a los progenitores, se quiere conseguir una mejor organización, el manejo de herramientas destinadas a la modificación de conducta y además, el aprendizaje de estrategias beneficiosas para su salud mental y en consecuencia para la de sus hijos/as.

Para llegar a los objetivos propuestos, existen programas terapéuticos destinados a los progenitores, los cuales son conocidos como PEP (Programas de Entrenamiento a Padres), el uso de estos programas lo inició Hanf (1969). El objetivo de los PEP es cambiar la conducta de los niños llevando a cabo modificaciones en el ambiente familiar y trabajando con los padres y madres (Scandar y Bunge, 2017). La Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el TDAH ha demostrado la eficacia de los PEP a la hora de mejorar las habilidades de automanejo para reducir el estrés y aumentar el bienestar familiar.

Siguiendo la Guía de Práctica Clínica sobre las intervenciones en el TDAH publicada en 2010, dentro de los programas para padres y madres destacan por su eficacia y fiabilidad los siguientes: El programa de los 8 pasos de Barkley, el programa Los años increíbles, el programa Triple P (*Positive Parenting Programme*), el programa *New Forest Parenting Programme* (NFPP) y por último, el Programa COPE (*Community Parent Education Program*) .

2. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Heinrich Hoffman (1845) realizó la primera referencia a la hiperactividad infantil. En estas primeras descripciones, se puso gran énfasis en una excesiva inquietud psicomotora.

Lo que actualmente es denominado TDAH comenzó a ser estudiado en el año 1902 por George Still, desde entonces, han sido múltiples las definiciones que se han propuesto para este trastorno.

Barkley (1990), define el trastorno por déficit de atención e hiperactividad como un trastorno del desarrollo caracterizado por niveles elevados de inatención, sobreactividad, e impulsividad inapropiados desde el punto de vista evolutivo. Estos síntomas a menudo se inician en la primera infancia, son de naturaleza relativamente crónica y no pueden atribuirse a alteraciones neurológicas, sensoriales, del lenguaje o motoras graves, a retraso mental o a trastornos emocionales severos. Estas dificultades se asocian normalmente a déficits en las conductas gobernadas por reglas y a un determinado patrón de rendimiento (citado en Morelli, 2015, p.9). Barkley, es uno de los autores más destacados en el estudio del TDAH y en su teoría destaca que en este trastorno hay un fallo en la autorregulación de la persona, lo que incide negativamente en gran variedad de funciones neuropsicológicas como son la atención, memoria de trabajo, autorregulación de la motivación, lenguaje y procesamiento de la información (Morelli, 2015).

A lo largo de los años, se han tenido dudas acerca de este trastorno y de su existencia, pero actualmente, son innumerables los estudios realizados que demuestran su existencia y la sintomatología de las personas que lo sufren. Una definición actual es la de Polyxoi et al., (2018) en la que se sigue la línea del teórico Barkley y definen el TDAH como un trastorno del neurodesarrollo heterogéneo caracterizado por síntomas centrales de falta de atención, hiperactividad e impulsividad (Citado en Escalona y Mancera, 2020, p.12).

Es conveniente indicar que la situación mundial actual debido al **COVID 19** afecta de forma más severa a estos niños/as y a sus familias. En un estudio realizado por De Alba, (2021) con 18 niños y niñas diagnosticados de TDAH y 21 con altas capacidades (AC), en el que se estudiaron las dimensiones de estado de ánimo,

sentimientos y calidad en la relaciones familiares tras el confinamiento, se demostró como el grupo de niños diagnosticados de TDAH obtuvo puntajes más bajos que los niños/as con AC. Esto indica que aunque la muestra del estudio sea pequeña, el confinamiento ha afectado de manera más grave a los diagnosticados de TDAH y a sus familias por el simple hecho de no contar con el aprendizaje dentro del aula, por la falta de socialización a la que estaban acostumbrados o por cambios en la forma de impartir las terapias psicológicas del niño/a o en la de los progenitores.

2.1 Criterios diagnósticos.

A continuación, se van a presentar los criterios diagnósticos del TDAH según la guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5, que es una de las más utilizadas.

Los criterios diagnósticos para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad según el DSM 5 (APA, 2014) son:

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 una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de los 17 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 (por ejemplo, pasan por alto o se pierden detalles).

- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tienen dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
 - c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente.
 - d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas, los quehaceres o los deberes laborales.
 - e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales y dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden).
 - f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo, tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes, mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
 - 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 (por ejemplo, hacer las tareas; en adolescentes, mayores y adultos, devolver las llamadas pagar facturas, acudir a las citas).
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:
- a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos y se retuerce en el asiento.
 - b. Con frecuencia se levanta en situaciones en las que se espera que esté sentado. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado (Nota: en adolescentes o adultos,

puede limitarse a estar inquieto).

- c. Incapacidad de jugar o de ocupar tranquilamente actividades recreativas.
- d. Con frecuencia está “ocupado, actuando como si “lo impulsara un motor”.
- e. Habla excesivamente.
- f. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.
- g. Dificultad para esperar su turno.
- h. Frecuentemente 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 (Por ejemplo: en casa y en el colegio).
- 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.

Especificar si:

-Presentación combinada: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) y el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

-Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (Hiperactividad- impulsividad) durante los últimos 6 meses.

-Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención)

durante los últimos 6 meses.

Especificar si:

-En remisión parcial: Cuando 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 sólo 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 Epidemiología.

Tal y como se observa en el Manual de Diagnóstico y tratamiento del TDAH, las variaciones en la cifra de prevalencia se deben a notables diferencias en la definición del síndrome, terminología y metodología entre los criterios diagnósticos que se usan para realizar el diagnóstico del trastorno, los cuales dificultan la comparación de resultados. A pesar de las discrepancias a lo largo de la historia, el TDAH podría ser el trastorno del neurodesarrollo más prevalente en la infancia, apareciendo los síntomas durante los primeros años de escolarización, los cuales van cambiando con el paso de los años. Aquellos que se refieren a la hiperactividad, impulsividad e inatención disminuyen en el tiempo, haciéndolo en menor medida y a una edad más avanzada los de inatención. La investigación en varios países, entre los que se incluye Estados Unidos, Australia y los Países Bajos, sugiere que la prevalencia del trastorno va en aumento (Thomas et al., 2014; citado en Hire, 2017, p.34)

En lo que respecta a nuestro país, mediante una revisión sistemática y meta-

analítica de varios estudios, con un total de 13.023 niños y adolescentes, se ha obtenido una prevalencia española del 6,8%, siendo ésta mayor en niños que en niñas (Catalá et al., 2012; citado en Hidalgo et al., 2014).

Un dato bastante alarmante, es el crecimiento de la prevalencia del TDAH en Estados Unidos, donde en un estudio realizado en 2012, se comprobó que en un período de aproximadamente 5 años, los diagnósticos del presente trastorno en la población infantil se incrementaron un 22%, lo que lleva a afirmar uno de cada 10 niños fue diagnosticado de TDAH. En concreto, un total de 5,4 millones de niños de 4 a 17 años (García y Domínguez, 2012; citado en Ferrer et al., 2017).

Las investigaciones también han encontrado diferencias respecto al género, aunque no están claramente definidas. Los estudios clínicos sugieren que el TDAH es hasta 9 veces más común en varones, pero sin embargo, las investigaciones de tipo epidemiológico, sugieren que la prevalencia en varones es solo de 2 a 4 veces mayor. Además, los síntomas varían de un sexo a otro, existiendo mayor hiperactividad en varones y un mayor déficit de atención en niñas (Pascual-Castroviejo, 2015). Con respecto a la edad de aparición, el TDAH se diagnostica con mayor frecuencia en edades poco avanzadas, concretamente durante los años de escuela primaria (Hire, 2017). Por otra parte, es preciso indicar que autores como Figueroa-Duarte et al., (2014) defienden que los estudios que investigan los determinantes sociales de la salud han demostrado que los niños/as que viven en condiciones desfavorables se encuentran en mayor riesgo de sufrir trastornos mentales y un desarrollo más severo de éstos.

En cuanto al nivel socioeconómico, existen estudios que sugieren un vínculo entre el nivel socioeconómico en el que se encuentre la familia del niño/a y la aparición de TDAH. En este tipo de investigaciones se ha señalado que un nivel socioeconómico bajo aumenta la exposición a factores de riesgo para el TDAH. Algunos de estos factores son: bajo nivel de estudios de los progenitores, desempleo parental, exposición a drogas tales como el tabaco por parte de la madre durante el embarazo, mayor estrés familiar en el hogar, etc (Hjern et al., 2010; citado en Hire, 2017, p.36).

2.3 Comorbilidad.

Un aspecto importante a tener en cuenta en el trastorno del TDAH, es su comorbilidad con otros trastornos, ya que pueden tener gran influencia en el tratamiento y en el desarrollo de los menores. Por esta razón, es vital la identificación y el diagnóstico de los trastornos asociados (Alonso, 2015). En el TDAH existe comorbilidad con psicopatología externalizante e internalizante: Respecto a la externalizante, resaltan los problemas de conducta o la agresividad y en lo que respecta a la internalizante, se encuentran la depresión y la ansiedad (Alonso, 2015).

