

UNIVERSIDAD DE BURGOS

PROGRAMA DE DOCTORADO EN EDUCACIÓN



UNIVERSIDAD DE BURGOS

TESIS DOCTORAL

**LA PERSONALIDAD EFICAZ EN ADOLESCENTES
DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE
ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)**

Doctorando:

Rafael Guerrero Tomás

Directoras de la Tesis:

Dra. Raquel de la Fuente Anuncibay

Dra. M^a Eugenia Martín Palacio

“Lo importante es que nuestros hijos quieran
venir a tomar con nosotros la paella los domingos”

José Ramón Gamo Rodríguez

Agradecimientos

Por todos es conocido el enorme esfuerzo y la gran cantidad de tiempo que conlleva embarcarse en una tesis doctoral. Desde hace bastantes años antes de comenzar la presente tesis sabía que versaría sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Pero dicha tesis no sólo es fruto del esfuerzo, tiempo y sacrificio del autor, sino que no podría haberse llevado a cabo sin la ayuda cercana, la motivación y la paciencia de muchas personas a las que quiero agradecer su tiempo, amabilidad y dedicación.

En primer lugar, quiero dar las gracias a mis dos directoras, Raquel de la Fuente y M^a Eugenia Martín Palacio, por la paciencia que han tenido conmigo, por la orientación y el apoyo en los momentos duros. Gracias por vuestro apoyo en mi trabajo y por confiar en mí. También quiero agradecer a Cristina Di Giusto de la Universidad de Burgos y a Carlos Hornillos de la Universidad Complutense su ayuda con la parte estadística y la interpretación de los datos.

Gracias a todos los adolescentes diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad que han participado en esta tesis doctoral y a sus familias por permitirme acceder a sus hijos.

Quiero agradecer al departamento de Psicología Evolutiva de la Facultad de Educación de la Universidad Complutense de Madrid, y, en especial, a mi director, José Antonio Bueno, por apoyarme en esta investigación.

Y al Programa de Doctorado de Educación de la Universidad de Burgos por su acogida, apoyo y disposición para que pudiera culminar este trabajo.

Por supuesto, gracias a mi mujer Patricia y a mi hijo Nacho por todo el tiempo que les he robado. A mis padres por su apoyo incondicional, a mi hermana Eva, al resto de familiares y amigos que han estado apoyándome y motivándome hasta el final.

Y para terminar, quiero dedicar la presente tesis doctoral a mi dos abuelas, Adela y Manuela, que a pesar de que haber estado presente en el comienzo de esta investigación, en el momento de su defensa, desgraciadamente, no van a estar presentes.

En memoria de mis abuelas, Adela y Manuela

Resumen

Objetivo: La mayoría de investigaciones realizadas sobre población diagnosticada de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se han centrado principalmente en el ámbito académico, conductual y en las funciones ejecutivas. Sin embargo, un porcentaje muy elevado de jóvenes con TDAH sufre y tiene grandes dificultades en los ámbitos emocional y social, debido a la implicación que tiene la manifestación de los síntomas de este trastorno (inatención, impulsividad, hiperactividad, etc). El principal objetivo de la presente investigación es estudiar el perfil de la población adolescente, cuyas edades oscilan entre los 12 y los 18 años diagnosticados de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), a partir del análisis de las cuatro dimensiones del constructo de Personalidad Eficaz. El análisis del perfil se realizó mediante el Cuestionario de Personalidad Eficaz CPE-Es/Ch (Dapelo, Marcone, Martín del Buey, Martín Palacio y Fernández, 2006). Dicho cuestionario tiene una fiabilidad de .85. Se estudia si existen diferencias en cuanto al género, edad y si reciben o no algún tipo de tratamiento psicológico o farmacológico. Además, se pretende estudiar si existen diferencias en la puntuación total del Cuestionario de Personalidad Eficaz, así como en las cuatro esferas de dicho constructo (Fortalezas del Yo, Demandas del Yo, Retos del Yo y Relaciones del Yo) entre los adolescentes diagnosticados de TDAH y el grupo control (adolescentes de entre 12 y 18 años sin el diagnóstico de TDAH).

Metodología: Se administró el Cuestionario de Personalidad Eficaz (Dapelo, Marcone, Martín del Buey, Martín Palacio y Fernández, 2006) a un total de 250 adolescentes diagnosticados de TDAH de entre 12 y 18 años a lo largo de todo el territorio nacional. La distribución por género fue de 189 (75,6%) varones y 61 (24,4%) mujeres. Se

Conclusiones: Este es el primer estudio que establece una tipología respecto a los factores de Personalidad Eficaz en la población adolescente de 12 a 18 años de edad diagnosticada de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Dado que los jóvenes con esta patología tienen grandes dificultades en el área social y emocional, el hecho de que lleguemos a la conclusión de que existen cuatro tipologías en la población adolescente con TDAH nos permite evaluar al joven de una manera más precisa y adecuar de una manera más ajustada la intervención que llevemos a cabo con él. Además, como se ha demostrado en la presente investigación, ni el tratamiento psicológico ni el farmacológico suponen mejorar las puntuaciones en el Cuestionario de Personalidad Eficaz, que tiene en cuenta factores relacionados con el ámbito social y emocional. Los adolescentes que no están diagnosticados de TDAH obtienen significativamente mejores puntuaciones generales en el Cuestionario de Personalidad Eficaz que los jóvenes diagnosticados de TDAH en la escala general, así como en Fortalezas, Demandas y Relaciones. Esto nos hace concluir que los programas existentes en la actualidad para trabajar el ámbito social y emocional del joven diagnosticado de TDAH no son efectivos para trabajar este tipo de variables.

Abstract

Objective: Most of the research carried out into the identified population with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) has been focused fundamentally on the academic and behavioural sphere, as well as the executive functions of the disorder. However, a high percentage of young people with ADHD have serious difficulties in the emotional and social spheres, due to the consequences of the symptoms of this disorder (inattention, impulsiveness, hyperactivity, etc). The main objective of the current investigation is to study the profile of the teenaged population, aged between 12 and 18 years old, diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), using an analysis of the four dimensions of Effective Personality Construction. The analysis of this profile was carried out using the Effective Personality Questionnaire CPE-Es/Ch (Dapelo, Marcone, Martín del Buey, Martín Palacio y Fernández, 2006). The said questionnaire has a reliability of .85. The questionnaire determines whether there are any differences with regard to age and gender, or when psychological or pharmacological treatment is received. In addition, it attempts to determine whether there are any differences in the total scoring on the Effective Personality Questionnaire, and similarly in the four spheres of this construct (strengths of the self, requests of the self, challenges of the self and relationships of the self), between teenagers diagnosed with ADHD and a control group (teenagers between 12 and 18 without ADHD).

Methods: The Effective Personality Questionnaire (Dapelo, Marcone, Martín del Buey, Martín Palacio y Fernández, 2006) was distributed to 250 Spanish teenagers, between the ages of 12 and 18 years old, who have been diagnosed with ADHD . The gender distribution was 189 (75,6%) males and 61 (24,4%) females. The results were compared with a control sample of 112 teenagers of the same age from a school in Asturias, Spain

be concluded that there are four typologies in the teenage population with ADHD allows said teenagers to be evaluated more precisely and intervention to be adapted. In addition, as demonstrated in the present investigation, neither psychological nor pharmacological treatment led to increased scores in the Effective Personality Questionnaire, which takes into consideration factors related to the social and emotional areas. Teenagers not diagnosed with ADHD obtained significantly better general scores in the Effective Personality Questionnaire than those diagnosed with ADHD in the global Questionnaire, and also in strengths, requests and relationships of the self. This leads us to conclude that current programs that work on the social and emotional sphere of the teenagers diagnosed with ADHD aren't effective.

Índice

0. Introducción	1
Parte I: MARCO TEÓRICO	6
1. La Personalidad Eficaz	7
1.1 Introducción	7
1.2 Concepto de Personalidad Eficaz	7
1.3 Dimensiones	9
1.4 Esferas del Yo	13
1.4.1 Fortalezas del Yo	13
1.4.2 Demandas del Yo	14
1.4.3 Retos del Yo	14
1.4.4 Relaciones del Yo	16
1.5 Instrumentos de evaluación	17
1.6 Resultados de investigaciones anteriores	22
2. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	25
2.1 Introducción	25
2.2 Historia y delimitación del trastorno	28
2.3 Características básicas del TDAH	32
2.3.1 Déficit de atención	33
2.3.2 Hiperactividad	34
2.3.3 Impulsividad	34
2.3.4 Concentración	35
2.3.5 Autocontrol e inhibición	35

2.3.6	Memoria operativa	36
2.3.7	Planificación y establecimiento de metas	36
2.3.8	Automonitorización	37
2.3.9	Control interno del tiempo	37
2.3.10	Perseverancia y voluntad	38
2.4	Ámbitos implicados en el TDAH	38
2.4.1	Ámbito académico	39
2.4.2	Ámbito familiar	43
2.4.3	Ámbito social	44
2.4.4	Ámbito emocional	49
2.4.5	Ámbito conductual	50
2.4.6	Ámbito de ocio y tiempo libre	51
2.4.7	Ámbito sexual	53
2.5	Modelos teóricos explicativos del TDAH	54
2.5.1	Modelos teóricos basados en explicaciones cognitivas	55
2.5.2	Modelos teóricos basados en explicaciones emocionales	59
2.6	Definición y tipos de atención	60
2.7	La autorregulación en el TDAH	62
2.7.1	Factores asociados al desarrollo de autorregulación emocional....	64
2.7.2	Modelos de autorregulación emocional	65
2.7.2.1	Modelo autorregulatorio de las experiencias emocionales (Higgins, Grant y Shah, 1998)	64
2.7.2.2	Modelo secuencial (Bonano, 2001)	66
2.7.2.3	Modelo de procesos (Barret y Gross, 2001)	67
2.7.3	Aspectos evolutivos de la autorregulación en los niños	68

2.8 Neuroanatomía del TDAH	68
2.9 Las funciones ejecutivas en el TDAH	72
2.9.1 Atención	74
2.9.2 Inhibición	76
2.9.3 Memoria operativa	78
2.9.4 Planificación	78
2.9.5 Flexibilidad cognitiva	79
2.9.6 Psicomotricidad	80
2.9.7 Lenguaje	81
2.10 Etiología del TDAH	82
2.10.1 Variables genéticas	82
2.10.2 Variables ambientales	84
2.11 Prevalencia del TDAH	86
2.12 Comorbilidad del TDAH	91
2.12.1 Problemas de conducta	92
2.12.2 Trastornos específicos del aprendizaje	93
2.12.3 Trastornos de ansiedad	96
2.12.4 Trastornos depresivos	96
2.12.5 Consumo y abuso de sustancias	97
2.12.6 Accidentes de tráfico	98
2.12.7 Conductas delictivas	99
2.12.8 Suicidio	100
2.13 Evaluación del TDAH.....	101
2.13.1 Pruebas para evaluar la atención y la inhibición	102
2.13.2 Pruebas para evaluar la memoria de trabajo	104

2.13.3	Pruebas para evaluar la flexibilidad cognitiva	105
2.14	Diagnóstico del TDAH	107
2.15	Calidad de vida en las personas con TDAH	110
2.16	Evolución y pronóstico del TDAH	112
2.17	Tratamiento del TDAH	118
2.17.1	Tratamiento psicológico	118
2.17.2	Tratamiento farmacológico	119
2.17.3	Tratamiento psicopedagógico	126
2.18	Conclusiones	131
3.	Investigaciones en torno a las competencias personales y sociales en población infanto-juvenil con TDAH	132
3.1	Fortalezas del Yo: Autoestima y autoconcepto	134
3.1.1	Autoconcepto	134
3.1.2	Autoestima	137
3.2	Demandas del Yo: Motivación, expectativas y atribuciones	140
3.2.1	Motivación	140
3.2.2	Expectativas	144
3.2.3	Atribuciones	146
3.3	Retos del Yo: Resolución de problemas y toma de decisiones	152
3.3.1	Resolución de problemas	152
3.3.2	Toma de decisiones	154
3.4	Relaciones del Yo: Comunicación, empatía y asertividad	155
3.4.1	Comunicación	155
3.4.2	Empatía	160

3.4.3 Asertividad	163
4. Objetivos	165
4.1 Objetivo principal	165
4.2 Objetivos específicos	166
5. Formulación de hipótesis	167
Parte II: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.....	170
6. Metodología	171
6.1 Participantes	171
6.2 Instrumentos	172
6.3 Procedimiento	175
6.4 Análisis de datos	177
7. Resultados	178
7.1 Validación del instrumento	178
7.1.1 Fiabilidad	178
7.1.2 Análisis factorial confirmatorio	179
7.2 Tipologías	182
7.2.1 Cálculo	182
7.2.2 Características básicas de las tipologías halladas	185
7.3 Diferencias	186
7.3.1 Diferencias por género, edad y tipo de tratamiento	186
7.4 Baremos	198

8. Discusión	199
8.1 Descripción e interpretación de las tipologías	203
8.2 Componentes de la Personalidad Eficaz en adolescentes con TDAH a la luz de los resultados obtenidos	210
8.2.1 Fortalezas del Yo	210
8.2.2 Demandas del Yo	212
8.2.3 Retos del Yo	215
8.2.4 Relaciones del Yo	217
8.3 Análisis de las variables relacionadas con la Personalidad Eficaz y sus componentes	220
8.4 Baremo del Cuestionario de Personalidad Eficaz (CPE) para la población adolescente con TDAH	226
8.5 El Cuestionario de Personalidad Eficaz en otras poblaciones	228
9. Conclusiones	229
10. Limitaciones	233
11. Líneas futuras de investigación	234
Referencias bibliográficas	238
Anexos	288
Anexo 1. Cuestionario de Personalidad Eficaz CPE-Es/Ch de Dapelo, Marcone, Martín del Buey, Martín Palacio y Fernández (2006)	292
Anexo 2. Carta informativa entregada a las familias	296
Anexo 3. Ejemplo de informe del CPE de una mujer de 13 años	298