Según los resultados del estudio de Llanos et al., (2019), la causa de comorbilidad más habitual entre la población infantil con TDAH, es el trastorno oposicionista desafiante con un 44,06%, seguido por los trastornos del estado de ánimo con un porcentaje del 30,5 % y en último lugar, se encuentran los trastornos de ansiedad con un 20,3%. En la **tabla 1** de los anexos, se puede observar una tabla ampliada de la comorbilidad del TDAH según el Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH.

2.4 Etiología.

Hidalgo et al. (2014), indican que el TDAH es un trastorno del neurodesarrollo multifactorial, en el que interaccionan factores genéticos, ambientales y psicosociales.

En lo referido a los factores **genéticos y neurobiológicos**, estudios de gemelos han indicado que el porcentaje de heredabilidad del TDAH se encuentra entre un 70-90%. Estos porcentajes indican que si uno de los progenitores tiene el trastorno, la probabilidad de que sus descendientes sean diagnosticados de dicho trastorno es 8 veces mayor. Y en el caso de gemelos monocigóticos la probabilidad es del 86% y en los dicigóticos sería un 29% (Banerjee et al., 2007; Biederman y Faraone, 2005 y Thapar et al., 2013; citado en López, 2016, p.21) .

En cuanto a las posibles deficiencias en el funcionamiento de los neurotransmisores en las personas con TDAH, se ha demostrado que en el TDAH existe una irregularidad en ciertos neurotransmisores. Una de las vías afectadas es la vía dopaminérgica, lo que lleva a la mayor parte de los síntomas relacionados con la hiperactividad e impulsividad, esto se debe a que los niños con TDAH tienen menos dopamina (DA) en su cerebro, ya que el número de transportadores de DA está anormalmente aumentado y como consecuencia, los ganglios basales tienen menos capacidad para inhibir la actividad motora. Sin embargo, las vías noradrenérgicas también están afectadas, pero estas se encuentran relacionadas principalmente con los síntomas afectivos y de inatención (Rusca y Cortez, 2020).

Por otra parte, al hablar de factores **ambientales**, los más investigados han sido los factores obstétricos referidos al embarazo, parto, postparto y los factores psicosociales. En cuanto a los que se refieren al embarazo y parto, a menudo se relacionan con el consumo de tabaco por parte de la madre durante el embarazo y por otro lado al estrés materno. Motlagh et al., (2011), indicaron que existía un riesgo trece veces mayor de recibir un diagnóstico de TDAH en niños/as de madres fumadoras (citado en López, 2016, p.24). En cambio, en la etapa postnatal, un factor de riesgo de gran gravedad podría ser una dieta inadecuada ya que según los alimentos que predominen en la dieta de los niños y niñas se pueden agravar o aliviar las consecuencias del trastorno, por lo que se deben evitar aquellos alimentos que provoquen estados de nerviosismo o ansiedad (Froehlich et al., 2011; Thapar et al., 2013; citado en López, 2016, p.24).

Siguiendo a López (2016), los factores **psicosociales** que se relacionan con el trastorno del TDAH son los siguientes:

Principalmente destacan las relaciones familiares anómalas, entendiendo por estas ausencia de cariño en las relaciones filioparentales y parentales, hostilidad hacia el niño/a, maltratos y clase social baja. Seguidamente, se encuentra la presencia de trastornos mentales en algún miembro de la familia que forme parte del círculo primario del niño. Por otra parte, es conveniente nombrar la comunicación inadecuada entre los miembros de la familia y los tipos de crianza inadecuados, como puede ser la sobreprotección, ya que provoca que los progenitores tomen

decisiones por sus hijos e hijas, les solucionen problemas y les priven de ciertas experiencias, por lo que esto provoca en ellos cierto temor a la hora de superar algún tipo de problema por ellos mismos. Además, Alonso, (2015), indica que la hiperactividad puede provenir de un estilo parental coercitivo con demasiados castigos y pocas recompensas. Finalmente, se deben nombrar los acontecimientos vitales agudos (pérdidas afectivas o cambios de hogar) y el estrés asociado al contexto escolar (disputas con los compañeros/as).

2.5 Evaluación.

Uno de los principales elementos a la hora de realizar un diagnóstico de TDAH son las entrevistas dirigidas al niño/a o adolescente y a los progenitores, siendo lo ideal realizarlas siguiendo la siguiente secuencia: en un primer momento, se realiza una entrevista de manera conjunta con el niño/a y los padres y madres, seguidamente, se realiza una dirigida solo al niño/a y por último, una dirigida solo a los progenitores (Felt y Biermann, 2014). La entrevista con los padres es fundamental para realizar una valoración de la frecuencia, intensidad y persistencia de la sintomatología a lo largo del tiempo. Igualmente, la información que proviene de otras fuentes tales como el profesorado, es útil para comprobar la variabilidad de los síntomas en distintos contextos. Así mismo, es necesario valorar los antecedentes dentro de los miembros de la familia, el ambiente familiar, y las relaciones sociales (Rusca et al., 2020).

Siguiendo a Felt y Biermann, (2014), se indica que de igual forma, será esencial recabar información sobre las posibles comorbilidades, ya que pueden agravar el cuadro clínico, para ello, una de las escalas más utilizada es la de Conners (Keith, 1969), la cual es uno de los instrumentos más utilizados a la hora de la valoración del TDAH para comprobar la comorbilidad con el comportamiento oposicionista/desafiante. La Escala Conners se divide en la escala para padres

(CPRS-48) y la versión para profesores (CTRS-28). La primera consta de 48 ítems estructurados en una escala Likert formada por 4 grados: nada (0), poco (1), bastante (2), y mucho (3) y la segunda está formada por 28 ítems siguiendo el mismo criterio de valoración que la de los padres. Cada apartado de las escalas contiene descripciones de la sintomatología que se correlaciona con los criterios diagnósticos del DSM 5, siendo el principal objetivo detectar la presencia de los síntomas correspondientes al TDAH y problemas comórbidos.

Otros instrumentos propuestos por Mateo, (2006) que pueden resultar útiles para el estudio de las comorbilidades son: El cuestionario Stonny Brook para padres (Gadow y Sprafkin, 1995) que permite recoger información de los siguientes trastornos: Trastorno negativista/desafiante, trastorno disocial, trastorno de Tourette, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad por separación, Enuresis y encopresis. Por otro lado, se encuentra el manual *Child Anxiety Scale* (CAS; John S. Gillis, 1980) que es una entrevista dirigida a padres y profesores para comprobar la comorbilidad con ansiedad; el Test de Análisis de Lectoescritura (TALE; Toro y Cervera, 1984), el cual permite determinar los niveles generales de lectura y escritura de la población infantil en un momento dado; La Batería de Evaluación de los Procesos Lectores (PROLEC; Cuetos et al., 1996) y en relación con la depresión, se encuentra el Inventario de Depresión Infantil (CDI; Beck, 1978) que evalúa dos escalas: Disforia y autoestima negativa, proporcionando así, una puntuación total de depresión.

Por otro lado, Puentes et al., (2014) y Mateo, (2006) indicaron algunos de los

Instrumentos normalmente utilizados para realizar la evaluación del TDAH infantil:

- **Cuestionario breve para el diagnóstico del TDAH (checklist) (Autor desconocido):** se trata de una escala discreta que utiliza criterios de DSM 5 y con la que se califican los síntomas del criterio A del trastorno con una escala que va de 0 (nunca) a 3 (Casi siempre).
- **Escala BASC (*Behavioral Assessment System for Children*; Reynold y Kamphaus, 1992):** Esta escala es multidimensional ya que mide

numerosos aspectos emocionales y conductuales. Además, está conformada por tres cuestionarios: uno dirigido a los padres, para la recogida de conductas observables en el contexto familiar, otro dirigido al profesorado para recoger aquellas conductas observables en el contexto escolar y por último, cuenta con un autoinforme que recoge las emociones y autopercepciones que describe el niño o adolescente.

- **Escala de Inteligencia WISC-R de Wechsler (1974):** la cual indicaron que era útil para evaluar la inteligencia del niño/a de forma global, para así, poder descartar algún tipo de déficit intelectual. La escala se divide en dos dimensiones: la verbal (resolución de problemas con el apoyo del lenguaje como por ejemplo, actividades de comprensión o retención de dígitos) y la no verbal (resolución de problemas utilizando el razonamiento no verbal, como pueden ser figuras incompletas o rompecabezas).
- **El Test de Caras (Thurstone y Yela, 1985) y el Test de cancelación de letras (Allegri, 1998)** para la evaluación de las aptitudes atencionales y perceptivas del niño/a.
- **Test de Ejecución Continua (CPT; C. Keith Conners, 1994)**, el cual se utiliza para evaluar la impulsividad del niño/a pulsando una barra espaciadora cuando aparece el objeto presentado anteriormente.
- **Test de Stroop (C.J Golden, 1999)**, para evaluar el control inhibitorio del niño/a, mediante la lectura de palabras y colores incongruentes.

En cuanto a las entrevistas, destaca la entrevista Diagnóstica para niños y adolescentes (EDNA-IV) de Ezpeleta et al., (1997), la cual es la versión adaptada en español de la entrevista *Diagnostic Interview for Children and Adolescents* (DICA; Herjanic et al., 1975). Se trata de una entrevista semiestructurada destinada a niños/as y adolescentes que permite realizar una revisión de la sintomatología inicial y final usando una clasificación categorial (Puentes et al., 2014).