Anexo 4. Ejemplo de informe del CPE de un varón de 15 años	300
--	-----

Índice de tablas

Tabla 1. Esquema de las dimensiones que integran el concepto de Personalidad Eficaz y las esferas a las que pertenece cada una de ellas	17
Tabla 2. Resumen de la evolución histórica del concepto de TDAH (Montañez Gómez, 2014)	32
Tabla 3. Prevalencia del TDAH en España	87
Tabla 4. Relación de adolescentes con TDAH y el tratamiento seguido	171
Tabla 5. Fiabilidad de la escala y de los subfactores	178
Tabla 6. Índices de ajuste al modelo	180
Tabla 7. Centros de conglomerados finales	182
Tabla 8. Puntuación centil de cada tipología en las dimensiones de P.E.....	183
Tabla 9. ANOVA para los centros de conglomerados	184
Tabla 10. Número de casos dentro de cada conglomerado	184
Tabla 11. Prueba de Kolmogorov-Smirnov	186
Tabla 12. Descriptivos en función de la variable género	188
Tabla 13. Estudio de diferencias en función de la variable género	189
Tabla 14. Descriptivos en función de la variable tratamiento psicológico	190

Tabla 15. Estudio de diferencias en función de la variable tratamiento psicológico	191
Tabla 16. Descriptivos en función de la variable tratamiento farmacológico	192
Tabla 17. Diferencias en función de la variable tratamiento farmacológico.....	192
Tabla 18. Descriptivos en función de la variable edad	193
Tabla 19. Estudio de diferencias en función de la variable edad	195
Tabla 20. Índices de asimetría y curtosis de cada factor	196
Tabla 21. MANOVA en función de la variable diagnóstico de TDAH	197
Tabla 22. Estadísticos descriptivos en función del diagnóstico de TDAH	198
Tabla 23. Baremo general de Personalidad Eficaz en adolescentes con TDAH	199
Tabla 24. Baremos en función del género	200

Índice de figuras

Figura 1. Viñeta de <i>Felipe, el nervioso</i> (Hoffman, 1845)	29
Figura 2. Ámbitos afectados en el TDAH	39
Figura 3. Modelo explicativo del TDAH de Russell Barkley (Miranda, Soriano y García Castellar, 2002)	58
Figura 4. Criterios del DSM-5 para diagnosticar Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	109
Figura 5. Esquema de la situación de Sally y Ann para sobre la teoría de la mente	151
Figura 6. Estructura teórica del modelo de Personalidad Eficaz	179

Figura 7. Estimaciones estandarizadas del modelo	181
--	-----

Índice de gráficas

Gráfica 1. Número de publicaciones sobre la influencia del TDAH en diferentes ámbitos de la vida de los pacientes distribuidos en diferentes áreas geográficas (Biederman y Quintero, 2014)	26
Gráfica 2. Porcentaje de niños y adolescentes con TDAH que presentan dificultades en otros ámbitos (Mardomingo, Rodríguez y Plaza, 2014)	48
Gráfica 3. Comparación de los hábitos de vida de niños con TDAH y grupo control (Fernández Jaén, sin publicar)	52
Gráfica 4. Evolución de los síntomas nucleares del TDAH a lo largo de la vida del paciente (Biederman y Quintero, 2014)	113

0. INTRODUCCIÓN

El *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad* (TDAH) según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) o el *Trastorno Hiperactivo* según la Organización Mundial de la Salud (1992) es el trastorno que con mayor frecuencia se diagnostica en la infancia a nivel mundial (Cardo, Servera, Vidal, De Azua, Redondo y Riutort, 2011; López Martín, Albert, Fernández Jaén y Carretié, 2008). Si nos centramos en el ámbito educativo, cada profesor tendrá en su clase entre uno y tres alumnos con TDAH (Orjales, 1998). Además, en un 65% de los casos en que dicho trastorno es diagnosticado en la infancia, los síntomas persisten en la edad adulta (Faraone, Biederman y Mick, 2006). La gran mayoría de estudios científicos en todas las culturas y países establecen que la prevalencia de este trastorno está en torno al 5% en la población escolar (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman, y Rohde, 2007).

Los tres síntomas nucleares del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) son el déficit en la atención, la hiperactividad y la impulsividad (Pineda y Puentes, 2013). Estos síntomas son incompatibles con la vida escolar, tanto en lo que se refiere al rendimiento académico como al disfrute de las diferentes actividades que ahí se llevan a cabo. Es difícil imaginar cómo se siente un niño que no es capaz de sostener su atención y no puede estar más de dos minutos sentado en una silla. Además de estos síntomas básicos, los niños, adolescentes y adultos con TDAH pueden manifestar una gran variedad de síntomas en función de su edad y entorno. Por tanto, este trastorno implica la manifestación de unos síntomas en los diferentes contextos donde se desenvuelva y desarrolle la persona (Lora y Moreno, 2008; Orjales, 2000). Estos síntomas interfieren en las diferentes áreas de desarrollo del niño, es decir, no sólo en el área conductual sino también en las áreas familiar, social, emocional, académica y de tiempo libre, causando una importante disfuncionalidad no sólo en el niño, sino también en la familia, amigos y profesores del niño (Miranda y Soriano, 2010).

Los jóvenes que están diagnosticados de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad se enfrentan con un mayor número de fracasos y situaciones frustrantes en comparación con los compañeros que no tienen TDAH. Los niños y adolescentes con este trastorno cometen más errores, tienen más problemas para prestar atención a los estímulos relevantes, tienen dificultades para planificarse y ejercer el autocontrol (Orjales, 1998).

En la actualidad, la gran mayoría de investigaciones en relación al TDAH se centran en el estudio de las funciones ejecutivas, estructuras cerebrales implicadas en este trastorno, la eficacia del tratamiento farmacológico, así como las posibles causas negativas de la administración de estimulantes en un futuro a medio-largo plazo en estos jóvenes.

El objetivo principal que persigue la presente tesis es mejorar la calidad de vida de las personas con TDAH y sus familias. En nuestro trabajo profesional con familiares de personas con TDAH y con compañeros de profesión, se observa en los últimos años una excesiva implicación y preocupación en el ámbito académico de estos jóvenes. La mayoría de consultas de los padres reflejan la inquietud sobre la falta o problemas en la adquisición de los conceptos en el entorno académico, así como por problemas en su comportamiento. La visión que dan los familiares es una excesiva preocupación por este ámbito y una despreocupación por el resto, que desde nuestro punto de vista son tanto, o más, importantes. Es por este motivo que hemos querido centrar este trabajo en dos de las áreas menos atendidas tanto por los padres de niños con TDAH como por los investigadores científicos: ámbitos social y emocional. Son muchos los estudios que concluyen que entre un 60-70% de los niños y adolescentes con TDAH son rechazados o estigmatizados debido a sus síntomas y comportamientos perturbadores (Barkley, 1990; García, Presentación, Siegenthaler y Miranda, 2006). Los niños con TDAH tienen

menor número de amigos de media, relaciones poco duraderas (Young, Chadwick, Hepinstall, Taylor y Sonuga-Barke, 2005), un 70% de los niños con TDAH reconocen no tener mejores amigos (Wehmeier, Schacht y Barkley, 2010) así como mayores probabilidades de consumir y abusar de sustancias.

Estas son algunas de las muchas razones que nos han llevado a centrar nuestra tesis en el área socio-emocional de las personas con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. El objetivo que perseguimos es ahondar en el conocimiento de los procesos sociales y emocionales en este sector de la población en concreto para diseñar procedimientos de intervención más ajustados a las necesidades de los adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. A partir del constructo de Personalidad Eficaz, se pretende analizar en profundidad los aspectos sociales y emocionales de los adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con el objetivo de diseñar y aplicar en un futuro programas de intervención más adecuados a las necesidades socio-emocionales de estos jóvenes.

La presente tesis doctoral comienza en la Parte I con el marco teórico en donde se expone el concepto de Personalidad Eficaz, así como las cuatro esferas que lo componen (Fortalezas del Yo, Demandas del Yo, Retos del Yo, Relaciones del Yo). Posteriormente se hace una revisión de los puntos más relevantes del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, donde se delimitará en qué consiste este trastorno del neurodesarrollo, así como sus características o manifestaciones más comunes. El punto 3 de la presente tesis doctoral pone de relieve las investigaciones que se han llevado a cabo en torno al TDAH respecto a las diez competencias que contempla el Cuestionario de Personalidad Eficaz (CPE). Finalmente, se proponen los objetivos de la investigación así como la formulación de las hipótesis.

En la Parte II se aborda la investigación empírica. En el punto 6 se explicita la metodología seguida (participantes, instrumentos utilizados, procedimiento que se llevó a cabo y el análisis de datos). En el punto 7 se presentan los resultados estadísticos que se obtuvieron, así como la validación de los instrumentos, las tipologías halladas, las diferencias encontradas y los baremos del CPE. En el punto 8 se presentan los resultados. Posteriormente, en el punto 9 aparecen las conclusiones a las que llega el presente trabajo de investigación. En el punto 10 hacemos referencia a las limitaciones que debemos tener en cuenta y en el punto 11 se recogen las líneas futuras de investigación.

Finalizamos con las referencias bibliográficas que han servido de soporte para la presente tesis doctoral, así como con los anexos.

PARTE I:
MARCO TEÓRICO

1. La Personalidad Eficaz

1.1 Introducción

El concepto de personalidad es un término complejo, difuso y entendido de diferentes formas según los expertos. Theodore Millon (1994), uno de los investigadores que más ha estudiado el concepto de personalidad entiende la personalidad como “un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes, y en última instancia comprenden el patrón idiosincrático de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo” (Sánchez y Quemada, 1998).

Según el DSM-5, la personalidad se define como una manera de comportarse estable a lo largo del tiempo y de experiencia interna. En cuanto a la psicopatología se refiere, un trastorno de personalidad es un comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo en cuestión (APA, 2013).

1.2 Concepto de Personalidad Eficaz

El constructo de Personalidad Eficaz fue formulado por Martín del Buey y Martín Palacio y desarrollado por estos autores junto con el Grupo de Investigación de Orientación y Atención a la Diversidad (GOYAD) desde 1996. Se refiere a una serie de dimensiones relevantes para un desarrollo óptimo en la infancia y adolescencia (Martín del Buey y Martín Palacio, 2012). El Grupo GOYAD lleva más de dos décadas estudiando e investigando las diferentes competencias personales y socioafectivas

dentro del marco del constructo de la Personalidad Eficaz. Dicho grupo es dirigido y coordinado por los profesores Martín del Buey (Universidad de Oviedo) y Martín Palacio (Universidad Complutense de Madrid) y vinculado a los profesores Marcone Trigo y Dapelo Pellerano que ejercen su actividad profesional en universidades chilenas (Guerra Mora, 2015).

El constructo se nutre de unos antecedentes teóricos claros aunque tiene un carácter innovador en sí mismo. Según sus propios autores, la definición del concepto de Personalidad Eficaz, aporta a la investigación una selección de todas las dimensiones que componen dicho constructo y las relaciones interdependientes que se establecen entre las diferentes dimensiones (Di Giusto, Martín Palacio, Arnaiz y Guerra, 2014).

El concepto de Personalidad Eficaz se basa en los planteamientos sobre autoeficacia de Bandura (Bandura, Jeffrey y Gadjos, 1975), las ideas sobre inteligencia de Gardner (1983, 1999) y Sternberg (1985), los estudios e investigaciones sobre la inteligencia emocional de Salovey y Mayer (1990), y de una manera más concreta, en el modelo de Inteligencia Emocional-Social de Bar-On (2006) y el constructo de madurez basado en la competencia desarrollados por Carpenter (1993), Garmeiz y Masten (1991), Heath (1976, 1977), Smith (1977), Waaters y Sroufe (1983) y White (1959).

La Personalidad Eficaz se formula en relación a los conceptos de eficacia, competencia y madurez (Castellanos, Martín Palacio y Dapelo, 2012). White (1959) ya establece la relación existente entre los conceptos de eficacia y competencia, definiendo ésta última como la capacidad del organismo para interactuar eficazmente con su ambiente. La eficacia es la experiencia que sigue a una repetida efectividad a la hora de afrontar los distintos retos del medio (Castellanos, Martín Palacio y Dapelo, 2012).

comunicación, asertividad y empatía. Todas estas competencias se agrupan en cuatro esferas o estados del Yo íntimamente relacionadas entre sí y que se desarrollarán en el punto correspondiente: Fortalezas del Yo, Demandas del Yo, Retos del Yo y Relaciones del Yo.

Retomando la definición de Personalidad Eficaz de Martín del Buey y Martín Palacio (2012) antes expuesta, podemos ir añadiendo las diez dimensiones que están englobadas en el constructo de Personalidad Eficaz. Por tanto, dicha definición quedaría completada de la siguiente manera: Una persona con Personalidad Eficaz se define como *un ser vivo con conocimiento y estima de sí mismo (autoconcepto y autoestima) en proceso de maduración constante (en cualquier estado de su evolución) con capacidad (inteligencia) para lograr (eficacia) lo que desea (motivación) y espera (expectativa) empleando para ello los mejores medios (entrenamiento) posibles (eficiencia), controlando las causas (atribución de causalidad) de su consecución (éxito o fracaso), afrontando para ello las dificultades personales, circunstanciales y sociales (afrontamiento de problemas) que se presenten, tomando las decisiones adecuadas sin detrimento de sus buenas relaciones con los demás (empatía y comunicación) ni renuncia en ellas de sus aspiraciones personales justas (asertividad)* (Martín del Buey y Martín Palacio, 2012, pp. 35). En conclusión, según Martín del Buey, Fernández, Morín, Marcone y Dapelo (2004), una persona eficaz sería aquella que se desenvuelve sin mayores dificultades en los diversos ámbitos de la vida, ya sea personal, académico y/o social.

Esta definición, según los autores que la delimitaron, engloba diferentes constructos que responderían a las siguientes diez preguntas: ¿Quién soy?, ¿Cómo me valoro?, ¿Qué quiero?, ¿Qué expectativas tengo de conseguirlo?, ¿De qué o quién depende su consecución exitosa?, ¿Qué problemas tengo para alcanzar los objetivos?,

¿Cómo tomo las decisiones?, ¿Cómo me comunico con?, ¿Cómo intento ponerme en el lugar del otro?, ¿Cómo interactúo sin dejar de ser uno mismo? (Castellanos, Martín Palacio y Dapelo, 2012).

Ser capaz de responder a estas preguntas es indicativo de tener los mimbres adecuados de una Personalidad Eficaz, y por tanto, tendrá mayores probabilidades de adaptación a sus diferentes entornos. El hecho de poder responder de manera concisa a estas cuestiones implica una conciencia sobre estas cuestiones existenciales. Siendo normal y adaptativo que las respuestas a estas preguntas vayan cambiando a lo largo de todo el proceso vital, ya que nuestros objetivos y proyectos van adquiriendo ciertos matices diferenciadores o van cambiando con la edad.

La respuesta a la pregunta de *¿Quién soy?* se relaciona con el autoconcepto de la persona, que se refiere a la representación mental que la persona tiene de sí mismo. La segunda dimensión es la autoestima, y se refiere a la manera en que las personas nos valoramos a nosotros mismos y, por tanto, tiene un matiz más afectivo que el autoconcepto. La pregunta clave en el caso de la autoestima es *¿Cómo me valoro?* El autoconcepto y la autoestima engloban la esfera de las Fortalezas del Yo.

Las tres siguientes dimensiones son la motivación (*¿Qué quiero?*), las expectativas (*¿Qué expectativas tengo de conseguirlo?*) y la atribución o el locus de control (*¿De qué o de quién depende su consecución exitosa?*). La motivación es el motor o la fuerza que mueve a una persona para realizar una determinada tarea o conducta. Las expectativas son las ideas que tiene una persona sobre lo que puede acontecer o las consecuencias de determinado acto, ya sean de tipo personal, académico, social o laboral. La atribución o el locus de control es la causa que la persona le otorga a determinado acontecimiento, especialmente relacionándolo con éxitos y fracasos de la

persona en cuestión. Estas tres dimensiones se engloban en la esfera de las Demandas del Yo.

Las siguientes dos dimensiones son la resolución de problemas (*¿Qué problemas tengo para alcanzar los objetivos?*) y la toma de decisiones (*¿Cómo tomo las decisiones?*). La resolución de problemas se define como la capacidad que tenemos las personas para resolver, afrontar y buscar soluciones a los problemas que se nos plantean en la vida en sus múltiples ámbitos. La toma de decisiones es un aspecto importante para poder escoger decisiones correctas y adaptativas en nuestras vidas. Ambas dimensiones engloban la esfera de los Retos del Yo.

Las últimas dimensiones que engloban el constructo de Personalidad Eficaz se refieren a la manera de relacionarnos con los demás. En concreto, hablamos de la comunicación (*¿Cómo me comunico?*), la empatía (*¿Cómo intento ponerme en el lugar del otro?*) y la asertividad (*¿Cómo interactúo sin dejar de ser uno mismo?*) (Castellanos, Martín Palacio y Dapelo, 2012). La comunicación es la capacidad que tenemos las personas para intercambiar información, mientras que la asertividad es la capacidad de expresar sentimientos, pensamientos y emociones de manera libre. La empatía es la capacidad que tenemos de ponernos en el lugar del otro para así entender su situación, sus emociones y su manera de pensar y actuar. La empatía es una de las características más sobresalientes en las relaciones interpersonales satisfactorias. Estas tres dimensiones integran lo que se conoce como la esfera de las Relaciones del Yo.

Todas estas dimensiones interactúan entre ellas, ya que se influyen mutuamente y por este motivo no pueden ser estudiadas de forma aislada y se deben evaluar y trabajar de manera conjunta (Kifafi, Lizana y Ortiz, 2012). Por ejemplo, las personas que tienen una buena imagen de sí mismos, suelen ser más sociables, persistentes ante

1.4.2 Demandas del Yo

Esta esfera se refiere a las exigencias tanto personales como sociales que experimenta la persona de una manera subjetiva al enfrentarse a las diferentes tareas y situaciones que nos exigen nuestras interacciones. Las tres dimensiones que engloban esta segunda esfera son la motivación, las expectativas y las atribuciones. También se ha señalado que estas tres dimensiones se pueden asociar con el presente (motivación), pasado (atribución) y futuro (expectativas). Según los autores del constructo de Personalidad Eficaz, las dimensiones que integran la esfera de las Demandas del Yo son básicas en la vida de las personas. El hecho de no tener una respuesta a las preguntas asociadas a cada una de estas tres dimensiones puede conllevar un alto grado de angustia e incertidumbre en la persona. No saber lo que uno quiere, las probabilidades que tiene de llevarlo a cabo y no saber a qué causa atribuirle determinado acontecimiento implica una gran desorientación por parte de la persona que la padece (Arraño, 2015).

Para Martín del Buey y Martín Palacio (2012) hacer una buena atribución de la causalidad de nuestros actos es un hecho de inteligencia característico de la Personalidad Eficaz. Requiere de altas dosis de Fortalezas del Yo, puesto que es necesario un adecuado autoconcepto y autoestima. También es necesaria una correcta evaluación de las causas de los actos y comportamientos de la persona, sean de éxito o de fracaso.

1.4.3 Retos del Yo

Engloba las dos dimensiones del afrontamiento o resolución de problemas y la toma de decisiones. El afrontamiento de problemas y su resolución es uno de los aspectos más importante y decisivos de la persona.

Como señalan Martín del Buey y Martín Palacio (2012), el problema es la cara inteligente de la dificultad. Se entiende por dificultad todo inconveniente que aparece en nuestras vidas y que pone en peligro la consecución de nuestros objetivos y proyectos. Así, por ejemplo, el hecho de que llueva cuando vamos de viaje en nuestro coche supone una dificultad más que un problema. Por solución entendemos una respuesta de afrontamiento que resulta efectivo para alterar o acabar con la situación problema, por tanto, maximiza las consecuencias positivas y minimiza las negativas.

Los profesores Martín del Buey y Martín Palacio (2012) establecen una clasificación de diferentes maneras de afrontar los problemas según las diferentes personas:

- Tipo positivo: estas personas se hacen cargo del problema, y por tanto, se centran en buscar una solución al mismo. Para ello, tienen en cuenta toda la información que dispongan, las posibles causas y consecuencias de la situación y tratan de buscar diferentes soluciones alternativas al problema.
- Tipo intropunitivo: tienden a asignar a las demás personas la raíz y la causa de sus problemas, por lo que poseen un locus de control externo. Son personas que tienden a no resolver sus problemas y a huir de ellos.
- Tipo hedonista: son personas que tienden a retrasar la solución de problema para otro momento. Son propicios a procrastinar. En muchas ocasiones, al retrasar la solución del problema, esperan que el problema se solucione solo.

- *Tipo Intrapunitivo*: son personas que se culpan de la causa del problema. Tienden a la depresión y no se suelen hacer cargo de la situación-problema que tienen.

La resolución de problemas y la toma de decisiones son dimensiones muy importantes en la vida social, ya que un correcto afrontamiento y toma de decisiones, en vez de la huida del problema, es una estrategia muy adaptativa socialmente hablando.

1.4.4 Relaciones del Yo

La cuarta y última esfera se conforma de dimensiones eminentemente sociales, en donde encontramos la comunicación, la empatía y la asertividad.

La comunicación es un aspecto fundamental del constructo de Personalidad Eficaz. Existen diferentes estilos comunicativos según las personas, encontrándose personas con mayor desarrollo y habilidad comunicativa que otras.

La empatía tiene una fundamentación basada en la percepción interpersonal. Es una dimensión tan compleja como necesaria e importante para la vida social y la Personalidad Eficaz. La empatía es la capacidad de ponerse en el lugar del otro para entender sus sentimientos, pensamientos y acciones. Tener una buena empatía y sintonía social es muy importante para el constructo de Personalidad Eficaz.

La asertividad no es un concepto en el que exista un acuerdo de los diferentes estudiosos de la materia. Sin embargo, una de las clasificaciones que cuenta con más adeptos es la propuesta por Lazarus (1973) donde enumera las características de la persona asertiva: capacidad de decir no, capacidad de pedir y hacer favores, capacidad

Existen diferentes instrumentos de evaluación según las edades de las personas evaluadas (Castellanos, Martín Palacio y Dapelo, 2012). Diferentes autores han investigado en diferentes edades, como los primeros cursos de Educación Primaria (Fueyo, Martín y Fernández, 2009; Fueyo, Martín, y Dapelo (2010), Educación Secundaria Obligatoria (Dapelo, Marcone, Martín y Fernández, 2006; Di Giusto, Martín, Martín del Buey, 2009) y en el ámbito universitario (Dapelo y Martín del Buey, 2006 ; Di Giusto, Dapelo y Martín, 2010; Dapelo , Martín y Marcone, 2011; Martín, Dapelo y Di Giusto, 2011; Dapelo, Martín del Buey y Marcone, 2011).

Para evaluar el constructo de Personalidad Eficaz se han desarrollado diferentes instrumentos de evaluación (Martín del Buey y Martín Palacio, 2012):

- Personalidad Eficaz en niños (CPE)

Cuestionario para niños. Personalidad Eficaz Primaria 8-12 en población española (Fueyo Gutiérrez, Martín Palacio y Dapelo Pellerano, 2010); *Personalidad Eficaz Primaria 8-12 en población chilena* (Cortés Luengo, 2011); *Personalidad Eficaz Primaria 8-12 ampliado* (Pizarro Ruiz, Martín Palacio y Cortés Luengo, 2012).

Fue elaborado por Fueyo (2010), como continuación a otros cuestionarios realizados para otras edades. Es un cuestionario que consta de 22 ítems y un formato de respuesta tipo Likert donde el propio niño tiene que puntuar cada uno de los ítems entre 1 y 5, donde 1 significa nada de acuerdo y 5 totalmente de acuerdo. Tiene un índice de fiabilidad de 0,797 lo que representa una fiabilidad adecuada, teniendo en cuenta la extensión del cuestionario (Fueyo, Martín Palacio y Dapelo, 2010).

El objetivo del cuestionario de Personalidad Eficaz en niños es estudiar la relación existente entre las diez diferentes dimensiones del constructo de Personalidad Eficaz y el rendimiento global de los niños desde 3º hasta 6º de Educación Primaria (8-12 años). (Fueyo, Martín Palacio y Dapelo, 2010). Hoy en día, las investigaciones en torno al constructo de Personalidad Eficaz están encaminadas a la búsqueda de factores no cognitivos que puedan dar una explicación más concreta de cómo influyen estas dimensiones en el rendimiento académico de los alumnos (Fueyo, Martín Palacio y Dapelo, 2010). Uno de los puntos fuertes de este cuestionario para escolares es que se trata de una evaluación corta, fácilmente aplicable y que permite obtener unas puntuaciones en el constructo de Personalidad Eficaz en muy pocos minutos y con poco esfuerzo por parte de los alumnos (Fueyo, Martín Palacio y Dapelo, 2010).

- *Cuestionarios para adolescentes.*

Personalidad Eficaz - Adolescentes Primitivo (inédito); *Personalidad Eficaz - Educación Secundaria* (Martín del Buey, Fernández Zapico, Morís, Marcone y Dapelo Pellerano, 2004).

El cuestionario que se ha aplicado en la presente tesis doctoral es el Cuestionario breve de Personalidad Eficaz (CPE). Se aplica a la población adolescente y fue publicado por Dapelo Pellerano, Marcone Trigo, Martín del Buey, Martín Palacio y Fernández Zapico en el año 2006. Dicho cuestionario obtuvo una fiabilidad de Cronbach de 0.85. Está compuesto por un total de 23 ítems que han de ser respondidos por los adolescentes en una escala tipo Likert de 1 a 5. En este cuestionario se analizan 4 factores que veremos a continuación:

- Autorrealización Social (A. S.)

Este factor se refiere a la facilidad que tiene el adolescente para relacionarse con los demás y comportarse de una manera asertiva con ellos. Está relacionado con la esfera de Relaciones del Yo, ya que incluye habilidades de comunicación, empatía y asertividad. Lo integran los ítems 3, 10, 13, 19, 21 y 23.

El Cuestionario de Personalidad Eficaz que se ha utilizado en la presente investigación se puede ver en el Anexo 1.

- Cuestionario de Personalidad Eficaz en población adulta:

Personalidad Eficaz Empresa (inédito); *Personalidad Eficaz Empresa - reducido* (Baeza Martín y Martín Palacio, 2002); *Personalidad Eficaz - Adultos en contextos españoles* (Castellanos Cano, Martín Palacio y Dapelo Pellerano, 2012); *Personalidad Eficaz - Adultos en contextos chilenos* (Ramírez Fernández, 2013); *Personalidad Eficaz - Dificultad Motórica* (inédito); *Personalidad Eficaz para profesores* (Covarrubias Apablaza, 2010). Los resultados demuestran que para tres de los cuatro factores del constructo de Personalidad Eficaz (Autorrealización laboral, Autorrealización social y Autoestima) se han hallado índices de fiabilidad altos, mientras que para la Autoeficacia resolutiva, el índice de fiabilidad es más bajo (Castellanos, Martín Palacio y Dapelo, 2012).

- Cuestionario de Personalidad Eficaz en Contextos Educativos Diferenciados” (Dapelo y Martín del Buey, 2006): lo forman un total de 30 ítems y posee un índice de fiabilidad de α 0.8791 (Alpha de Cronbach), considerado como bueno.

- Cuestionarios para formación superior.

Personalidad Eficaz Universidad (Dapelo Pellerano y Martín del Buey, 2006); *Personalidad Eficaz Universitarios Ingeniería* (González, Castro y Martín Palacio, 2011); *Personalidad Eficaz Técnico Profesional* (Dapelo Pellerano y Martín del Buey, 2007); *Personalidad Eficaz - Formación Profesional* (Martín del Buey, Fernández Zapico, Martín Palacio, Dapelo Pellerano, Marcone Trigo y Granados Urban, 2008).

Siendo los índices de validez y fiabilidad bastante satisfactorios (Martín del Buey y Martín Palacio, 2012).

1.6 Resultados de investigaciones anteriores

Según encontraron Fueyo, Martín Palacio y Dapelo (2010) administrando el cuestionario de Personalidad Eficaz en alumnos de segundo y tercer ciclo de la etapa de Educación Primaria (8-12 años), la autoestima académica y la autoestima personal son las dimensiones que mayor influencia tienen en el rendimiento académico de un alumno en esas edades. Encuentran una correlación significativa entre el constructo Personalidad Eficaz y el rendimiento académico de los estudiantes. En este caso, el rendimiento académico se realizó con la estimación del tutor con una valoración entre 1

y 10. Respecto al factor de autoestima académica, los resultados son congruentes con los estudios anteriores y confirman la relación positiva existente entre la autoestima y el rendimiento, ya que el hecho de que el alumno tenga una percepción positiva sobre sí mismo en cuanto a sus habilidades y capacidades va a influir de manera positiva en su logro. En cuanto a la autoestima personal, también se ha comprobado que influye de manera significativa en el rendimiento académico del estudiante. Así, por ejemplo, un alumno que se acepta como es, tanto física como intelectualmente, tiene mayores probabilidades de logro y satisfacción académica (Fueyo, Martín Palacio y Dapelo, 2010). En numerosos estudios se ha evidenciado que la autoestima es un recurso muy positivo y que está relacionado con el ajuste psicosocial de la persona (Cava, 1995; Gracia, Herrero y Musitu, 1995; Herrero, 1994) por lo que es un factor a tener muy en cuenta y potenciarlo a lo largo de toda la escolaridad.