Así pues, para realizar una evaluación completa del TDAH infantojuvenil, se consideran necesarios tres aspectos, los cuales son: realización de estimaciones de tipo cuantitativo respecto a la severidad de los síntomas, comprobar el deterioro funcional, teniendo en cuenta el nivel evolutivo y por último, desarrollar un diagnóstico diferencial teniendo en cuenta otros problemas psicológicos o médicos (Frutos, 2019).

2.6 Tratamiento.

Existen controversias acerca del tipo de tratamiento que más conviene para el TDAH. No se debe olvidar que el TDAH es un trastorno del neurodesarrollo que afecta negativamente a la vida diaria del niño/a o adolescente, por lo cual, se deben llevar a cabo tratamientos psicológicos y farmacológicos cuando sea oportuno, es decir, el tratamiento debe ser multimodal. Además, se debe desarrollar teniendo en cuenta cada caso particular de manera íntegra y ofreciendo el apoyo necesario para un correcto desarrollo (Rusca, 2020).

-Tratamiento farmacológico:

Los fármacos aprobados para el tratamiento del TDAH infantojuvenil se dividen en dos grupos: Los estimulantes (Metilfenidato y lisdexanfetamina), que son los más utilizados para este trastorno y su función es elevar el nivel de alerta y actividad del Sistema Nervioso Central activando la parte anterior del cerebro, la cual se encarga del control conductual, consiguiendo así un mayor control por parte de los niños y niñas. Por otro lado, están los no estimulantes (Atomoxetina), los cuales se utilizan en ciertos casos debido al corto efecto de los estimulantes, por sus posibles efectos adversos (insomnio, disminución del apetito y nerviosismo) y por último, por su potencial de abuso (Soutullo y Álvarez, 2014). Por otra parte, es conveniente indicar que el tratamiento farmacológico no se recomienda como primera línea en niños/as menores de 6 años. Además, resulta necesario conocer que la medicación sea segura y que los efectos secundarios sean los mínimos y de la menor gravedad posible. La medicación debe ser aprobada por los progenitores atendiendo a las

circunstancias y características de cada caso en concreto, realizando siempre un estudio médico previo a la administración de cualquier fármaco (Pliszka, 2007).

-Tratamiento psicológico:

En general, la terapia psicológica del TDAH infantil se basa en el papel activo del niño/a, profesores, padres y madres, tratándose de una intervención no farmacológica. Un aspecto a tener en cuenta en estos tratamientos es la realización de ciertas modificaciones del entorno tales como poner al niño en las primeras filas de clase, rodearlo de niños/as tranquilos o aumentar la supervisión de sus agendas para minimizar las consecuencias del TDAH. Estos cambios se realizarán en base a las necesidades de cada niño/a (Catalá, et al., 2017).

Santos y Bausela (2007) se centraron en la intervención del TDAH en niños y niñas, e indicaron que es importante tener presente que se trata de una intervención multiprofesional: psicológica, psicopedagógica, médica y escolar, además de ser necesaria la colaboración de los padres y madres.

De acuerdo con García (2013) , una característica esencial de la clínica infantil general, es la necesidad de pensar en el niño/a como una personalidad que se encuentra en formación y, por tanto, no se debe hablar de “enfermedad” o “cura”, sino de desviaciones del desarrollo en la búsqueda del equilibrio (Citado en González, 2017, p.51). El psicólogo se debe centrar en la relación existente entre el niño/a y su entorno, teniendo en cuenta la etapa del desarrollo en la que se encuentre. Una categoría importante de la terapia infantil explicada por Vygotski, es la Zona de Desarrollo Próximo (ZDP). Este concepto se refiere a la distancia existente entre el desarrollo actual del niño/a y su desarrollo potencial. Esta categoría es de gran importancia en la intervención terapéutica infantil, ya que le sirve al propio psicólogo de guía para determinar los objetivos de la terapia teniendo en cuenta las posibilidades reales del niño/a. En este sentido, González, (2017) señala que el psicólogo debe tener como objetivo interferir en la ZDP de los niños/as para conseguir avances, ya que si no fuese así, no se darían o aparecerían en un periodo de tiempo mayor. A la hora de establecer los objetivos para el tratamiento de un caso de TDAH hay que tener en

cuenta la ZDP y la edad de los niños y niñas para continuar con el desarrollo de las funciones psicológicas complejas del niño/a (Pérez et al., 2016).

Otra característica a resaltar en la clínica infantil, es la utilización de técnicas e instrumentos accesibles al lenguaje de la infancia y que a los niños/as les resulten cercanos a sus intereses. En este aspecto, diversos autores destacan la importancia del juego a lo largo de la terapia. Vega (2004), afirma que el juego mejora la relación niño- terapeuta y facilita la exposición a una determinada situación. En el tratamiento para el TDAH, mediante el juego se produce una conexión emocional íntegra entre el niño/a y el propio juego. Por otra parte, de esta forma, el niño/a no solo se centra en el resultado. La reunión de estos dos factores facilita un contexto útil para introducir juegos con potencial terapéutico específico para así abordar las diferentes problemáticas del TDAH (Citado en González, 2017, p.55).

Por otra parte, Castillo et al., (2012) indicaron la efectividad de los cuentos terapéuticos como técnicas creativas verbales dentro de la psicología infantil, debido a que permiten exteriorizar los problemas, para así, exteriorizarlos de la persona que lo sufre, ya que el niño/a narra una situación conflictiva que se resuelve de manera positiva, siendo representados los personajes del cuento de manera inconsciente por el niño/a. Estos cuentos terapéuticos ayudan a los niños/as con TDAH a trabajar sus conflictos internos, hasta que puedan elaborarlos y encontrarle el sentido. Además, los distintos personajes del cuento ayudan a los niños/as a comprender y a expresar variedad de emociones, ya que la mayoría de niños/as afectados por TDAH tienen dificultad para la expresión de estas (citado en González, 2017, p.57).

Según Gordóvil y Thorsten, (2014) en el tratamiento psicológico y psicopedagógico del TDAH resulta fundamental trabajar en torno a tres niveles:

- **Trabajo con los progenitores:** Trabajar con los padres y madres resulta fundamental a la hora de desarrollar el tratamiento, ya que son personas cercanas al niño/a capaces de producir cambios en su vida diaria y además, pueden ir observando cambios que se van produciendo a lo largo del tiempo. Por esta razón, se debe hacer ver a los padres que

ellos son los que mejor conocen a su hijo/a y que los psicólogos son expertos en técnicas y estrategias para mejorar el comportamiento de su hijo/a. De esta forma, simultáneamente, se van introduciendo estrategias para controlar la conducta del niño/a.

Delgado et al., (2012), indican que la intervención con familias de niños con TDAH se podría dividir en tres etapas:

-Psicoeducación: con el objetivo de brindar material bibliográfico sobre el trastorno para fomentar así el conocimiento de los progenitores y para que aprendan ciertas medidas que se pueden adoptar conforme van apareciendo problemas. Según Alonso, (2015) estas sesiones de psicoeducación se pueden desarrollar de forma individual o grupal, ya que existe la posibilidad de encontrarse con familias con problemas similares.

-Terapia grupal de padres: para crear un apoyo mutuo entre las familias y contribuir a una mejor salud mental de los padres y madres compartiendo experiencias y escuchándose unos a otros. Dentro de este tipo de terapias se pueden encontrar actividades como role playing, técnicas de relajación y diferentes terapias cognitivas (Técnicas de resolución de problemas, reestructuración cognitiva, etc).

-Modificación de conductas: el objetivo es modificar aquellas conductas disruptivas mediante distintas estrategias conductuales, como puede ser el establecimiento de una economía de fichas, el cual se lleva a cabo mediante un procedimiento de recompensas por fichas que contribuye a la modificación de conductas observables que resultan desadaptativas para los niños/as diagnosticados de TDAH, ya sea con o sin hiperactividad.

Las tres etapas descritas anteriormente son la base de un tratamiento integral en el que se incluye la labor de la familia

como coterapeuta, consiguiendo así, mejorar la salud mental de los progenitores y en consecuencia, la de sus hijos/as (Delgado et al., (2012).

- **Trabajo con el niño/a que presenta el trastorno:** Este tratamiento depende de la edad del niño/a, de la sintomatología y de cómo afecte el trastorno a las diferentes áreas de la vida diaria del niño/a. Una vez que se ha obtenido el perfil de cada niño/a se determinan los tratamientos individualizados. De igual forma, los aspectos cognitivos, conductuales, emocionales y sociales siempre serán supervisados a lo largo del tratamiento.

A nivel cognitivo se desarrollan técnicas de autocontrol para combatir la impulsividad. Respecto al nivel conductual, se quiere conseguir el control de la conducta y un aumento en la atención del niño/a, a través de diversos métodos como por ejemplo, contratos de conducta, prácticas de distracción controlada (distraer la mente unos minutos para posteriormente volver a retomar las tareas con una mayor atención), ejercicios de respiración, etc. A nivel emocional, se quiere conseguir una mejora en la competencia emocional trabajando el reconocimiento, regulación y expresión emocional de los niños/as con dicho trastorno (López et al.,2008; citado en Gordóvil et al., 2014 , p.134).

Finalmente, con el trabajo de las habilidades sociales se quiere conseguir una mayor integración social del niño/a con TDAH, algunas técnicas son: aprender a realizar preguntas e iniciar y finalizar conversaciones, aprender a jugar con los iguales, pedir y ofrecer ayuda, aceptar cumplidos, etc (Gordóvil et al., 2014).

- **Trabajo con el contexto escolar:** Al igual que se hace con los padres y madres, se debe informar al contexto escolar de la importancia del trabajo conjunto entre el psicólogo y los docentes ya que el niño pasa gran parte de su tiempo en la

escuela. El contacto con el personal del colegio debe estar autorizado por parte de los progenitores. Esta interacción comienza durante el proceso de evaluación para luego retomar este contacto una vez establecido el diagnóstico.

La Terapia psicológica dirigida al niño/a con TDAH se puede dividir en dos bloques (López et al., 2006):

-Terapia de conducta: Este tipo de terapias persigue formar a los niños y niñas con el fin de que aprendan que recibirán una mayor atención por parte los progenitores y el profesorado al realizar buenas conductas y no malas (Alonso, 2015).

Las técnicas de modificación de conducta se encuentran divididas en tres grandes grupos de intervención. El primero es el de las terapias operantes para mejorar los aspectos disciplinares en la escuela y familia, el segundo bloque se refiere a las técnicas de extinción para reducir los comportamientos desafiantes y por último, se encuentran las técnicas de mantenimiento de conducta, entre las que destacan los contratos de contingencias que consisten en acuerdos que se llevan a cabo mediante varias partes y en el que se especifica una conducta a cumplir.

-Terapia cognitiva: Persigue enseñar a los menores técnicas de autocontrol y resolución de problemas (Alonso, 2015).

Los procedimientos terapéuticos cognitivos son de los más utilizados en los casos de TDAH. Una de las técnicas más conocidas a la hora de abordar el TDAH son las técnicas de autoinstrucciones, que se consideran un método para enseñar a los niños y niñas a organizar su pensamiento utilizando lenguaje interno y externo. La importancia de esta técnica se debe a que los niños/as con TDAH, frecuentemente tienen pensamientos impulsivos, lo que les lleva a omitir información necesaria para la resolución de problemas. El entrenamiento en autoinstrucciones se divide en 5 bloques: en primer lugar se encuentra el modelado cognitivo donde el profesional ejerce como modelo dándose autoinstrucciones a sí mismo en voz alta, seguidamente, el niño realiza la misma tarea siguiendo las instrucciones del profesional, lo que se conoce como instrucción externa, después, el niño/a realiza la

tarea dándose autoinstrucciones en voz alta, en el penúltimo bloque, el niño/a debe ejecutar el trabajo dándose autoinstrucciones, pero esta vez, en voz baja y finalmente, se llega a lo que se conoce como autoinstrucción encubierta donde el niño/a guía su conducta mediante lenguaje interno.

Otro entrenamiento frecuentemente usado en terapia cognitiva, son las autoobservaciones para que el niño/a evalúe su propia conducta, ya que la mayoría de los niños y niñas diagnosticados de TDAH suelen atribuir los fracasos a factores externos y los éxitos se los atribuyen a ellos mismos. Finalmente, cabe recalcar que al referirse a la terapia infantil dirigida al TDAH, una de las medidas más importantes son los entrenamientos destinados a los padres y madres. El entrenamiento parental posee gran poder en el campo de la modificación de la conducta infantojuvenil, ya que se les enseña a responder de forma adecuada a los conductas tanto apropiadas como inapropiadas de sus hijos/as, a realizar un uso correcto de los tiempos en los diferentes contextos y en algunos casos, a establecer economía de fichas (Plisza, 2007). Es necesario comprender que el acceso al niño/a se encuentra mediatizado por la familia y que por tanto, es primordial la integración de los miembros de ésta en el tratamiento (González, 2017).

En definitiva, en el tratamiento de este trastorno, el entrenamiento dirigido a padres con hijos/as con TDAH es esencial a la hora de construir un tratamiento integral, ya que se considera a la familia coterapeuta. Se quiere llegar a conseguir que los padres mejoren en áreas tales como la organización, el manejo de herramientas destinadas a la modificación de conducta y además, se lleva a cabo el aprendizaje de estrategias beneficiosas para su salud mental y en consecuencia para la de sus hijos/as (Delgado et al., 2012).

3. Programas de intervención terapéutica para padres con hijos diagnosticados de TDAH.

Los programas de entrenamiento a padres (PEP), se iniciaron con trabajos realizados por Hanf en el año 1969 y pueden ser definidos como programas que persiguen el objetivo de cambiar la conducta de los niños y niñas llevando a cabo modificaciones en el ambiente familiar a través del trabajo con los padres y madres

(Scandar y Bunge, 2017).

La Guía de la Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el TDAH señala que los programas para padres de hijos/as con TDAH a menudo suelen ser intervenciones psicosociales dirigidas a la formación de los progenitores en técnicas cognitivo conductuales para mejorar la comprensión del trastorno y el control del comportamiento problemático de sus hijos/as. Además, estos programas pueden ayudar a mejorar las habilidades de automanejo para reducir el estrés y aumentar el bienestar familiar. Para conseguir los efectos deseados de los programas para padres y madres es primordial que los progenitores se impliquen de forma activa en cada uno de ellos. Sin embargo, no se puede olvidar el papel crucial de los menores, ya que aunque se ha demostrado la influencia de los padres y madres en los comportamientos de los menores, los niños y niñas deben avanzar en el tratamiento de forma paralela, ya que si los padres no ven una mejora en sus hijos/as pueden sentirse frustrados y decidir abandonar el programa (Espinosa, 2017).

Destacan los siguientes programas de intervención con padres y madres por su validez y aplicabilidad:

3.1 Programa de los 8 pasos de Barkley.

El presente programa pretende mejorar la conducta del niño hiperactivo, las relaciones sociales y en general, la adaptación en casa (Bonet et al., s.f.).

El programa requiere seguir 8 pasos a intervalos preferentemente semanales:

- 1. Aprenda a prestar atención positiva a su hijo/a:** se pretende que los padres y madres presten atención a las conductas deseables mientras sus hijos/as juegan. Para ello, se les indicará a los padres que se acerquen al niño/a mientras esté jugando e intenten interactuar con él,

pero intentando no implicarse en el juego. Es decir, se pretende enfatizar más en la circunstancia que en el propio juego en sí. De modo que, se pretende mejorar la interacción filio-parental, hablando del propio juego y reforzando al niño/a.

2. **Use el poder de su atención para ganar su obediencia:** Los progenitores deben aumentar su atención hacia su hijo/a cuando se les pide que obedezcan las instrucciones dadas.
3. **Dé órdenes más eficaces:** Aquí se pretende enseñar a los padres y madres a dar órdenes de manera que sea más probable que el niño/a les obedezca. Se suelen usar etiquetas/carteles confeccionados por los progenitores con ayuda del terapeuta, las cuales le servirán al niño/a de guía para saber qué es lo que debe hacer y lo que no y también en qué orden.
4. **Enseñe a su hijo/a a no interrumpir sus quehaceres:** En este punto del programa se quiere enseñar al niño/a a jugar solo mientras sus progenitores estén ocupados. Los padres le irán realizando a su hijo/a refuerzos cada vez que no le interrumpan. El intervalo entre cada refuerzo irá aumentando conforme aumente el periodo que el niño sea capaz de estar centrado sin interrumpir la tarea de los padres.
5. **Establezca un sistema de recompensas con fichas en casa:** Para que el niño/a se motive a hacer las tareas que le corresponden, obedezca y cumpla las órdenes. Esta técnica se les enseña a los progenitores y se debe de poner en práctica en coordinación con el colegio.
6. **Aprenda a castigar el mal comportamiento de forma constructiva:** Una vez que se ha confeccionado el programa de fichas durante 1 o 2 semanas, se les indica a los padres y madres cómo sancionar el mal comportamiento (Por ejemplo, “Si no recoges los juguetes antes de que cuente cinco, te quitaré 2 fichas”). Por otra parte, se puede hacer uso de la técnica del tiempo-fuera, que consiste en castigar al niño/a cuando comete una conducta grave llevándolo a un sitio tranquilo y aislado donde pasará un tiempo sin recibir recompensas.
7. **Amplíe el uso del tiempo fuera:** se les propone a los progenitores que sigan utilizando la técnica de tiempo fuera y además, se les recomienda

que cuando vean que las conductas desadaptativas de su hijo/a disminuyen, generalicen la técnica a otras conductas no deseadas.

- 8 Aprenda a controlar a su hijo/a en lugares públicos:** En el anexo 2, se presenta un ejemplo expuesto en el trabajo de Bonet et al., (s.f.), con preguntas clave para las autoinstrucciones necesarias para llegar a reducir el mal comportamiento del niño/a fuera de casa.

Barkley pretende que las expectativas de los padres y madres sean realistas y que comprueben que cambiando su forma de relacionarse con su hijo/a, irán apareciendo avances. Por lo tanto, desde el principio, se debe explicar a los progenitores que los 4 primeros pasos deben ser llevados a cabo por ellos mismos y que a partir del quinto, el cambio se dará también en el niño/a. Se debe destacar que este programa se desarrolló para que los padres y madres lo pusieran en marcha por ellos mismos, pero la experiencia indica que bajo la supervisión de un profesional que adapte el programa a las múltiples dificultades que vayan surgiendo, el éxito será mayor (Bonet et al., s.f.).