Los resultados de este estudio permitieron comprobar que las dimensiones del constructo de Personalidad Eficaz tienen una estrecha relación con el rendimiento académico de los alumnos en estos ciclos de la etapa de Educación Primaria, por lo que se debería tener en cuenta para comprender posibles dificultades en el ámbito académico, así como para proponer programas de entrenamiento en Personalidad Eficaz que pueden tener efectos beneficiosos en el rendimiento académico (Fueyo, Martín Palacio y Dapelo, 2010).

Los resultados encontrados son muy relevantes desde el punto de vista del maestro. Asumir una actitud positiva y favorecedora de la autoestima en el caso de los profesores hacia los alumnos es muy influyente entre las edades de los 7 y los 10 años, mientras que a partir de entonces deja de tener un efecto positivo. Por todo ello, se extrae la idea de que es importante que los futuros docentes adquieran una postura

positiva para facilitar y desarrollar la autoestima positiva en los niños de estas edades (Schiefelbein, 2007).

Los programas de intervención actuales que se sostienen en el modelo de Personalidad Eficaz han mostrado su eficacia y resultados prometedores a la hora de potenciar y desarrollar la autoestima positiva en los alumnos (Martín del Buey et al., 2001, 2004; Pacheco, 2009). Aun así, es necesario seguir investigando sobre las dimensiones que engloban el constructo de Personalidad Eficaz y su peso en el rendimiento académico de los niños en la etapa escolar.

Diferentes estudios han puesto de manifiesto que la falta de habilidades sociales, una autoestima baja, una situación familiar desestructurada y la no pertenencia a un grupo son algunos de los factores de riesgo en salud mental en el caso de niños y adolescentes (Haquin, Larraguibel y Cabezas, 2004). Estos mismos autores encontraron que los factores de protección más habituales en la población infanto-juvenil son las expectativas futuras, la ausencia de maltrato y de conductas de riesgo, entre las que destacan el alcohol, las drogas y las conductas sexuales.

En un trabajo de investigación reciente realizado por Di Giusto, Martín Palacio, Arnaiz y Guerra (2014) en población adolescente española y chilena se evaluó el nivel de competencias sociales y personales en esta etapa del desarrollo.

En los estudios de Valdés, Serrano y Florenzano (1995) y de Gómez y Cogollo (2010) se concluye que la autoestima potencia las expectativas de autoeficacia a la hora de enfrentarse en diversas situaciones y disminuye la evitación de los problemas (En Di Giusto, Martín Palacio, Arnaiz y Guerra, 2014).

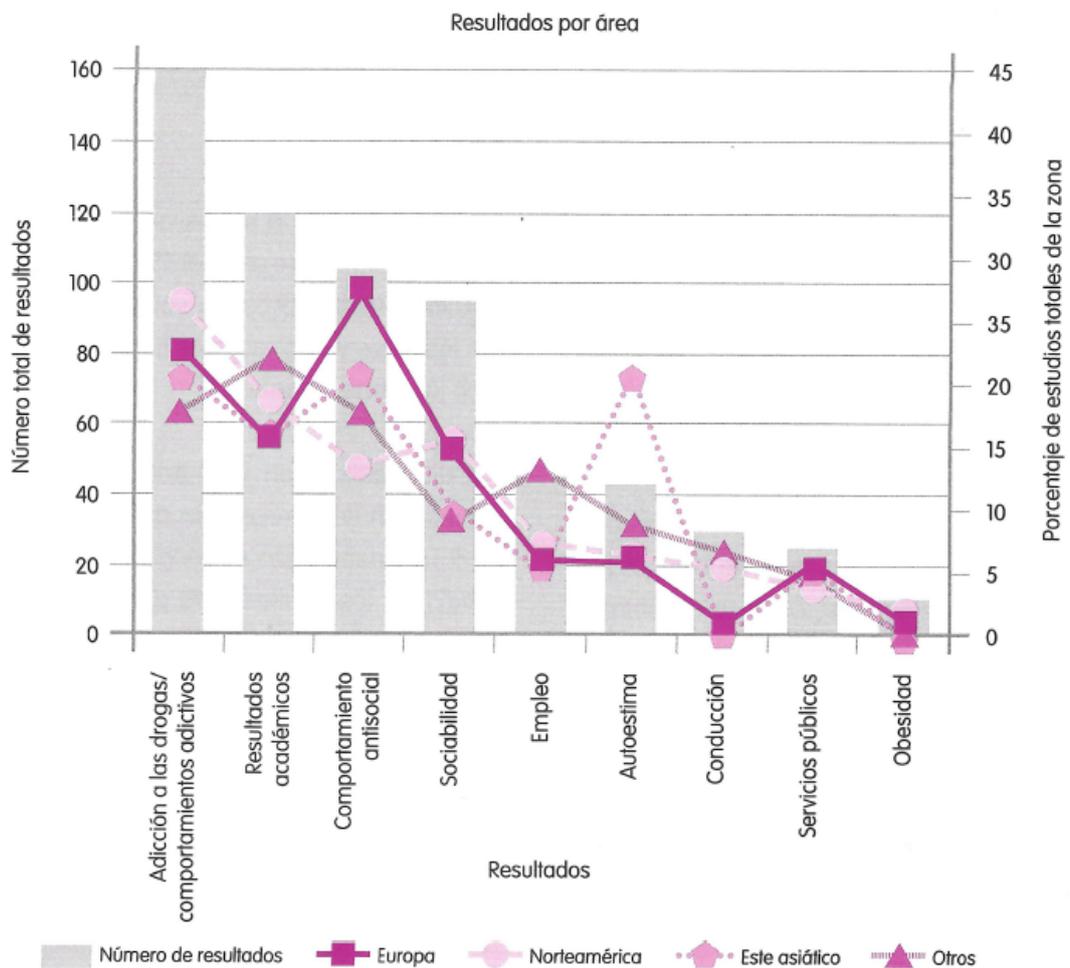
2. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

2.1 Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es una de las alteraciones neuroconductuales más frecuentes en la infancia y en la adolescencia (Cardo, Servera, Vidal, De Azua, Redondo y Riutort, 2011; López Martín, Albert, Fernández Jaén y Carretié, 2008). Según el DSM-5, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad está englobado dentro de los *trastornos del neurodesarrollo*, ya que tiene un origen de base neurológica, lo que implica una maduración más lenta del cerebro si lo comparamos con niños de su misma edad (American Psychiatric Association, 2013). La versión anterior del DSM, concretamente la cuarta versión (DSM-IV), define el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad por la presencia de un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad que es más frecuente y severo que el observado en los otros niños de la misma edad e igual nivel de desarrollo (American Psychiatric Association, 1994).

Como señalan Pineda y Puentes (2013), el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es un trastorno común y constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta en los ámbitos de la neuropsicología, la psicopatología y la neurología infantil. Según la investigación llevada a cabo por González, Galdames, Oporto, Nervi y Von Bernhardi (2007), el principal motivo de consulta en estos pacientes es la impulsividad, especialmente en el caso de los varones. Como señala Soutullo (2014), la gran mayoría de pacientes que consultan por un posible Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad lo hacen por las consecuencias que tienen los síntomas en su vida cotidiana, no por los síntomas en sí.

En los últimos años, dado el creciente número de niños, adolescentes y adultos que han sido diagnosticados de TDAH, se ha generado un intenso debate público sobre la etiología del trastorno, la validez de su diagnóstico y las consecuencias tanto positivas como negativas de la administración farmacológica que suele conllevar este trastorno (López, Albert, Fernández y Carretié, 2009). Son muchas las publicaciones e investigaciones que han estudiado el impacto que tiene el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad sobre la vida de los pacientes en diferentes ámbitos, tal y como se puede observar en la siguiente gráfica:



Gráfica 1. Número de publicaciones sobre la influencia del TDAH en diferentes ámbitos de la vida de los pacientes distribuidos en diferentes áreas geográficas.

Fuente: Biederman, J. y Quintero, J. (2014).

A pesar de las enormes consecuencias que tiene este trastorno en los diferentes entornos donde se desarrolla el niño, la investigación científica sobre el TDAH se ha centrado fundamentalmente en los aspectos cognitivos del trastorno (Artigas Pallarés, 2009; Barkley, 2006; Henríquez, Zamorano, Rothhammer y Aboitiz, 2010). Así, es muy frecuente encontrar en la literatura científica artículos y estudios que investiguen los procesos atencionales, memorísticos y de aprendizaje de los niños y adolescentes con TDAH, pero son escasos los estudios que tratan de investigar y sacar conclusiones respecto a los aspectos sociales, emocionales y motivacionales de las personas que tienen TDAH. Los estudios científicos dejan en un segundo plano el deterioro de otros aspectos clave del desarrollo infantil como son las relaciones sociales y el desarrollo emocional. En futuras investigaciones debemos incidir en estas variables, pues los estudios y la práctica clínica señalan que tanto los niños como los adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad son rechazados por sus compañeros debido a que, por su sintomatología, suelen tener mayor cantidad de conductas desorganizadas, disruptivas e inesperadas (García y Hernández, 2010; Gratch, 2009; Pardos, Fernández Jaén y Fernández Mayoralas, 2009).

Como apuntan López, Albert, Fernández y Carretié (2009), el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad no se caracteriza sólo por una excesiva actividad motora y dificultades a nivel cognitivo, los niños y adolescentes diagnosticados de TDAH suelen manifestar otras dificultades añadidas que pueden estar relacionadas con el desarrollo motor (retraso en la coordinación motora, torpeza, lentitud motora), el lenguaje (retraso en la adquisición del lenguaje y/o en la internalización del habla), en el rendimiento escolar (baja notas académicas, miedo a ir al colegio, conflictos con los compañeros de colegio, repetición de curso, cambios frecuentes de colegios), la motivación (baja motivación ante determinadas tareas,

necesidad de mayor número de refuerzos, aplicación de refuerzos inmediatos, aversión a la demora del refuerzo) y en la emoción (dificultades en el control de emociones y expresión de las mismas). A pesar de todas estas dificultades que tienen los jóvenes con TDAH, se ha demostrado que el cociente intelectual que tienen está dentro de la media, y, en algunos casos, es superior a la media (Biederman et al., 1996; Soriano, Ygual y Pinto, 2014). Por tanto, una de las características del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es su heterogeneidad (López, 2009).

2.2 Historia y delimitación del trastorno

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos con más amplia repercusión social actual. Son muchos los medios de comunicación, especialistas y profesionales de la educación que hablan y disertan sobre esta patología. A pesar de parecer que se trata de un trastorno que “está de moda”, las primeras descripciones sobre lo que hoy conocemos como TDAH se remontan a hace un par de siglos.

Históricamente, el actual TDAH ha tenido diversas denominaciones a lo largo de su evolución terminológica. Sirva como ejemplo las diferentes denominaciones que este trastorno ha tenido a lo largo de las diferentes versiones que se han ido publicando en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM) que publica la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). En este sentido no sólo cambiaban los nombres del trastorno de una edición a otra, sino que los criterios para su diagnóstico también variaban.

Los primeros escritos sobre TDAH los encontramos en la obra del médico escocés Sir Alexander Crichton que data del año 1798. En dicha obra, que tenía por

título *Una investigación sobre la naturaleza y el origen de la enajenación mental*, Crichton describía los síntomas de lo que hoy conocemos como TDAH con presentación inatenta. A esta manifestación le dio el nombre de *mental restlessness* (inquietud mental), y ponía el acento en la dificultad de los niños y adolescentes que lo padecían para poder prestar atención de manera correcta.

Años más tarde, en 1845, el psiquiatra alemán Heinrich Hoffman describe diez relatos breves sobre diferentes trastornos psiquiátricos en la infancia y adolescencia. Uno de ellos lo titula *Felipe, el nervioso* y en él, Hoffman describe a un niño que es incapaz de quedarse quieto y obedecer a sus padres (García Villamisar y Navarro González, 2010).

Felipe, para, deja de actuar como un gusano, la mesa no es un lugar para retorcerse". Así habla el padre a su hijo, lo dice en tono severo, no es broma. La madre frunce el ceño y mira a otro lado, sin embargo, no dice nada. Pero Phil no sigue el consejo, el hará lo que quiera a cualquier precio. Él se dobla y se tira, se mece y se ríe, aquí y allá sobre la silla, "Phil, estos retortijones, yo no los puedo aguantar (Extracto de "Felipe, el nervioso" de Hoffman).

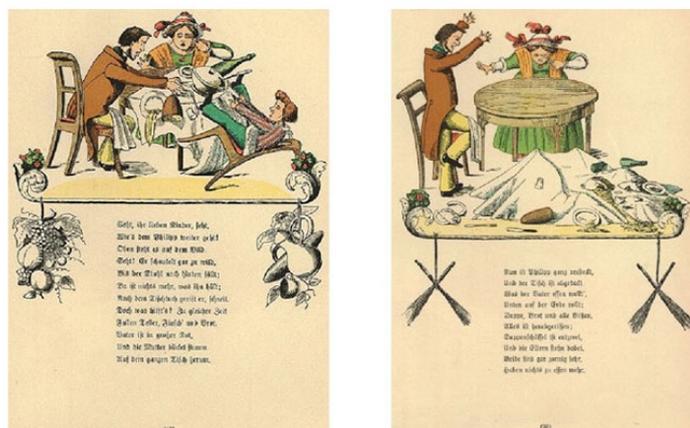


Figura 1. Viñeta de Felipe, el nervioso

Fuente: Hoffman en 1845.

Clouston en 1899 sostenía que este Trastorno de Hiperexcitabilidad se debía a una disfunción en el córtex cerebral. Es en 1902 cuando Sir George Still definió un síndrome cuyas características esenciales eran dificultad para concentrarse, labilidad emocional, exceso de actividad y dificultades para el control inhibitorio.

Otro de los aspectos históricos importantes es el descubrimiento de un derivado de las anfetaminas (*benzedrina*) a cargo del psiquiatra estadounidense Charles Bradley en 1937. Bradley observaba cómo este medicamento provocaba que los niños mantuvieran su atención y su comportamiento fuese menos impulsivo.