En el estudio desarrollado por Bonet y colaboradores, se cuantificaron los datos obtenidos en el estudio de un caso clínico con un diagnóstico de TDAH tras la aplicación del programa de Barkley durante un periodo de 21 semanas. Las primeras 4 semanas se aplicó el **paso 1** y se observó como el niño emitía entre 4 y 8 señales de aprobación cada día que sus padres intentaban integrarse en su tiempo de juego. A partir de la 5ª semana, se empezó a aplicar el **paso 2 y 3**, hasta llegar a la 8ª semana, obteniendo un porcentaje de obediencia por órdenes dadas de hasta el 84%. Durante el ecuador del tratamiento (de la 9ª a la 15ª semana), se cuantificaron las veces que el niño/a no interrumpía cada vez que sus padres se lo pedían, siendo el porcentaje más bajo de “no interrupciones” un 50% y el más alto un 100%, por lo que fue posible observar resultados satisfactorios. Sin embargo, de los pasos 5,6 y 7 no se han encontrado datos cuantificables y finalmente, al estudiar el control en los lugares públicos (**paso 8**), que se trabajó durante las últimas dos semanas, se cuantificó un control de entre un 71% y un 80% (Bonet et al., s.f.). Por otra parte, en un estudio realizado por Soltanifar (2014), formado por 36 niños y niñas diagnosticados de TDAH con edades comprendidas entre 6 y 12 años, se examinó la efectividad del programa de formación para padres de Barkley combinándolo con el entrenamiento de

la memoria de trabajo. Se reveló que el tratamiento formado por estas dos intervenciones suprimió los síntomas clínicos del TDAH significativamente y el malestar presentado por los progenitores.

3.2 Programa Los años increíbles, Webster-Stratton (1982).

Siguiendo la Guía de Práctica Clínica sobre las intervenciones en el TDAH publicada en 2010, el programa de Los años increíbles se encuentra recogido en el apartado de las intervenciones dirigidas a padres y madres (*Behavioral Parent Training*), donde además, aparecen los objetivos y estrategias del programa.

El presente programa está integrado por tres programas basados en padres y madres, sus respectivos hijos/as y el profesorado. El programa sigue una teoría cognitiva del aprendizaje, dándole gran importancia a la familia y a los procesos de socialización en la escuela. Se parte de la base de que el refuerzo negativo mantiene los comportamientos negativos de los niños/as y que tanto las familias como el profesorado pueden modificar su comportamiento con el objetivo de mejorar la interacción con el menor (Webster et al., 2012).

La edad de los niños/as destinatarios de este programa será de 0 a 12 años. En cuanto a las sesiones, hay destinadas de 12 a 20 sesiones de dos horas para los progenitores y de 18 a 22 sesiones de dos horas para los niños/as.

La formación de familias de este programa está comprendida por tres programas (Webster et al., 2012):

➤ Programa BÁSICO de entrenamiento para padres y madres:

Se encuentra dividido en 4 programas BÁSICOS que concuerdan con la edad del niño/a: bebé (0-1 año), niño pequeño (1-3 años), preescolar (3-6 años) y edad escolar (6-13 años). Los dos primeros normalmente se llevan a cabo en 12 sesiones semanales de dos horas y el resto en 18-20 sesiones semanales. Una característica fundamental del programa es que debe ser dirigido por un

terapeuta y que además, cuenta con viñetas de vídeo donde se van modelando diversas habilidades de crianza (cada viñeta dura 1-3 minutos, siendo un total de 300 viñetas). Los vídeos se presentan a grupos de entre 8 y 12 padres y madres con el objetivo de enseñarles principios de aprendizaje social, de desarrollo infantil y comprender el temperamento de sus hijos/as. Al comienzo del tratamiento, lo primordial es mejorar las relaciones positivas entre los progenitores y sus hijos/as, enseñando a los padres y madres juegos interactivos dirigidos por el niño/a, apoyo académico, entrenamiento de tipo emocional y social y programas incentivos. El siguiente paso es saber imponer rutinas y reglas en casa, aprender técnicas de disciplina no violentas y técnicas para enseñar al niño a calmarse. Finalmente, se les enseña a los padres y madres cómo entrenar a sus hijos/as en el uso de las habilidades de resolución de problemas.

➤ **Programa AVANZADO de entrenamiento a Padres y madres:**

Existen diversos estudios que demuestran que gran variedad de factores de riesgo personales e interpersonales de los progenitores afectan a los comportamientos de crianza y provocan interacciones coercitivas entre los hijos/as y los progenitores. Algunos de estos factores son: factores de estrés ambientales, depresión por parte del padre o la madre, problemas conyugales, etc. Ante esta evidencia, en 1989 se desarrolló el programa de tratamiento AVANZADO, el cual fue actualizado en 2008.

El programa AVANZADO cuenta con un contenido en vídeo de más de 90 viñetas que se ofrece en unas 10/12 sesiones tras completar el programa BÁSICO. Incluye cinco componentes:

1. **Autocontrol personal:** Se les enseña a los progenitores técnicas de control de la ira y por otra parte, se les forma para aprender a cambiar los pensamientos depresivos y culposos por otros más adaptativos.
2. **Habilidades de comunicación:** Los padres y madres aprenden a detectar los obstáculos en la comunicación y a

manejar conflictos mediante distintas habilidades de comunicación.

3. **Resolución de problemas para adultos:** Se enseña a los progenitores estrategias para afrontar conflictos de pareja, laborales y con profesores.
4. **Enseñar a los niños a resolver sus problemas:** Los padres y madres se forman en la resolución de problemas con sus hijos/as y aprenden a dirigir reuniones en familia.
5. **Fortalecer el apoyo social y el autocuidado:** Se aprende a solicitar ayuda de especialistas cuando esta sea necesaria y a colaborar con los demás.

➤ **Programa de Entrenamiento ESCOLAR de padres y madres:**

En 1990 los autores crearon un vídeo interactivo para entrenar a los progenitores en habilidades académicas. Este programa se desarrolla en 4/6 sesiones basadas en la colaboración entre los padres y madres, el maestro y el éxito escolar del niño/a mediante la implicación de los progenitores en las tareas del colegio. Estas sesiones son complementarias del programa BÁSICO e incluyen diversos componentes:

1. **Promover la autoconfianza del niño/a:** Los padres y madres les enseñan a sus hijos/as a confiar en sus ideas y en sus capacidades de aprendizaje, formando así los cimientos para triunfar en el contexto escolar.
2. **Promover la preparación de los niños/as para la escuela y el éxito académico:** Los progenitores crean una rutina de tareas en el hogar y aprenden métodos para desempeñarlas.
3. **Manejar la falta de motivación y las dificultades de aprendizaje:** Los progenitores le proponen a sus hijos/as objetivos realistas, les ayudan a superar tareas difíciles y utilizan recompensas para reforzar el desarrollo del aprendizaje en el hogar
4. **Aprender a utilizar las reuniones entre docentes y**

progenitores para abogar por los niños: Los padres y madres aprenden a colaborar con los profesores para solucionar dificultades escolares, como por ejemplo la impulsividad o la desobediencia.

En el estudio realizado por Trillingsgaard et al., (2014) sobre la efectividad del presente programa dirigido a 36 familias con hijos diagnosticados de TDAH, se demostró que el programa de los años increíbles es una intervención eficaz para las familias con hijos/as diagnosticados de TDAH ya que se produjeron reducciones significativas de los síntomas del TDAH y del comportamiento perturbador de los niños y niñas, así como una mejora de las habilidades de regulación social y emocional de estos. Por otra parte, los progenitores empezaron a utilizar un mayor número de elogios y se redujo su negatividad. Además, a los seis meses, se realizó un seguimiento y se vio como todos estos logros se mantuvieron en el tiempo o incluso se mejoraron.

De igual forma, en un estudio realizado con posterioridad con un total de 387 padres e hijos de 4 a 8 años con TDAH, se encontraron resultados parecidos a los del estudio anterior, ya que se demostró cómo se produjo un aumento del estilo parental positivo y una disminución de la crianza parental negativa. De la misma manera, se produjo una disminución de los síntomas del TDAH en los niños y niñas. A los 4 meses se realizó un seguimiento y se vio que los resultados encontrados en el estudio seguían presentes (Weeland et al., 2018).

3.3 Programa Triple P: *Positive Parenting Programme* (ppp), (Sanders, 1999).

Siguiendo el estudio sobre la eficacia de las intervenciones con niños/as y adolescentes con TDAH realizado por Jarque, (2012), se puede comprobar como el presente programa aparece dentro de los programas dirigidos a los progenitores e implementados con éxito. Los objetivos del presente programa son dos: controlar la mala conducta del niño/a y llevar a cabo planificaciones familiares de apoyo conductual. Se trata de un programa que se lleva a cabo mediante una metodología que incluye desempeño de roles, modelado y retroalimentación.

Siegenthaler et al., (2013), señalan que el programa se desarrolla a lo largo de 10 sesiones de una hora impartidas por un profesional. En la primera de las sesiones se tratan las causas de los problemas conductuales durante la infancia. En cambio, las sesiones 2 y 3 del programa se centran en 17 estrategias destinadas al manejo del niño/a: 10 están destinadas al desarrollo del niño/a , tales como la atención o la alabanza, y las 7 sesiones restantes se centran en el establecimiento de límites afectivos, como puede ser el establecimiento de normas. Las sesiones 4, 5 y 6 son sesiones que se llevan a cabo en el hogar, de esta forma, el experto podrá observar la interacción entre los progenitores y su hijo/a mientras llevan a la práctica las habilidades aprendidas en sesiones anteriores. Por último, en las sesiones 7,8, 9 y 10 se llevan a cabo estrategias de generalización y mantenimiento mediante la realización de actividades fuera de casa.

En cuanto a las posibles mejoras de programa, es conveniente indicar que existe una versión mejorada que contiene dos sesiones que tratan la comunicación en pareja (estrategias para mejorar la relación y trabajo en equipo) y habilidades de afrontamiento (para ayudar a los padres y madres con dificultades personales tales como la depresión o el estrés que interfieren sus habilidades parentales) (Siegenthaler et al., 2013).

En un estudio realizado por Abedi et al., (2012), se quiso demostrar la efectividad de este programa estudiando la relación padre-hijo en niños con TDAH de 4 a 10 años de edad. Los participantes fueron 25 madres con hijos/as con TDAH y tras asistir a todas las sesiones se vio como la implementación del programa produjo una reducción del conflicto y un aumento de la cercanía entre madre e hijo y unas relaciones más satisfactorias.

Con posterioridad, se han seguido realizando investigaciones sobre la efectividad del programa. Uno de ellos es el de Yusuf et al., (2018), que consistió en un estudio controlado aleatorio integrado por 48 sujetos con edades comprendidas entre 7 y 12 años con un diagnóstico de TDAH y en compañía de sus padres. Al concluir el estudio, se comprobó como los progenitores a los cuales se les había implementado el programa Triple P habían sufrido un descenso en los niveles de crianza autoritaria, hostilidad y rechazo. Por otra parte, se observó un aumento

estadísticamente significativo en las puntuaciones del estilo democrático de crianza y en la resolución de problemas.

3.4 Programa *New Forest Parenting Program* (NFPP).

Respecto a los autores del programa, se trata de un equipo de enfermeras: Cathy Laver- Bradbury y Margaret Thompson, además de Emud Sonuga-Barke y David Daley, todos ellos vinculados a las universidades de Southampton y Bangor.

En cuanto al presente programa, se encuentra recogido en la Guía de Práctica Clínica sobre las intervenciones en el TDAH publicada en 2010, formando parte del apartado de intervenciones dirigidas a padres y madres (Behavioral Parent Training). Es considerado como un tratamiento no farmacológico eficaz para tratar con el ambiente familiar del niño/a con TDAH (Cruz, 2015).

Siguiendo a Cruz, (2015) el programa persigue los siguientes objetivos:

- a. Conocimiento del TDAH por parte de los progenitores y aumento de la organización y la positividad por parte de los mismos, mejorando así, el estilo parental.
- b. Ayudar a los padres y madres a mejorar la comunicación mediante la habilidad para escuchar y siendo firmes y consistentes.
- c. Fomentar el aprendizaje parental sobre los principios básicos de conducta y estrategias de prevención, para manejar de forma más eficiente el mal comportamiento.
- d. Mejorar el autocontrol mediante el juego conjunto, la autorregulación del niño/a y el desarrollo de habilidades.

El programa New Forest se lleva a cabo durante un período de 8 semanas y va destinado a padres y madres con hijos/as con síntomas de TDAH y con una edad comprendida entre los 3 y los 11 años. La persona encargada de llevar a cabo la dirección del programa suele estar formada en psicología y acude al domicilio familiar para desarrollar una intervención donde los progenitores interiorizan gran

variedad de estrategias para la mejora del comportamiento de sus hijos/as (Cruz, 2015).

Las 8 sesiones siguen la siguiente estructura (Cruz, 2015):

- Primera semana: Se inicia con una definición del TDAH y se empiezan a introducir estrategias básicas tales como la atención al niño/a o el contacto ocular.
- Segunda semana: Se realiza una revisión del diario de la semana anterior con el objetivo de analizar el comportamiento del niño/a. Posteriormente, se procede a enseñar a los padres y madres ciertos hábitos para establecer límites y evitar enfrentamientos.
- Tercera semana (Progenitores e hijos/as): Aprendizaje de cómo manejar rabietas estableciendo métodos de distracción y establecimiento de límites.
- Cuarta semana (Progenitores e hijos/as): Uso eficaz de la técnica del “Tiempo fuera”, la cual se ha explicado con anterioridad.
- Quinta semana: Se realiza una valoración para comprobar la eficacia de las estrategias impartidas hasta el momento.
- Sexta y séptima semana (Progenitores e hijos/as): Se evalúa la calidad de la interacción mediante observaciones de 15 minutos.
- Octava semana: Se realiza un esquema de la información relevante del programa para hacer frente a ciertas dificultades que puedan resultar complicadas.

Lange et al, (2016), realizaron un estudio formado por 140 niños y niñas de entre 3 y 7 años con diagnóstico clínico de TDAH. Tras una evaluación psicológica y psicosocial completa del niño/a y de su entorno, los autores comprobaron como el programa NFPP era eficaz a la hora de mejorar las habilidades parentales y disminuir el estrés familiar. Además, se demostró la efectividad del programa para aliviar los síntomas asociados al TDAH que manifestaban los niños/as.

La revista de la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente publicó en 2018 un estudio en el que participaron 164 niños y niñas con TDAH de entre tres y siete años y sus respectivos padres. En este estudio, los

investigadores analizaron la eficacia del programa NFPP en comparación con otros grupos a los que no se le aplicó el programa. Al final del estudio, se demostró como los síntomas de los niños y niñas descendieron significativamente después de la intervención con el programa. De igual forma, los padres obtuvieron resultados positivos, ya que mostraron un nivel más alto de autoestima y un descenso de la tensión familiar.

3.5 Programa COPE (*Community Parent Education Program*), (Cunningham et al., 1995).

El programa COPE es otro de los programas que se encuentra reflejado en la Guía de Práctica Clínica sobre las intervenciones en el TDAH publicada en 2010, formando parte del apartado de intervenciones dirigidas a padres y madres (Behavioral Parent Training).

Siguiendo a otros programas para progenitores (Barkley,1997; Forehand y McMahon, 1981 y Webster-Stratton, 2005), las estrategias que se imparten en el programa COPE se basan en modelos de aprendizaje social, se utilizan juegos de rol de modelos, establecimiento de metas y estrategias de tareas autocontroladas para el aprendizaje de nuevas habilidades. Además, el presente programa ha sido muy influenciado por la psicología social-cognitiva. (Cunningham, 2006; citado en Thorell, 2009; p.375).

La principal diferencia entre el programa COPE y otros programas dirigidos para padres y madres es que dicho programa es un programa comunitario no didáctico para grupos grandes. El programa no se suele llevar a cabo en clínicas, sino que se imparte en escuelas o centros comunitarios con el objetivo de desarrollarlo dentro de la comunidad (Thorell, 2009).

Como se ha comentado anteriormente, COPE está basado en la comunidad y es dirigido a grupos numerosos compuestos por grupos de 25/30 padres, con los cuales se reúnen una o dos personas capacitadas para llevar a cabo sesiones semanales de 2 horas durante un período de 10 semanas.

Además, para fomentar la participación de los padres y madres las agrupaciones se suelen dividir en subgrupos (Scandar et al., 2017).

Cada reunión semanal está estructurada de la siguiente manera:

- Actividades sociales informales.
- Revisión de la tarea en subgrupos.
- Discusiones de grupos grandes sobre proyectos de tarea.
- Cada uno de los subgrupos proponen soluciones para determinadas problemáticas, las cuáles son grabadas en vídeo.
- Discusiones en grupos grandes sobre las soluciones propuestas.
- Solución del grupo de modelos de líder.
- Lluvia de ideas por subgrupos.
- Ensayo de estrategias.
- Planificación de tareas.
- El líder resume y cierra la sesión.

En cada sesión se lleva a cabo una estrategia nueva. En este programa destacan estrategias como la de prestar atención al comportamiento positivo, equilibrio del tiempo, atención entre hermanos, aprender a ignorar las interrupciones menores, gestión de las transiciones, planificación anticipada y sistemas de recompensa. Por otra parte, a los padres y a las madres se les enseña el enfoque general de los problemas de problemas de manejo del niño/a (Thorell, 2009).

COPE utiliza videos con viñetas, dónde se presenta de manera exagerada errores típicos de los padres y madres, los cuales son debatidos con posterioridad en los subgrupos con el objetivo de construir estrategias alternativas que son modeladas previamente por el coordinador profesional. Finalmente, el grupo pone en marcha estas estrategias utilizando juegos de rol para que en un momento dado se puedan transferir al ambiente familiar (Scandar et al., 2017).

En un estudio realizado por Thorell, (2009), en el que participaron un total de 38 familias las cuales tenían un hijo/a con TDAH, se demostró que hubo cambios significativos respecto a la conducta externalizante de los niños/as ya que se produjo una disminución de las conductas problemáticas al utilizar el programa COPE. Además,

los padres afirmaron que sentían que tenían un mayor control sobre sus hijos/as y que se sentían menos estresados a diario. Se demostró como el control percibido por parte de los padres estaba estrechamente relacionado con la conducta del niño/a, ya que a mayor cambio en los progenitores menores eran las conductas disruptivas en los menores. Con el paso de los años, se han ido realizando más estudios, uno de ellos es el de Hans et al., (2017). Este estudio quería comprobar que efectos tenía el programa COPE sobre el estrés general de los progenitores, para ello, se utilizó un diseño cuasiexperimental con un total de 83 padres y madres de hijos diagnosticados de TDAH con edades comprendidas entre 1- 10 años. Los datos finalmente indicaron que tras pasar el programa a los progenitores se redujo el estrés en los padres y mejoraron sus habilidades de planificación para afrontar los contratiempos debidos al trastorno de sus hijos/as.