Como ya hemos señalado, la denominación actual del *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad* según el DSM-5 y *Trastorno hiperactivo* según la Clasificación Internacional de Enfermedades que publica la Organización Mundial de la Salud, ha ido cambiando a lo largo de la historia. A mediados del siglo XX se le denominó Daño Cerebral Mínimo para posteriormente pasarse a denominar Disfunción Cerebral Mínima puesto que no había evidencias científicas de que en dicho trastorno hubiera un daño cerebral observable. En los años 60, el diagnóstico de Disfunción Cerebral Mínima se convierte en una categoría diagnóstica en donde se incluyen todos los jóvenes que no encajaban en otros diagnósticos. Se estima que unos 100 trastornos diferentes tenían cabida en este cajón de sastre (García Villamizar y Navarro González, 2010).

Las décadas que abarcan desde 1950 a 1970 son consideradas por Barkley como la edad de oro de la hiperactividad (Barkley, 1998). Es a raíz de la publicación de un artículo de Stella Chess en 1960 cuando se le da más importancia a la hiperactividad en este trastorno. Fruto de todo ello, este trastorno aparece por primera vez en la segunda edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-II)

publicado por la APA (1968) con el nombre de *reacción hiperkinética de la infancia y la adolescencia*, centrándose en el aspecto motor del trastorno.

Es en la siguiente década cuando se incide en el déficit de atención y todas las investigaciones van en esta línea. En la década de los 70 se populariza este trastorno, aparecen numerosas publicaciones hablando del TDAH y se crean las primeras asociaciones de padres. Los excelentes estudios de Virginia Douglas influyen para que se denominase este trastorno como Trastorno por Déficit de Atención (TDA) con o sin hiperactividad en el DSM-III que publicó la Asociación Americana de Psiquiatría en 1980 y donde se ponía el acento en el déficit de atención más que en la manifestación motora. El TDAH era un subtipo de TDA. En cambio, la Organización Mundial de la Salud recoge en su novena versión del CIE (CIE-9) este trastorno como *Trastorno hiperkinético de la infancia* (OMS, 1975).

En los años 90, las investigaciones en torno al TDAH se centran en la influencia de los genes en este trastorno y se estudia con técnicas de neuroimagen. El DSM-IV (1994) lo denomina Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y establece que se debe especificar uno de los siguientes subtipos de TDAH: predominantemente hiperactivo-impulsivo, predominantemente inatento y el subtipo combinado.

Como mencionábamos en la introducción de este punto, el actual DSM-5 (2013) engloba el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad dentro de los *trastornos del desarrollo neurológico* junto con los *Trastornos Específicos del Aprendizaje*, los *Trastornos del Espectro Autista* y la *Discapacidad intelectual* entre otros (DSM, 2013). A continuación aparece una tabla que resume las diferentes denominaciones que ha recibido este trastorno a lo largo de su historia hasta que finalmente se le ha denominado TDAH.

- *Impulsividad*: los niños con TDAH tienden a realizar conductas o dar respuestas que son automáticas y no pensadas. Se debe a una dificultad ejecutiva en la inhibición.

Estas tres características básicas del TDAH ya han sido señaladas por otros autores e investigaciones anteriormente (Barragán, Peña, Ortiz, Ruiz, Hernández, Palacios y Suárez, 2007; Biederman y Faraone, 2005; Portellano, 2005).

El mayor o menor predominio de estas tres características nucleares del trastorno va a dar lugar a los tres subtipos que menciona el DSM-IV: TDAH predominantemente inatento, TDAH predominantemente hiperactivo-impulsivo y TDAH combinado o mixto (Pardos, Fernández Jaén y Fernández Mayoralas, 2009). Es importante tener en cuenta que el TDAH no se debe a ningún déficit neurológico importante ni a déficits de tipo cognitivo, sensorial, motor o del habla. El TDAH, como ya hemos señalado, es considerado como una alteración del desarrollo neurológico que se caracteriza por niveles evolutivamente inapropiados de problemas de atención, hiperactividad e impulsividad (Crespo, Manghi, García y Cáceres, 2007).

Analizamos estos tres síntomas nucleares del TDAH.

2.3.1 Déficit de atención

Isabel Orjales, experta en el TDAH señala que a los niños y adolescentes con esta patología les resulta difícil controlar su atención, aunque si las tareas son novedosas y motivadoras para ellos, su rendimiento aumenta. Tienden a atender de manera automática sin diferenciar los estímulos importantes de los irrelevantes. Además, los niños y adolescentes con TDAH tienen dificultades para atender y procesar a varios

estímulos a la vez (atención dividida). En éstos predomina el procesamiento de la información de tipo impulsivo frente al reflexivo. Suelen tener dificultades a la hora de planificar y organizar la información (Orjales, 2000).

2.3.2 Hiperactividad

Los niños con TDAH suelen ser muy movidos, se retuercen en los asientos, a veces se levantan de la silla en clase cuando no deben, permanecen inquietos en situaciones muy variadas, les cuesta mucho hacer una actividad tranquila o jugar a un juego de mesa, habla excesivamente, les cuesta esperar su turno para hablar o para hacer algo, etc. (APA, 2013).

2.3.3 Impulsividad

Como señalan White, Moffit, Caspi, Hegum, Needles y Stouthamer (1994) existen dos tipos diferenciados de impulsividad: impulsividad motora y la impulsividad cognitiva. Ambos tipos de impulsividad son factores de riesgo para un correcto rendimiento en el colegio, pero sólo la impulsividad motora predice una mayor probabilidad de conducta antisocial.

Además de los síntomas nucleares del TDAH, otros aspectos están dañados como consecuencia de los primeros. Vemos de manera resumida cuáles son las características más destacadas de los niños y adolescentes con TDAH:

2.3.4 Concentración

La concentración es la capacidad que tenemos los seres humanos para centrar nuestros esfuerzos cognitivos en una determinada tarea. Requiere voluntad y perseverancia. Los niños con TDAH suelen mostrar niveles de concentración similares a los de sus iguales sin TDAH cuando las tareas les resultan atractivas y motivadoras. Si la actividad presentada al niño es lo suficientemente alentadora para él, no se observarán diferencias en cuanto al rendimiento del niño con TDAH del que no lo tiene (Guerrero, 2016). Por este motivo los niños con esta patología pueden estar horas concentrados en actividades que les gustan como son los juegos, los ordenadores o el fútbol.

2.3.5 Autocontrol e inhibición

Los niños y adolescentes con TDAH suelen tener dificultades para controlar sus propios impulsos y emociones. Esto les lleva a comportarse de manera más impulsiva y sin pensar en las posibles consecuencias que esto tiene a nivel social para ellos. Frankel y Feinberg (2002) hallaron que los niños con TDAH muestran más frecuentemente comportamientos agresivos, dificultades para integrarse en nuevos grupos, conductas negativas y desafiantes en clase, discuten con mayor facilidad y no cumplen las normas, si los comparamos con sus iguales sin esta patología. En esta misma línea, Vaquerizo y Estévez (2006) señalan que los niños con TDAH tienen dificultades en el control inhibitorio de sus impulsos verbales, conductuales y cognitivos.

2.3.6 Memoria operativa

Las dificultades que tienen los jóvenes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad en su memoria operativa o de trabajo implican que tienen problemas para recordar los hechos y los acontecimientos. Además, suelen tener dificultades en la orientación temporal y espacial, así como un déficit a la hora de anticipar el futuro (Miranda, Soriano y García Castellar, 2002).

La memoria de trabajo verbal de los niños con TDAH se ve afectada también, por lo que suelen tener dificultades en la comprensión de las intenciones del interlocutor y para adecuar las respuestas al contexto (Vaquerizo y Estévez, 2006).

2.3.7 Planificación y establecimiento de metas

Los jóvenes con TDAH tienen dificultades para establecer metas conscientes tanto a corto como a medio y largo plazo. Este hecho les dificulta muchos sus tareas escolares, dado que no son autosuficientes para organizarse ellos solos y precisan de la ayuda de sus profesores, padres y, en algunas ocasiones, de compañeros de clase para apuntar y llevar al día las tareas del colegio (Guerrero, 2016). Suelen tener dificultades para planificar sus conductas y su conversaciones de manera consciente, actuando en muchas ocasiones de forma impulsiva y nada reflexiva (Vaquerizo y Estévez, 2006).

O'Neill y Douglas (1991) ya habían comprobado hace unas décadas que cuando los niños con TDAH tienen que realizar tareas que implican la puesta en marcha de las funciones ejecutivas suelen emplear estrategias menos eficaces, impulsivas y menos organizadas en comparación con niños sin TDAH.

2.3.8 Automonitorización

Las dificultades a nivel cognitivo que tienen los niños y adolescentes con TDAH se deben a un fallo en las funciones ejecutivas. Uno de los aspectos más sobresalientes que se ve afectado en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es la internalización del lenguaje o la automonitorización. Este hecho dificulta la capacidad de análisis y síntesis de la información. Una tarea donde se pone en marcha esta capacidad es cuando deben extraer las ideas más relevantes de un texto o cuando hay que realizar un resumen y crítica de una novela leída o una película. Tienen grandes dificultades narrativas, siendo uno de los apoyos de la naturaleza pragmática del lenguaje, debido a su dificultad en las funciones ejecutivas, pierden mucha información verbal. Por este motivo, estos niños y adolescentes tienen más probabilidad en el desarrollo de problemas del aprendizaje, principalmente los que tienen que ver con tareas del aprendizaje de la lectoescritura. Por tanto, todas aquellas tareas que requieran de planificación, organización y regulación ejecutiva de las conductas lingüísticas plantea mayores problemas en comparación con los que no presentan TDAH (Vaquerizo, Estévez y Pozo, 2005).

2.3.9 Control interno del tiempo

Según Barkley (1997), los niños, adolescentes y adultos con TDAH tienen dificultades para manejar y estimar los tiempos. Así, predicen con menor exactitud el lapso de tiempo transcurrido que los niños sin este trastorno y perciben de manera más prolongada los tiempos de espera. Además, tienen una mayor frustración ante el retraso en la gratificación de premios, hecho que Sonuga-Barke (1994) denominó *aversión al retraso*.

ámbitos académico, familiar, social, emocional, conductual, de tiempo libre y sexual. Estas manifestaciones causan una importante disfuncionalidad en el niño o adolescente, así como en el entorno familiar, los amigos y profesores con los que interactúa a diario (Miranda y Soriano, 2010).



Figura 2. Ámbitos afectados en el TDAH

Fuente. Elaboración propia

2.4.1 Ámbito académico

En el *ámbito académico*, la mayoría de los estudios realizados hasta la fecha, se han centrado en las dificultades de las funciones ejecutivas, aspecto este que desarrollaremos más adelante. Dos de las funciones ejecutivas más desarrolladas son la atención y la memoria operativa o de trabajo (López, Albert, Fernández y Carretié,

2009). Los niños con TDAH suelen tener frecuentes distracciones en el colegio y dificultad para seguir las clases, así como para controlar sus impulsos (Cubero, 2006).

Encontramos investigaciones científicas que apoyan esta misma línea, en donde se señala que los jóvenes con TDAH, debido a su inatención, impulsividad e inquietud motora, suelen tener dificultades en el ámbito académico tanto en el desempeño de las tareas como en los resultados académicos, algo que no se corresponde con su capacidad intelectual (Miranda, Soriano y García Castellar, 2002). Según estas autoras, un 30% de los niños diagnosticados con TDAH repiten curso escolar y, lo que es más preocupante, entre un 10% y un 35% fracasan en terminar la Enseñanza Secundaria Obligatoria (Weiss, Hechtman y Weiss, 2001). Hallazgos similares encontraron Miranda, Presentación y López (1995) donde un 42% de la muestra de niños con TDAH había repetido al menos una vez de curso, un 48% presentaba problemas en el rendimiento y un 81.6% necesitaba de una ayuda diaria para realizar las tareas escolares.

A este respecto, las investigaciones llevadas a cabo por Robledo, García Sánchez y Díez González (2009) concluyen que las familias que tienen hijos con un Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad o con cualquier otra dificultad de aprendizaje, mantienen mayor número de contactos y tutorías con los profesores que aquellas familias cuyos hijos obtienen resultados académicos más positivos. En contraste con estos resultados, Spann, Kohler y Soenksen (2003) encontraron que, a medida que los hijos se van haciendo mayores y sus dificultades académicas van aumentando, la implicación de los padres en el ámbito académico de los hijos comienza a disminuir y aumenta la frustración e insatisfacción de los padres con los profesores de sus hijos.

Las dificultades que tienen los niños y adolescentes con TDAH en el ámbito académico se podrían resumir en los siguientes puntos (Cardo y Pamias, 2014):

- Los niños y adolescentes con TDAH suelen obtener puntuaciones significativamente más bajas en lectura y aritmética si los comparamos con sus iguales sin TDAH.
- Los jóvenes con TDAH tienen mayor probabilidad de repetir curso, de ser expulsados del aula y de suspender más exámenes que sus iguales sin TDAH.
- Necesitan ayuda a la hora de estudiar y precisan de tratamientos específicos 4-5 veces más que sus iguales sin TDAH.
- Usan servicios educativos complementarios como las tutorías, clases de apoyo y refuerzo, clases extraescolares y adaptaciones curriculares con mayor frecuencia que sus iguales sin TDAH.

En muchas ocasiones, los niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad tienen que realizar tareas y actividades en las que deben prestar más atención y tener un grado de autocontrol que en realidad ellos no tienen, por lo que tienen muchas experiencias de fracaso en estas tareas y les resulta muy frustrante. Estas experiencias que tienen, de manera repetida, influyen en su autoconcepto y autoestima (Fernández Jaén, García Giral y Plaza Romero, 2014).

En un clásico estudio llevado a cabo por Shroyer y Zentall (1986) se comprobó que los niños con TDAH tienen más problemas para atender y hacer una tarea cuando ésta es monótona y repetitiva. En cambio, cuando la actividad que tienen que llevar a cabo es novedosa, motivadora y les parece atractiva, los niveles de atención y rendimiento académico son equiparables a los niños que no están diagnosticados de TDAH. En esta misma línea, también se ha comprobado que los niños y adolescentes con TDAH ante tareas donde los estímulos aparecen con una frecuencia rápida atienden igual de bien que los niños sin TDAH, pero su rendimiento atencional es mucho más bajo comparándolo con el de sus iguales sin TDAH cuando los estímulos aparecen con una baja frecuencia y de una manera más lenta (Orjales, 1998).

En líneas generales, podemos afirmar que los niños con TDAH tienen dificultades en la organización fonológica (relación sonido-grafema) y en la sintaxis (lugar que ocupa cada palabra en la oración). Además, tienen una pobre memoria auditiva y, de manera especial, dificultades narrativas. Las historias que desarrollan están menos cohesionadas y tienen muchos más errores al recordar que los niños sanos (Vaquerizo, Estévez y Pozo, 2005).