4. Conclusión.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuente en la niñez. Normalmente, el diagnóstico tiene comienzo en la niñez y con frecuencia dura hasta la edad adulta. Los niños y niñas con TDAH tienen problemas para prestar atención, controlar conductas impulsivas y además, son demasiado activos. Es frecuente pensar que en la población infantil sea normal tener dificultades para concentrarse o comportarse bien en ciertas situaciones y que con la edad estos problemas irán desapareciendo. Sin embargo, en los casos de TDAH estas conductas no se van dejando atrás y los síntomas continúan y pueden provocar dificultades en la escuela y en el hogar.

Respecto a las causas, se conoce que es un trastorno multicausal en el que confluyen factores genéticos y ambientales, por lo que se van alternado tratamientos psicológicos y farmacológicos según el caso en concreto. En el tratamiento no sólo se debe trabajar con el niño/a sino que se debe trabajar conjuntamente con la escuela y con los progenitores para conseguir el mayor número de avances posibles.

Es primordial el papel de los progenitores en el proceso terapéutico de sus hijos/as, puesto que ellos influyen directamente en la vida de los menores y son los

encargados de detectar a tiempo la sintomatología de la psicopatología. De aquí proviene la gran importancia de los programas de entrenamiento a padres (PEP), ya que se ha visto que la participación de los progenitores en los programas terapéuticos es una gran oportunidad para ellos, tanto para mejorar la relación con sus hijos/as como para aliviar la sintomatología propia de los menores. Para conseguir resultados positivos se requiere que los progenitores se impliquen de forma activa en el programa y que se ponga en práctica lo aprendido en el hogar para poder ir modificando los objetivos y actividades del programa si fuera necesario. Tampoco se debe olvidar la importancia de la intervención paralela con los niños y niñas, ya que aunque sean programas dirigidos a los progenitores, si ellos no avanzan junto a sus padres esto puede causar cierta frustración y desmotivación a los familiares.

Los estudios que existen sobre la efectividad de los PEP, cuentan con resultados por lo general positivos. Aunque las muestras de algunos de los estudios son reducidas, es cierto que todos los resultados son positivos, ya que aumenta la motivación de los padres y madres, se produce una reducción del estrés parental, mejoran las relaciones filioparentales y lo más importante, se produce una mejoría en la sintomatología del TDAH, lo que provoca motivación en los progenitores y en los propios menores. Por lo que los PEP se deben considerar un tratamiento de primera elección en el ámbito familiar, pero siempre teniendo en cuenta que la elección de un programa u otro depende de la situación y características de cada familia.

5. Referencias bibliográficas.

Abedi, S., Pourmohamadreza, M., Mohamadkhani, P. y Farzi, M. (2012). Effectiveness of Group Training Positive Parenting Program (Triple-P) on Parent-Child Relationship in Children with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorders. *Journal of clinical psychology*, 4(15) 63-73.

<http://dx.doi.org/10.22075/JCP.20172098>

Aiglé, F., Scandar, A., Bunge, M. y E. (2017). Psychosocial and nonpharmacological treatments for attention déficit and hyperactivity disorder in children and adolescents. *Revista Argentina De Clinica Psicologica*, 26(2) 210-219.

<http://dx.doi.org/10.24205/03276716.2017.1019>

Allegri, G. (1998). Test de cancelación de letras.

Alonso, J. (2015). Mejorar la atención y la impulsividad en alumnado con TDAH [Trabajo fin de grado, Universidad de Valladolid].

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/10644/TFG-G%201073.pdf?sequence=1>

Beck. (1978). Cuestionario de Depresión Infantil (CDI).

Bonet, T., García, L. y Infante, B. (Sin fecha). Programas de intervención para padres de niños con TDAH. Programa de los 8 pasos de Barkley.

<https://docplayer.es/20092172-Programas-de-intervencion-para-padres-de-ninos-con-tdah-programa-de-los-8-pasos-de-barkley.html>

Catalá, F., Hutton, B., Núñez-Beltrán A, Page, M.J., Ridao, M., Macías-Saint-Gerons, D., Catalá, M.A., Tabarés-Seisdeos, R., y Moher, D. (2017). The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. National Center for Biotechnology Information. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0180355>

- Conners, K. (1969). Escala Conners.
- Conners, K. (1994). Test de Ejecución Continua (CPT)
- Cruz, J. (2018). Tratamiento educativo del TDAH, El programa para padres New Forest
- Cuetos, F., Rodríguez, B., Ruano, E. y Arribas, D. (1996). Batería de evaluación de los procesos lectores (PROLEC).
- De Alba, E., Castro, T., Corona, S., González, H. y Valadez, M. (2021). Comparación de la calidad de vida en niños con trastorno por déficit de la atención e hiperactividad y niños con altas capacidades ante el confinamiento por Covid-19. *Revista Talento, inteligencia y creatividad*. 7 (14).
http://www.talincrea.cucs.udg.mx/sites/default/files/adjuntos/07_14/08_comparacion.pdf
- Delgado Mejía, A., Darío, I., Rubiales, J., Etchepareborda, J., Etchepareborda, M.C., Bakker, L. y Zuluaga, J.B. (2012). Intervención multimodal del TDAH: El papel coterapéutico de la familia. *Revista argentina de clínica psicológica*, 21(1) 45-51. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281925884005.pdf>
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5; APA, (2014)
- Escalona, J. y Mancera, M. (2020). Cognición social en adultos jóvenes con sintomatología del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) de la ciudad de Barranquilla, Colombia [Tesis doctoral, Universidad de la Costa]. <https://hdl.handle.net/11323/7126>
- Esperón, C. y Suárez, A. (2007). Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH. https://books.google.es/books/about/Manual_de_diagn%C3%B3stico_y_tratamiento_del.html?id=5mcc0E_r6DkC&printsec=frontcover&source=kp_read_button&hl=es&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Espinosa, L. (2017). Programa para padres con hijos con trastorno por déficit de atención. [Trabajo fin de grado, Universitas Miguel Hernández].
<http://dspace.umh.es/bitstream/11000/6160/1/Programa%20para%20padres%20con%20hijos%20con%20trastorno%20d%C3%A9ficit>

Ezpeleta, L., Osa, N., Júdez, J., Doménech, J.M., Navarro, J.B. y Losilla, J.M. (1997). Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes.

Felt, B. T. y Biermann, B. (2014). Diagnosis and management of ADHD in children. *American Family Physician*, 90 (7) 456-464
https://www.researchgate.net/publication/267813820_Diagnosis_and_Management_of_ADHD_in_Children

Ferrer Urbina, R., Chávez Ossio, K. A., Gallardo Fernández, C. A., Loredó Zúñiga, G. A. y Meneses Neira, K. A. (2017). Apreciación diagnóstica de profesores del Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) en escolares de enseñanza básica pertenecientes a establecimientos municipalizados de la ciudad de Arica. *Salud Y Sociedad*, 8(1), 52-65.
<https://doi.org/10.22199/S07187475.2017.0001.00004>

Figueroa-Duarte, A. S. y Campbell-Araujo, O. A. (2014). Determinantes Sociales de la Salud; su Relevancia en el Abordaje de los Problemas de Salud Mental Infantil. El Caso del TDAH. *Bolentin clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 31(2)66-77
<https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2014/bis142b.pdf>

Frutos de Miguel, J. (2019). Multidimensional evaluation of the general and specific factors of ADHD in children population with the bifactor-ESEM. *Revista Argentina De Clínica Psicológica*, 28(5), 967-980.
<http://dx.doi.org/10.24205/03276716.2019.1159>

Gadow, K y Sprafkin, J. (1995). Cuestionario de Stonny Brook para padres.

Gillis, J. (1980). Child Anxiety Scale (CAS).

González, O. (2017). Psicoterapia infantil: elementos distintivos y propuesta de intervención. *Asociación mexicana de alternativas en psicología*.
<https://www.alternativas.me/attachments/article/145/04%20%20Psicoterapia%20infantil.pdf>

Golden, J. (1999). Test de Stroop.

Gordóvil, A. y Thorsten, F. (2014). Un enfoque integrador en el tratamiento del TDAH infantil y juvenil. *Revista de psicoterapia*, 23(91) 125-147.
http://www.pediatrafaust.com/blog/wpcontent/uploads/2014/10/Art%C3%A1culo_fin_al.pdf

Grupo de trabajo de la Guía Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2017, Guías de Práctica Clínica en el SNS.