Tannock, Purvis y Schachar (1993) encontraron que cuando se les lee una historia a los niños y adolescentes con TDAH, éstos proporcionan menos información general, son más desorganizados, narran la historia de una manera menos cohesionada y cometen más errores al recordarla que el grupo control. Por el contrario, no se encontraron diferencias entre ambos grupos en la capacidad para extraer las ideas principales de la historia leída ni en la comprensión. Los niños y adolescentes con TDAH tampoco tienen dificultades para responder a cuestiones literales del texto, cuando son preguntadas de esta manera. En cambio, cuando se les hacen preguntas con aspectos más implícitos del texto, es aquí donde muestran mayores limitaciones.

Cuando la información que se les da es visual en vez de auditiva y la secuencia no es previsible debido a la escasa capacidad de planificación que tienen, los niños con TDAH obtienen peores puntuaciones a la hora de volver a contar ellos mismos la historia que acaban de ver. Como ya hemos señalado, los problemas en la narrativa se ponen de manifiesto no sólo en la expresión verbal (conversacional), sino también en la función escrita y en otras habilidades gráficas como el dibujo (Vaquerizo, 2004).

En cuanto a la capacidad matemática de los niños y adolescentes con TDAH, las investigaciones de Zentall, Smith, Lee y Weiczorek (1994) llegan a la conclusión de que estos realizan los problemas matemáticos con una mayor lentitud y una menor exactitud en las respuestas.

2.4.2 Ámbito familiar

En lo que respecta al *ámbito familiar*, los padres de los niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad suelen comentar que tienen la sensación de que su hijo les limita sus actividades, ya que precisan de mucha atención y tiempo. Además, consideran que las relaciones padre-hijo se debilitan y deterioran debido al TDAH del niño. Debido a la manifestación de los síntomas y el estrés consecuente, se suelen sentir insatisfechos, con dudas sobre su capacidad de ser padres y con baja autoestima (Johnston y Mash, 2001). Como consecuencia de toda esta situación, hay estudios que confirman un aumento de los problemas entre los padres del niño con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Las probabilidades de que unos padres de un niño con TDAH se separen o divorcien son 4 veces mayores que en los padres de niños sin TDAH (Whalen, Henker, Jamner, Ishikawa, Floro y Swindle, 2006).

Además tienen menos tiempo para ellos mismos y para hacer otro tipo de actividades al margen de sus hijos. Se ha señalado (Harpin, 2005) que generalmente otros familiares no quieren hacerse cargo de los niños con TDAH cuando los padres les piden ayuda.

Como señalan Mardomingo, Rodríguez y Plaza (2014), los padres de los niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad tienen mayores probabilidades de desarrollar un trastorno psiquiátrico, entre los cuales destacan la depresión o el abuso de sustancias. Más tarde desarrollaremos esto en el punto de comorbilidades del TDAH. En cuanto a los hermanos de los niños con TDAH, frecuentemente sienten tristeza, ansiedad y preocupación por sus hermanos. Además, perciben que las dinámicas familiares giran en torno al hermano con TDAH, ya que en muchas ocasiones se les manda que cuiden o vigilen a sus hermanos.

Es importante que la familia acepte a su hijo tal y como es. Aunque esto suene lógico, en algunos casos los padres no aceptan a su hijo o hija y sus dificultades, debido a que no son capaces de dar solución a sus necesidades y problemáticas. Lo deseable en las familias es tener un clima afectivo, en donde se valore frecuentemente las cualidades positivas del niño, pero a la vez, con una serie de normas, límites y consecuencias a las conductas negativas del niño (López, Andrés y Alberola, 2008).

2.4.3 Ámbito social

Con respecto al *ámbito social* diversos estudios han llegado a la conclusión de que un 60-70% de los niños con TDAH son rechazados y estigmatizados por parte de sus compañeros de clase debido a sus comportamientos provocadores, agresivos o disruptivos (Barkley, 1990; García, Presentación, Siegenthaler y Miranda, 2006; Mrug,

Molina, Hoza, Gerdes, Hinshaw, Hechtman y Arnold, 2012). En concreto, la investigación llevada a cabo por Schafer y Semrud (2008) llegó a la conclusión de que entre un 50% y un 75% de los jóvenes con TDAH suelen manifestar problemas en la relación con los demás.

Una investigación llevada a cabo por Fussell, Macias y Saylor (2005) comparó el impacto negativo que tiene en las relaciones sociales algunos trastornos, entre los cuales estaban el TDAH, la espina bífida, el retraso mental y las dificultades de aprendizaje. Los resultados mostraban que el TDAH era el de mayor impacto social negativo de todos.

Aquellos niños que están diagnosticados de TDAH con subtipo combinado, suelen mostrar un perfil de socialización más desajustado que los otros dos subtipos (inatento e hiperactivo-impulsivo). Tienen un elevado negativismo y escasa consideración con los demás. Sin embargo, los jóvenes que tienen diagnóstico de TDAH con predominio inatento, suelen mostrar una elevada sensibilidad social hacia los demás y suelen ser retraídos y tímidos en las relaciones sociales (Lora y Moreno, 2008).

Por otro lado, se ha señalado que los niños con TDAH tienen dificultades en la monitorización e interpretación de pistas sociales, resolución de conflictos interpersonales y en la creación de soluciones prácticas (Pardos, Fernández Jaén y Fernández Mayoralas, 2009). En esta misma línea del área social, la literatura científica pone de manifiesto que la etiqueta diagnóstica de TDAH puede tener un impacto negativo en las relaciones con los profesores y sus compañeros sin TDAH. Un estudio llevado a cabo por Koonce, Cruce, Aldridge, Langford, Sporer, y Stinnett, (2004) analiza el efecto de la etiqueta de TDAH en el juicio realizado por profesores al

observar a un niño con este trastorno. Los resultados muestran cómo los profesores tuvieron peores apreciaciones y juicios más negativos con respecto a la atención y el comportamiento del niño que estaban observando. Estos datos contradicen los estudios anteriores en los que vieron que los profesores tenían una actitud más positiva y tolerante ante los niños y adolescentes que tenían TDAH y, por tanto, dificultades de atención. Es por ello que se necesitará seguir investigando en esta línea para dilucidar si el hecho de conocer la presencia de un determinado trastorno, implica una mayor sensibilidad por parte del profesor o no.

Los niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad se suelen caracterizar por tener un menor número de amigos que el resto de niños sin esta patología y por unas relaciones de amistad muy poco duraderas (Young, Chadwick, Hepinstall, Taylor y Sonuga-Barke, 2005). En un estudio se llegó a la conclusión de que hasta un 70% de los niños diagnosticados con TDAH reconocían no tener mejores amigos (Wehmeier, Schacht y Barkley, 2010).

Hallazgos en esta misma línea se han encontrado en muestras de niños con TDAH, donde se comprobó que son menos invitados a diferentes eventos sociales, como por ejemplo los cumpleaños de sus compañeros de clase. A parte, los padres de los jóvenes con TDAH muestran mayor número de miedos a llevar a sus hijos a estos eventos sociales y tienden a no llevarles tan frecuentemente como los padres de niños sin TDAH (Harpin, 2005).

Como señalan Jara Jiménez, García Castellar y Sánchez Chiva (2011) para realizar una buena valoración de la competencia social de un niño con TDAH debemos tener en cuenta la perspectiva e información que aportan tanto los familiares como los profesores del niño, puesto que tanto la visión de los compañeros como la del propio

niño con TDAH suele estar distorsionada. Son pocos los estudios que analizan la competencia social de los niños y adolescentes con TDAH desde la perspectiva de los padres o los profesores, ya que la gran mayoría de estudios que tratan de investigar la competencia social de este grupo, se centran en las opiniones ofrecidas por parte de los propios afectados y los compañeros de estos niños. Estos autores encontraron una relación significativa positiva entre la valoración de problemas con los compañeros por parte de los profesores y padres. También encontraron que los profesores perciben de forma significativa más problemas con los compañeros en el caso de los niños diagnosticados de TDAH que en los niños que no tienen esta dificultad. Sin embargo, resulta curioso que en la valoración de los padres en los problemas con los compañeros, no se encuentren diferencias estadísticamente significativas entre los niños con y sin TDAH. Estos resultados coinciden con las que obtuvieron Zavadenko, Lebedeva, Schasnaya, Zavadenko, Zlobina, Semenova (2011) en donde señalaban que los profesores perciben mayores diferencias en los comportamientos sociales de los niños, ya que es en el ámbito escolar en donde hay una mayor interacción con el grupo de iguales. En cuanto a la conducta prosocial, los profesores perciben una menor conducta prosocial de los niños con TDAH que sus padres. Estos resultados fueron obtenidos por Jara et al. (2011) y están en consonancia con otras muchas investigaciones (Hay, Hudson y Liang, 2010; Iizuka, Yamashita, Nagamitsu, Yamashita y Araki, 2010; Zavadenko et al. 2011).

Los niños con TDAH suelen participar menos en las actividades extraescolares que se ofrecen en los colegios e institutos, ya sea porque se aburren de la actividad o bien porque les acaban expulsando o invitando a salir de la misma, al no aprovechar el tiempo o no cumplir con las normas de la clase. Como señalan Coghill, Soutullo, D'Aubuisson, Preuss, Lindback, Silverberg y Buitelaar (2008) son muchos los jóvenes

- Los niños con TDAH tienen el mismo conocimiento que sus compañeros sin TDAH de las estrategias prosociales (ayudar a un compañero que no sabe o puede hacer algo).

- Los niños con TDAH tienen menos estrategias y de peor calidad a la hora de iniciar una relación o para solucionar posibles conflictos.

- Los niños con TDAH utilizan estrategias menos adecuadas para conseguir algo de los demás (que les dejen jugar con ellos, que les devuelvan el dinero que les prestó, pedir un favor, etc).

2.4.4 Ámbito emocional

El *ámbito emocional* es uno de los aspectos que menos se ha investigado en población con Trastorno por Déficit de Atención por Hiperactividad. Los resultados de numerosas investigaciones señalan que los niños y adolescentes con TDAH expresan mayores niveles de depresión (Kitchens, Rosén y Braaten, 1999; Williams et al., 2008), agresividad (Kitchens et al., 1999; Maedgen y Carlson, 2000), tristeza (Braaten y Rosén, 2000) y enfado (Braaten y Rosén, 2000; Ramírez et al., 1997; Richards, Deffenbacher, Rosen, Barkley y Rodricks, 2006) que sus iguales sin TDAH (López, Albert, Fernández y Carretié, 2009).

Los niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad suelen tener un desarrollo emocional más inmaduro si lo comparamos con sus compañeros de edad. Además, suelen tener una descompensación en cuanto al ámbito emocional e intelectual se refiere, ya que su nivel de desarrollo emocional suele

estar por debajo de lo que corresponde por edad pero su capacidad intelectual suele estar en la media o por encima de la media. Este aspecto les suele causar mucho sufrimiento al ser conscientes de que no pueden gestionar su mundo emocional como lo hacen sus compañeros. Es muy habitual ver a un joven con TDAH que se desanime con frecuencia, cambie de estado de ánimo, se frustre ante situaciones cotidianas, acepte sus errores y se ponga en el lugar de los demás para comprender sus emociones (Orjales, 1998).

En esta línea, Pardos, Fernández Jaén y Fernández Mayoralas (2009), apuntan a que los estudios de neuroimagen han demostrado que la corteza cingulada anterior, la corteza prefrontal dorsolateral y el núcleo caudado tienen una importante función a la hora de reconocer y regular las emociones. Además, en estas zonas cerebrales, la dopamina tiene un papel trascendental para su correcto funcionamiento como veremos más adelante.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, como se ha apuntado, se caracteriza por una serie de síntomas observables como son la inatención, la hiperactividad, la impulsividad, etc. Debido a dicha manifestación de estos síntomas, los jóvenes con este trastorno reciben con frecuencia críticas negativas sobre su manera de actuar y comportarse por parte de sus compañeros, familiares y profesores. Todos estos comentarios afectan negativamente a su autoestima (Fernández Jaén, García Giral y Plaza Romero, 2014).

2.4.5 Ámbito conductual

En lo que respecta al *ámbito conductual*, Miranda, Berenguer, Colomer y Roselló (2014), encontraron que los niños y adolescentes diagnosticados con TDAH

realizaban conductas de riesgo en mayor cantidad que el grupo control, lo que implica mayores probabilidades de accidente y de muerte.

Además, muestran mayor cantidad de problemas conductuales, si los comparamos con los compañeros de su edad. Así, Biederman, Newcorn y Sprich (1991) encontraron que entre un 30 y un 50% de los jóvenes con TDAH presentaban problemas en su comportamiento. Muchos de los niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad se comportan de manera disruptiva (desobediencia a los padres y profesores, molestan a sus compañeros en clase, etc), reclaman la atención de los adultos, se pelean más frecuentemente, mienten y tienen baja tolerancia a la frustración (Montañez Gómez, 2014).

Otro de los problemas añadidos en los niños con TDAH es la torpeza a la hora de realizar movimientos. Según el estudio llevado a cabo de Vaquerizo, Estévez y Pozo (2005) hasta un 34.17% de los niños y adolescentes con TDAH tienen torpeza motriz. Por tanto, es bastante más frecuente la torpeza motriz entre éstos que entre los que pertenecen al grupo control (sin TDAH).

2.4.6 Ámbito de ocio y tiempo libre

En cuanto al uso del *ocio y tiempo libre* de los jóvenes diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención por Hiperactividad, los videojuegos han sido uno de los temas más estudiados en los últimos años. Algunos autores han encontrado que los niños con TDAH juegan un poco más a menudo que los niños estándar (Bioulac, Arfi y Bouvard, 2008). Sin embargo, estos resultados difieren de los encontrados por Fernández Jaén (estudio no publicado) cuando comparó los hábitos de vida y el tiempo que dedican tanto jóvenes con TDAH como sin esta patología a su ocio. Como se puede

televisión entre semana. Sin embargo, donde sí se observaron diferencias significativas entre ambos grupos fue durante los fines de semanas. Los adolescentes con TDAH ven de media la televisión casi unas cuatro horas y media al día frente a las casi tres horas diarias de los adolescentes sin TDAH a lo largo del fin de semana. Estos datos implican que los adolescentes con TDAH tienen menos tiempo para dedicarle a actividades alternativas, como puede ser, estar con sus familiares, amigos o hacer deporte. Se concluye que los adolescentes con TDAH emplean su ocio de tal manera que las actividades de interacción social ocupan un tiempo menor que en el caso de adolescentes sin esta patología. Lo que otros estudios deberán aclarar es cuál es la causa y la consecuencia, es decir, si debido a que dedican poco tiempo a las relaciones sociales, es por ello que tienen dificultades en este ámbito o si por el contrario, los síntomas del TDAH les hacen no querer dedicar tiempo a relacionarse con sus familiares e iguales. El resto del tiempo que los adolescentes con TDAH en su tiempo de ocio no están viendo la televisión, lo suelen dedicar a estar con la familia (más de diez horas semanales), estar con sus amigos (casi unas nueve horas) y escuchar música entre otras actividades (Aierbe, 2011).

2.4.7 Ámbito sexual

Si nos centramos en los adolescentes y adultos con TDAH, en cuanto al *ámbito sexual* se refiere, son muchas las investigaciones que demuestran que presentan las siguientes características en este ámbito (Barkley, Fischer, Smallish y Fletcher, 2004; Mardomingo, Rodríguez y Plaza, 2014):

- Suelen iniciar sus relaciones sexuales antes de los 15 años de edad.
- Mayor número de parejas y matrimonios.
- Usan en menor medida que la población general diferentes métodos anticonceptivos.
- Tienen un mayor número de embarazos por debajo de los 20 años de edad. Cuando se compara con población sin TDAH, la ratio es de 42 embarazos por debajo de los 20 años en las personas con TDAH por cada embarazo en la población sin TDAH.
- Tienen una mayor proporción de enfermedades de transmisión sexual si lo comparamos con la población sin TDAH.

Según un estudio que llevó a cabo Barkley (2002) en el que comparó a jóvenes con TDAH con jóvenes sin esta patología, se vio que un 26% de los jóvenes con TDAH tuvieron al menos un hijo antes de los 20 años, algo que sólo ocurre en la población sin esta patología en un 1% de las ocasiones. Quizá uno de los motivos de estos resultados es que un 25% de los jóvenes con TDAH no suelen utilizar métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales, lo que contrasta con el 10% de la población normal. Un 17% de los jóvenes con esta patología han sido contagiados por alguna enfermedad de transmisión sexual por el 4% que la tiene en la población sin TDAH.

2.5 Modelos teóricos explicativos del TDAH

A lo largo de la literatura científica encontramos diversos modelos teóricos que intentan explicar cuáles son las causas de las dificultades que tienen las personas que

están diagnosticadas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En este apartado dividiremos los modelos teóricos más influyentes en dos grupos generales: los modelos teóricos que basan su explicación etiológica del TDAH en variables cognitivas y aquellos modelos que se basan en causas emocionales. No se considera que sean modelos opuestos y antagónicos, sino más bien complementarios en cuanto a la explicación etiológica del TDAH.

2.5.1 Modelos teóricos basados en explicaciones cognitivas

En este apartado nos encontramos con diferentes modelos teóricos que plantean que las personas con TDAH tienen alteraciones neuroanatómicas y neurofuncionales debido a la disfunción de una o varias funciones ejecutivas.

Numerosos estudios ponen de manifiesto que los jóvenes y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad tienen un deterioro significativo en el manejo de las funciones ejecutivas, como es el caso de la atención sostenida, la memoria operativa, la inhibición de respuesta y la planificación (Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone y Pennington, 2005).

Son muchos los modelos y los investigadores que señalan que el síntoma y elemento principal del TDAH es el déficit de atención, pero resulta sorprendente que el niño o adolescente sea capaz de mantener durante tiempos muy prolongados su atención en determinadas tareas que le interesan y motivan (Wicks e Israel, 1997).

La gran mayoría de los modelos teóricos propuestos en la última década para explicar el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad se basan en la dificultad que tienen estos jóvenes para inhibir sus respuestas, lo que se conoce como el

control inhibitorio. Sirvan de ejemplos de esto que mencionamos los modelos teóricos de Barkley (1997, 1998) y de Tannock (1998). En estos modelos, se pone el acento en las dificultades que tienen las personas con TDAH para demorar las gratificaciones, la inclinación que tienen para buscar recompensas inmediatas, un estilo de respuesta rápido e impreciso así como una deficiente autorregulación emocional y de conducta (Miranda, Soriano y García Castellar, 2002).

El *modelo híbrido de las funciones ejecutivas* de Barkley (1997), también conocido como el modelo de autorregulación, entiende el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) como un déficit de inhibición conductual caracterizado por deficiencias en la capacidad para inhibir y/o aplazar respuestas inmediatas, perseverar en aquellas tareas o actividades que se están en marcha y un pobre control de los estímulos que pueden interferir en la tarea principal que está llevando a cabo la persona.

Este modelo plantea que las dificultades que tienen los niños y adolescentes con TDAH para inhibir sus impulsos y emociones son generadas por déficits en cuatro aspectos de las funciones ejecutivas (Pineda y Puentes, 2013):

1) *Memoria operativa*

La memoria operativa o también llamada memoria de trabajo nos permite mantener viva una información mientras realizamos una tarea, aunque el estímulo ya haya desaparecido (Miranda, Soriano y García Castellar, 2002). El déficit en la memoria de trabajo provoca dificultades a la hora de retener información (palabras, dígitos, figuras, etc), incapacidad para manipular la información, déficits en la memoria de trabajo tanto prospectiva (futuro) como retrospectiva (pasado) y pobre conducta anticipatoria.

2) Autorregulación

En el TDAH existe una inmadurez en la autorregulación del afecto, la motivación y la alerta, lo que implica una limitación en regulación de los afectos, minimizando la objetividad en la toma de perspectiva social y empobreciendo la autorregulación del estado de alerta cuando la acción va dirigida a una meta.

3) Internalización del lenguaje

Los niños y adolescentes con TDAH tienen un retraso en la internalización del habla que limita la capacidad para describir y reflexionar sobre determinadas tareas y acontecimientos. Suelen tener dificultades a la hora de realizar una conducta siguiendo instrucciones, regular su comportamiento, en la comprensión lectora y en el razonamiento moral. Aproximadamente sobre los 10 años de edad, se supone que un niño sin ninguna patología ha adquirido la interiorización del habla.

4) Proceso de reconstitución

Los niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad tienen dificultades en el proceso de análisis y síntesis de lo que ven y hacen, déficit en la capacidad para establecer normas y límites, etc. Estos niños muestran una incapacidad para analizar las conductas complejas, ya sean verbales como no verbales, así como para resolver problemas.

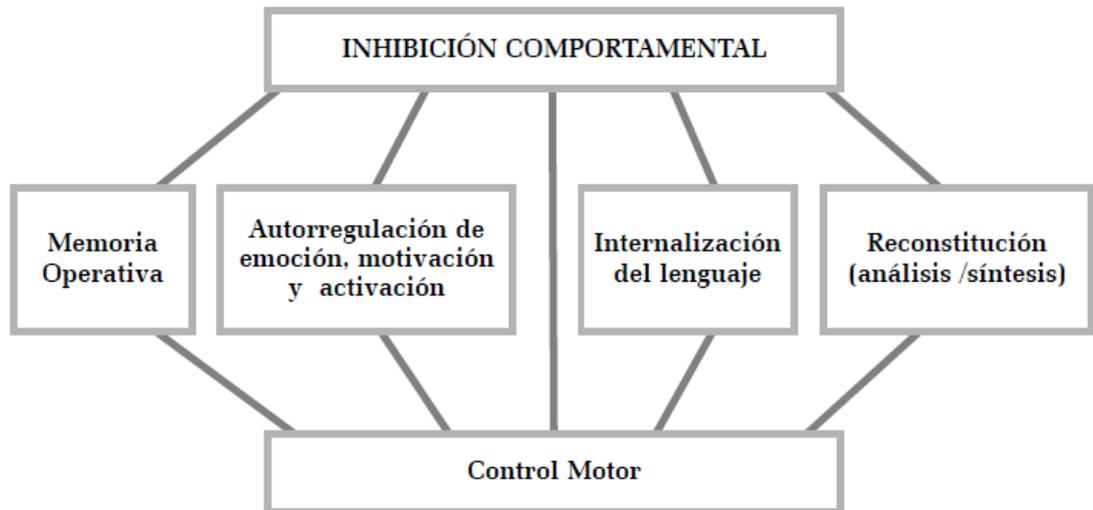


Figura 3. Modelo explicativo del TDAH de Russell Barkley.

Fuente: Miranda, Soriano y García Castellar (2002).

Los déficits en estas cuatro grandes áreas implican un pobre control motor, una sintaxis reducida, un déficit a la hora de inhibir respuestas que para la tarea que están realizando son irrelevantes o contradictorias, un deterioro en la ejecución de conductas que van dirigidas a una meta, falta de flexibilidad, menor capacidad para volver a retomar una tarea cuando han sufrido una interrupción y un pobre control de la conducta por información representada internamente (Barkley, 2006; Lavigne y Romero, 2010; Orjales, 2000).

El TDAH, por tanto, se explica por un modelo de mal funcionamiento de las funciones ejecutivas que afecta, entre otras habilidades de la inteligencia fluida, a la internalización del lenguaje y a la capacidad de análisis y síntesis de la información verbal (Vaquerizo Estévez y Pozo, 2005).

Como concluyen Pineda y Puentes (2013), el modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley entiende que el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es una dificultad, esencialmente, del control inhibitorio de sus impulsos y conductas.

Otro de los modelos teóricos basado en explicaciones cognitivas es el *modelo cognitivo-energético* (Sergeant, 2000; Sergeant, Oosterlaan y Van der Meere, 1999) cuya idea fundamental es que los factores energéticos son básicos para poder explicar la causa de los déficits que tienen los niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Este modelo tiene tres niveles. El primer nivel sería el cognitivo, donde se incluyen los procesos de la atención; el segundo nivel es el del arousal, la activación y el esfuerzo, mientras que el tercer nivel lo componen las funciones ejecutivas.

2.5.2 Modelos teóricos basados en explicaciones emocionales

Los modelos teóricos del TDAH basados en causas emocionales tratan de explicar esta patología en base a una afectación en el sistema de recompensa del niño o adolescente y surgen a raíz de las deficiencias que tenían los modelos cognitivos para explicar algunas manifestaciones cognitivo-conductuales del TDAH que no eran explicadas por éstos. El sistema de recompensa se encuentra alterado en los jóvenes con TDAH debido a un mal funcionamiento en el circuito estriado-talámico-cortical, y más concretamente, en las vías que conectan la región estriada ventral con la corteza frontal y orbitofrontal.

La regulación emocional se ha incluido en diferentes modelos explicativos del TDAH como un síntoma secundario causado por una disfunción primaria en los

procesos de control inhibitorio. Sin embargo, existen otros modelos que describen el TDAH como el resultado de una serie de anomalías o déficits en los circuitos neurales subyacentes. Por un lado, explican que la dificultad para el control de los procesos cognitivos inhibitorio se localiza en la zona frontoestriada y frontocerebelar y, por otro lado, el control de los procesos afectivos está ubicado en la zona frontolímbica (Pardos, Fernández Jaén y Fernández Mayoralas, 2009).

Uno de los modelos que más fuerza tiene dentro de las hipótesis emocionales del TDAH es el *modelo de aversión a la demora* desarrollado por Sonuga-Barke, Taylor, Sembi y Smith (1992). Esta explicación teórica se basa en la idea de que los niños con TDAH prefieren una recompensa inmediata antes que una recompensa demorada aunque esta última sea mayor (Antrop, Verte y Baeyens, 2006; Luman, Oosterlaan y Sergeant, 2005; Rapport, et al., 1986; Sonuga-Barke et al., 1992).

2.6 Definición y tipos de atención

Antes de adentrarnos en los diferentes tipos de atención que existen, resulta importante definir el concepto de atención. Según García Sevilla (1997) *la atención es un mecanismo que pone en marcha una serie de procesos u operaciones gracias a los cuales somos más receptivos a los sucesos del ambiente y llevamos a cabo una gran cantidad de tareas de forma más eficaz* (p. 14).

En la sociedad en la que vivimos, la gran cantidad de dispositivos electrónicos que existen y que favorecen refuerzos externos inmediatos como los videojuegos, la televisión, Internet etc. presentan pocas oportunidades para favorecer y entrenar la atención sostenida, la demora de recompensa, estrategias reflexivas, etc. en todos los

individuos siendo, posiblemente, su impacto mayor en aquellos con TDAH (Cardo y Servera, 2005).

En cuanto a los tipos de atención, siguiendo a Guerrero (2016), podemos diferenciar seis tipos de atención:

a) *Atención selectiva*: activamos este tipo de atención cuando seleccionamos del ambiente aquel o aquellos estímulos que nos resultan interesantes. Todas las tareas de tachado se basan en la atención selectiva.

b) *Atención focalizada*: es la capacidad que tenemos de centrarnos y focalizarnos en un solo estímulo del ambiente, para lo cual también necesitamos del proceso de la inhibición para evitar que las distracciones nos hagan perder nuestra atención.

c) *Atención sostenida*: es un tipo de atención que nos exige estar atentos durante un tiempo a un estímulo o tarea. Es el tipo de atención en donde las personas con TDAH tienen dificultades, ya que se precisa mantener la atención durante largos periodos de tiempo y ser perseverantes.

d) *Atención dividida*: este tipo de atención se pone en marcha cuando tenemos que captar la información de, al menos, dos estímulos o tareas simultáneamente. La atención dividida es contraria a la focalizada.

e) *Atención alternante*: en determinados momentos debemos prestar atención a dos tareas pero no simultáneamente sino que se van alternando.

Primero prestamos atención a la tarea A y después a la B y así vamos cambiando de foco de atención.

f) *Atención excluyente*: en algunos momentos necesitamos inhibir determinados estímulos o respuestas que no son relevantes para nuestra tarea. El ejemplo clásico que explica la atención excluyente o inhibitoria es el test de Stroop (Golden, 1994).

2.7 La autorregulación en el TDAH

Debido a la importancia que tiene la autorregulación en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y en el modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley, dedicamos un apartado a este proceso fundamental para entender este trastorno.

Barkley (1997) entiende por autorregulación o autocontrol la capacidad que tenemos para inhibir o frenar las respuestas emocionales y las motoras que se producen de forma inmediata ante la presencia de un estímulo, suceso o evento con el fin de sustituirlas por otras más adecuadas.