Lofgren, H., Petersen, S., Nilsson, K., Padyab, M., Ghazinour, M. y Hagglof, B. (2017). Effects of Parent Training Programs on Parental Stress in a General Swedish Population Sample. *Psychology*, 8(5).
<https://www.scirp.org/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2003491>

Hidalgo, M. I., Presentación, V., Rodríguez Hernández, P., Sánchez, L., Casas, J., Ruiz, P., Quintero, J., Castaño De La Mota, C., Criado Gutiérrez, I., Soutullo, C., y Álvarez Gómez, M. J. (2014). Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria. *Pediatría Integral* 28 (9) 59-699.
<https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/01/Pediatr%C3%ADa-Integral-XVIII-9.pdf>

Hire, A. (2017). ADHD incidence, treatment and associated comorbidity in children and adolescents: an epidemiological study using electronic healthcare records. [Thesis, University Manchester].
https://www.research.manchester.ac.uk/portal/files/54591001/FULL_TEXT.PDF

Individual training of parents is best for small children with ADHD. (2018). *Revista de la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente*.
<http://dx.doi.org/10.2196/resport.5319>

- Jarque, S. (2012). Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Revista Redalyc*, 42(1) 19-33. <https://www.redalyc.org/pdf/970/97024524002.pdf>
- Lange, A.M., Daley, A., Frydenberg, M., Rask, C., Sonuga, E. y Thomsen, Per. (2016). The Effectiveness of Parent Training as a Treatment for Preschool Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Study Protocol for a Randomized Controlled, Multicenter Trial of the New Forest Parenting Program in Everyday Clinical Practice. *Advancing Digital Health y Open Science*, 5 (2) . <http://dx.doi.org/10.2196/resport.5319>
- López, J. A., Rodríguez Molinero, L., Sacristán, A. M., Garrido Redondo, M. y Martínez Rivera, T. (2006). El psicólogo clínico y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: vinculación con el pediatra. *Revista Pediatría de Atención Temprana*, 8(4), 157-173. <https://pap.es/files/1116-597-pdf/622.pdf>
- López, F. (2016). Factores de riesgo psicosociales del del TDAH [Tesis doctoral, Universitat Rovira Virgili]._ <http://www.tdx.cat/handle/10803/399531#page=2>
- Llanos Lizcano, L. J., García Ruiz, D. J., González Torres, H. J. y Puentes Roza, P. (2019). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. *Revistapediátrica de atención temprana*, 21(83) 101-107. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300004
- Mateo, V.F. (2006). Recursos para el diagnóstico psicopedagógico del TDAH y comorbilidades. *Eletronic Journal of Research in Educational Psychology*, 4(3) 623- 642. <https://www.redalyc.org/pdf/2931/293121929009.pdf>
- Morelli, V. (2015). Perfil neurocognitivo de niños con TDAH en edad escolar. Una perspectiva desde la neuropsicología como aporte para mejorar la capacidad de aprendizaje y el rendimiento académico. [Tesis doctoral, Universidad del

Salvador].

<https://racimo.usal.edu.ar/4289/1/P%c3%a1ginas%20desde500024425-Perfil%20neurocognitivo%20de%20ni%c3%b1os%20con%20TDAH%20en%20edad%20escolar.pdf>

Pascual-Castroviejo, I. (2015). Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de NeurologíaPediátrica.Protocolos de Neurología*, 12, 140-150.
<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20-tdah.pdf>

Pérez, M. A., Molina, D y Gómez, M. (2016). La intervención neuropsicológica en el tratamiento interdisciplinar para el TDAH. *Colegio mexicano de neuropsicología*, 1(2) 15-29.
https://www.researchgate.net/publication/311574474_La_Intervencion_Neuropsicologica_en_el_Tratamiento_Interdisciplinar_para_el_TDAH/link/584e237308aecb6bd8c9bdf5/download

Pliszka, S. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and adolescent Psychiatry*, 46(7) 894-921.
<https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318054e724>

Puentes Roza, P., Jiménez Figueroa, G., Pineda Alhucema, W., Pimienta Montoya, D., Acosta López, J., Cervantes Henríquez, M. L., Núñez Barragán, M., y Sánchez Rojas, M. (2014). Déficit en Habilidades Sociales en Niños con Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad, Evaluados con la Escala BASC. *Revista Colombiana De Psicología*, 23(1), 95-106.
<http://dx.doi.org/10.15446/rcp.v23n1.34332>

Reynolds, R. y Kamphaus, C. (1992). *Behavioral Assessment System for Chidren. (Escala BASC)*

Rusca, F. y Cortez, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista Neuropsiquiátrica*, 83(3) 148- 156 <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794>

- Fundació Sant Joan de Déu. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. http://www.agapap.org/druagapap/system/files/GPC.TDAH_.pdf
- Santos, J. L. y Bausela, E. (2007), Propuesta psicoeducativa de evaluación y tratamiento en niños/as con TDAH. *Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente*, 7(1) 110-124
https://www.fundacioncadah.org/j289eghfd7511986_uploads/20120607_prgYtEbIyOs3KrcvEpmY_0.pdf
- Scandar, M. y Bunge, E. (2017). Psychosocial and non-pharmacological treatments for attention deficit and hyperactivity disorder in children and adolescents. *Revista Argentina De Clinica Psicologica*, 26(2) 210-219.
<https://doi.org/10.24205/03276716.2017.1019>
- Siegenthaler, R., Presentación, M. J., Colomer, C. y Miranda, A.M. (2013). Análisis de factores moduladores de la intervención psicosocial en preescolares con trastorno por déficit de atención/ hiperactividad. *Revista Neurol*, 56(1) 585-592. <https://pavlov.psyciencia.com/2013/05/analisis-moduladores-en-TDAH.pdf>
- Soltanifar, A. (2014). Barkley's parent program, working memory training and their combination for children with ADHD: Attention deficit hyperactivity disorder. *Iranian J Psychiatry*, 2(2) 47-54.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4300465/pdf/IJPS-9-47.pdf>
- Soutillo, C. y Álvarez, M. J (2014). Tratamiento farmacológico del TDAH basado en la evidencia. *Revista de pediatria integral*, 18(9) 634-642
https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii09/05/n9-634-642_Cesar%20Soutullo.pdf
- Thorell, L. B. (2009). The Community Parent Education Program (COPE): Treatment Effects in a Clinical and a Community-based Sample. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(3) 373-87.
<https://doi.org/10.1177%2F1359104509104047>

Thurstone, L. y Yela, M. (1985). Test de caras.

Toro, J. y Cervera M. (1984). Test de Análisis de Lectoescritura (TALE).

Trillingsgaard, T., Trillingsgaard, A. y Webster-Stratton, C. (2014). Assessing the effectiveness of the “Incredible Years parent training” to parents of Young children with ADHD symptoms – a preliminary report. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55 538-545.
<https://doi.org/10.1111/sjop.12155>

Webster, C., Gaspar, M.F. y Seabra-Santos, M.J. (2012). La Versión de Padres, Profesores y Niños del Incredible Years: Adaptación a Portugal de Programas de Intervención Temprana para la Prevención de Problemas de Conducta y para la Promoción de la Competencia Social y Emocional. *Psychosocial Intervention*, 21, 157-169. <http://dx.doi.org/10.5093/in2012a15>

Wechsler, D. (1974). Escala de inteligencia WISC-R.

Weedland, J., Chhangur, R., Giessen, D., Matthys, W., Castro, B. y Overbeek, G. (2018). Intervention Effectiveness of The Incredible Years: New Insights Into Sociodemographic and Intervention-Based Moderators. *Behavior therapy*, 49(2) 1-18. <https://pdf.sciencedirectassets.com/273505/1-s2.0-S0005789416X00068/1-s2.0-S0005789416300521/main.pdf?X-Amz-Security-Token=I>

Yusuf, O., Gnka, O. y Pekcanlar, A. (2018). The effects of the triple P-positive parenting programme on parenting, family functioning and symptoms of attention- deficit/hyperactivity disorder. A randomized controlled trial. *Psychiatry and clinical psychopharmacology*, 29(4) 665-673.
<https://doi.org/10.1080/24750573.2018.1542189>

6. Anexos.

Anexo1: Tabla 1

Comorbilidad del TDAH

Comorbilidad	Trastorno
Muy frecuente (Más del 50%)	-Trastorno negativista desafiante
	-Trastorno de la conducta
	-Trastorno del desarrollo de la coordinación
	-Trastornos específicos de aprendizaje
Frecuente (Hasta el 50%)	-Depresión mayor y enfermedad bipolar.
	-Trastorno de ansiedad
	-Trastorno de tics
Menos frecuente (20%)	-Trastorno del humor
	-Trastorno del espectro autista
Infrecuente	-Retraso mental

Anexo 2: Preguntas clave para las autoinstrucciones

1.- Vamos a ir a hacer la compra. **¿Qué puede pasar? ¿Cuál es el problema cuando voy a acompañar a la compra a mamá?**

- Qué moleste a otros.
- Qué corra por los pasillos.
- Qué me pierda

2.- **¿Qué podemos hacer? Vamos a pensar un plan**

- No puedo molestar a otros: Me traigo algo para entretenerme. Le leo a mamá lo que tenemos que comprar.
- No puedo correr por los pasillos: Conduzco el carro de la compra. Soy el Capitán del equipo y dirijo a mamá por indicándole por donde hay que ir.
- No puedo perderme: Yo cojo las cosas que hay que comprar. Me agarro al carro como si estuviera esposado.

3.- **¿Cómo va nuestro plan? ¿Funciona? ¿Lo estoy poniendo en práctica?**

- Bien: seguimos con él y nos reforzamos.
- Mal: utilizamos otra estrategia o tachamos un palito.

4.- **¿Cómo ha ido nuestro plan? ¿Cómo nos ha salido? ¿Cómo lo podría mejorar?**

- Bien: Nos reforzamos y nos damos un privilegio.
- Mal: Quitamos un privilegio y para la próxima elaboramos otro plan.