Las alteraciones que sufren los niños y adolescentes con TDAH en la autorregulación de la motivación, la emoción y la vigilia provoca una dificultad importante en la capacidad para frenar o retrasar las respuestas con contenido emocional ante determinado acontecimiento o suceso. Por este motivo que los jóvenes y adultos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad tienen una baja tolerancia a la frustración, frecuentes estallidos emocionales aparentemente sin sentido y ansiedad desmesurada. Esta fallo en la autorregulación explica también los sesgos habituales que

tienen los niños y adolescentes con TDAH a la hora de autoevaluarse, la excesiva personalización de los acontecimientos y la menor objetividad cuando tienen que valorar situaciones sociales conflictivas con padres, maestros y compañeros (Miranda, Soriano y García Castellar, 2002).

Hablar de autorregulación es hablar de voluntad, de control emocional, pero fundamentalmente de reconocer los instintos, las emociones y los pensamientos y saber afrontarlos. Es importante el concepto de afrontamiento porque no se pretende una represión de las emociones, sino una regulación de las mismas. Consiste en otorgar a las emociones el contexto y las manifestaciones conductuales adecuadas, en vez de utilizar un proceso de contención y represión. Un factor central al concepto de autorregulación es aquel que dice que la regulación emocional ejercida por el ser humano, puede realizarse cuando se controla la manifestación de una emoción inadecuada, transformándola en una respuesta adecuada, como en aquellas otras ocasiones, donde se expresa mediante la percepción, reconocimiento, sentimiento y manifestación de la emoción adecuada en el contexto correcto. La autorregulación no puede ser entendida ni desarrollada sin la base fundamental que le va a proporcionar el hecho de contar con una buena autoestima. Dicha autoestima, como ya se ha señalado, será consecuencia directa de la existencia de un grado adecuado de confianza en uno mismo. Esta confianza permitirá un proceso de adaptación que permita y posibilite la adecuada autorregulación emocional.

2.7.1 Factores asociados al desarrollo de autorregulación emocional

Son diversos los factores que influyen en el desarrollo de la autorregulación emocional. Según Ato, González y Carranza (2004) los factores de la autorregulación emocional son de dos tipos:

➤ Factores Endógenos: uno de los aspectos de la maduración del individuo que aparece como más relevante para el desarrollo de la autorregulación emocional se refiere a la maduración de las redes atencionales. Dado que las estructuras cerebrales implicadas en las diferentes redes atencionales maduran a diferente ritmo, las habilidades de autorregulación de los niños también variarán en el tiempo en función de tales cambios madurativos.

➤ Factores Exógenos: son muchos los investigadores que conceden cada vez más importancia a la contribución de la interacción madre/padre-niño o profesor-niño a la hora de explicar los procesos autorregulatorios de los jóvenes. La influencia de la conducta de los padres sobre las estrategias de autorregulación emocional de los niños ha sido puesta de manifiesto por una diversidad de estudios.

Todos estos trabajos concluyen, por un lado, que la presencia activa de la madre favorece el uso de estrategias de autorregulación emocional del niño, y por otro, que la sensibilidad del cuidador (padres y/o educadores) y su capacidad para proporcionar ambientes y estrategias adecuadas, son una fuente de influencia muy importante en el desarrollo de las habilidades del niño.

2.7.2 Modelos de autorregulación emocional

Son muchos los modelos teóricos que pretenden explicar cómo adquieren los niños la autorregulación emocional. Algunos de estos modelos destacan factores como la experiencia y la planificación emocional (Higgins, Grant y Shah, 1998), otros destacan la homeostasis o equilibrio emocional (Bonano, 2001) y otros subrayarán distintos procesos de selección y atención (Barret y Gross, 2001). A pesar de la diversidad de modelos no existe un consenso respecto al alcance de los modelos por parte de la comunidad científica (García y Giménez, 2010).

2.7.2.1 Modelo autorregulatorio de las experiencias emocionales (Higgins, Grant y Shah, 1998)

El punto de partida teórico del *modelo autorregulatorio de las experiencias emocionales* de Higgins, Grant y Shah (1998) se fundamenta en la diferenciación existente a nivel individual, respecto a cómo y en qué grado el ser humano experimenta el placer y el malestar. Los autores de este modelo argumentan que estas circunstancias se desarrollan en función del tipo de regulación emocional que cada uno de nosotros desarrolla de manera habitual. Así, destacando la importancia del repertorio experiencial del ser humano, el modelo se articula en torno a los efectos de referencia anticipatoria en el proceso de regulación. El modelo tiene dos principios básicos de regulación emocional: la anticipación regulatoria y la referencia regulatoria. La primera hace referencia a que basándose en la experiencia previa, el niño puede anticipar el placer o malestar futuro. De esta forma, imaginar un suceso placentero futuro producirá una motivación de acercamiento, mientras que imaginar un malestar futuro producirá una motivación de evitación. La referencia regulatoria explicaría que, ante una misma

situación, se puede adoptar un punto de referencia positivo o negativo. Esto es una conducta puede resultar atrayente, bien por la anticipación de efectos positivos que se derivarán de ella, bien por la eliminación de efectos negativos que consecuentemente se sucederán tras su manifestación.

2.7.2.2 Modelo secuencial (Bonano, 2001)

El *modelo secuencial* de Bonano (2001) plantea un modelo en donde se destaca el papel relevante de la autorregulación dentro del contexto de la inteligencia emocional. En este sentido, como señalan Fernández, Domínguez, Cruz, Abelleira y Amado (2009), se plantea un modelo de autorregulación emocional que constituye el pilar fundamental de todas las teorías que afrontan la explicación del manejo y control de las emociones y los sentimientos. Dicho sistema de control supervisaría nuestra experiencia emocional para poder ajustar las emociones y sentimientos a nuestras metas de referencia. Incluye tres categorías de actividad autorregulatoria. La primera de ellas implica el control de comportamientos automáticos dirigidos a la regulación inmediata de respuestas emocionales previas (*regulación de control*), lo que le supone anticipar las necesidades de control en desafíos futuros (*regulación anticipatoria*) y que, en ausencia de necesidades inmediatas por satisfacer, nos permite adquirir nuevas habilidades para mantener nuestro equilibrio emocional (*regulación exploratoria*).

Así, podemos entender el citado modelo de Bonano como una búsqueda de homeostasis, tal como expresa Madrid (2003):

Bonano (2001) expone un modelo de autorregulación emocional que se centra en el control, anticipación y exploración de la homeostasis

emocional. La homeostasis emocional se conceptualizaría en términos de metas de referencia pertenecientes a frecuencias, intensidades o duraciones ideales de canales experienciales, expresivos o fisiológicos de respuestas emocionales. En este sentido, Vallés y Vallés (2003) señalan que puesto que las emociones tienen tres niveles de expresión (conductual, cognitivo y psicofisiológico) la regulación del comportamiento emocional afectará a estos tres sistemas de respuesta.

Por tanto, la autorregulación emocional no sería sino un sistema de control que supervisaría que nuestra experiencia emocional se ajustase a nuestras metas de referencia.

2.7.2.3 Modelo de procesos (Barret y Gross, 2001)

El *modelo de procesos* de Barret y Gross (2001), a diferencia de lo que establecían las consideraciones teóricas de los modelos previamente citados, se destaca en mayor medida el papel fundamental con que cuenta la interacción producida entre los distintos procesos. A raíz de dicha interacción, el individuo puede alcanzar las capacidades que le permitan regular adecuadamente la conducta emocional. El modelo centra su atención en el momento de ocurrencia de las distintas formas de regulación a lo largo del proceso emocional. En este contexto se diferencian (a) estrategias de aparición temprana (focalizadas en los antecedentes), por ejemplo, aquellas que versan sobre el contexto, situación, significado atribuido a la fuente de activación, entre otras, y (b) estrategias de aparición más tardía (focalizadas en la respuesta), por ejemplo, sobre los cambios somáticos experimentados una vez que la emoción se inició completamente (Silva, 2003).

2.7.3 Aspectos evolutivos de la autorregulación en los niños

Como ya hemos señalado, la autorregulación juega un papel fundamental en cuanto a las posibilidades individuales de adaptación frente a las demandas suscitadas por los distintos contextos donde interactúa el niño. La gran mayoría de autores se han centrado en estudiar el desarrollo de la autorregulación en la etapa infantil y en población normal, con lo que habrá que seguir investigando cómo es el proceso de la autorregulación en los niños con trastorno por déficit de atención por hiperactividad (Ato, González y Carranza, 2004). La investigación de la autorregulación emocional en niños tiene una especial importancia en los últimos años debido a la gran cantidad de implicaciones que se han encontrado en los niños en diversas áreas del desarrollo como la calidad del apego, el desarrollo moral, el rendimiento académico o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Ato, Carranza, González, Ato y Galián, 2005).

2.8 Neuroanatomía del TDAH

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es la patología que más se investiga con las diferentes técnicas de imagen, por lo que existen muchas publicaciones al respecto (Rubia, Alegría y Brinson, 2014). La gran mayoría de estudios relacionan el TDAH con una disfunción de la corteza prefrontal (Mulas, Capilla, Fernández, Etchepareborda, Campo, Maestú y Ortiz, 2006; Solanto, 2000).

Los datos de estudios neuropsicológicos, neuroquímicos y de neuroimagen estructural y funcional han llegado a la conclusión de que la existencia de anomalías cerebrales anatómicas y funcionales es extensa y robusta en la literatura científica. Uno

de estos hallazgos es que el trastorno por déficit de atención está caracterizado por anomalías en una amplia variedad de regiones del cerebro. Por ejemplo, algunas investigaciones encuentran que en el TDAH el circuito fronto-estriado-cerebelar, donde intervienen estructuras como la corteza prefrontal dorsolateral, regiones dorsales de la corteza cingulada anterior, el núcleo caudado, el putamen, la vermis y el estriado están afectados en esta patología (Bush, Valera y Seidman, 2005; Seidman, Valera y Makris, 2005; Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone y Pennington, 2005; Zimmer, 2009). El malfuncionamiento de este circuito parece ser el responsable de los déficit en las funciones ejecutivas, y en especial del pobre control inhibitorio que muestran los niños, adolescentes y adultos con TDAH (López, Albert, Fernández y Carretié, 2009). En esta misma línea, Soutullo (2014) señala que la alteración genética que se da en el TDAH altera el desarrollo del cerebro desde el punto de vista anatómico, funcional y de conectividad entre diferentes zonas cerebrales.

En esta misma línea, Rubia (2013) señala que los niños y adolescentes con TDAH tienen déficits en las funciones cognitivas superiores que cumplen la misión de dirigir nuestras conductas hacia la consecución de metas y objetivos, y esto es debido al desarrollo tardío de los circuitos frontoestriadoparietales y frontocerebelares.

Si nos centramos en las diferencias existentes entre un cerebro sano y un cerebro de una persona con TDAH, podemos concluir que existen algunas diferencias entre ambos. Todas estas conclusiones se han podido llegar a ellas gracias a las técnicas de neuroimagen modernas que existen hoy en día. Un amplio número de estudios llegan a la conclusión de que el volumen cerebral de los niños con TDAH es menor al cerebro de los niños y adolescentes sin TDAH. Estos hallazgos se cumplen tanto si comparamos el volumen de todo el cerebro en su globalidad como si entramos a comparar regiones y zonas concretas del cerebro. Si comparamos el cerebro de un niño con TDAH y el de un

niño sin esta patología y de su misma edad, el volumen del cerebro del niño con TDAH es entre 3% y 5% menor (Seidman, Valera, y Makris, 2005). Si nos centramos en áreas concretas del cerebro, se ha comprobado que el cerebro de un niño o adolescente con TDAH tiene regiones de la corteza prefrontal, del núcleo caudado, de la vermis y cuerpo calloso con menor volumen si los comparamos con un niño sano (Castellanos, 2002; Valera, Faraone, Murray y Seidman, 2007). Los estudios longitudinales del National Institute of Mental Health compararon los cerebros de 232 personas con TDAH y otras 232 personas sin esta patología. Los resultados demostraron que las personas con TDAH tienen un retraso de 2 a 5 años en los valores máximos de espesor y superficie cortical, encontrándose un retraso en el desarrollo significativo en los lóbulos frontal, temporal y parietal (Shaw, Malek, Watson, Greenstein, De Rossi y Sharp, 2013).

Investigaciones en esta misma línea realizadas con técnicas funcionales que permiten observar el cerebro de una persona en tiempo real mientras realiza una tarea concreta, llegan a la conclusión de que existe una disfunción en el circuito fronto-estriado. En este caso, los niños y adolescentes con TDAH estaban realizando una tarea cognitiva o académica sin contenido emocional en donde se evaluaba las zonas cerebrales mientras el niño hacía una tarea atencional y de control inhibitorio (Barry, Johnstone y Clarke, 2003; Bush Valera y Seidman, 2005; Dickstein, Bannon, Castellanos y Milham, 2006).

La tarea que más se utiliza en este tipo de estudios para demostrar la disfunción del circuito fronto-estriado es la de Go-No go. En este tipo de tarea, la persona tiene que prestar atención a un determinado estímulo y, a la vez, omitir o inhibir las respuestas a estímulos irrelevantes para esa tarea concreta. La tarea Stoop cumple con estos requisitos. Como señalan López, Albert, Fernández y Carretié (2009) aunque las

investigaciones científicas apoyan una disfunción del circuito fronto-estriado en los niños, adolescentes y adultos con TDAH, esta explicación no es suficiente para poder explicar la gran cantidad de síntomas y dificultades que manifiestan. También se ha comprobado que otras zonas y circuitos cerebrales están implicados en el TDAH, como es el cerebelo o los sistemas mesolímbico y parieto-temporal (Vaidya y Stollstorff, 2008).

La investigación de Fernier (1876) concluyó que cuando se realizaba una ablación del lóbulo frontal a los monos, éstos se comportaban de manera inquieta y con serias dificultades para poder concentrarse en una tarea. Blau (1936) y Levin (1938) observan un comportamiento bastante parecido al que describía Fernier en los primates a los que se les había realizado una extirpación del lóbulo frontal, que tiene implicaciones con las funciones ejecutivas como el control inhibitorio, la atención sostenida y la autorregulación emocional entre otras.

Según Volkow, Wang, Kollins, Wigal, Newcorn, y Telang (2009), los niños, adolescentes y adultos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad tienen una menor disponibilidad de receptores (D2/D3) y transmisores (DAT) dopaminérgicos en el núcleo accumbens y el hipotálamo. Hallazgos similares encontraron otros autores que señalan que los neurotransmisores implicados en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad son la dopamina y la noradrenalina (Arnsten, Steere y Hunt, 1996; Solanto, 2002). Estos neurotransmisores serían los que explican la falta de control para inhibir respuestas o conductas no deseadas, déficit en la atención y mal rendimiento en tareas de autocontrol, memoria operativa, planificación, etc.

2.9 Las funciones ejecutivas en el TDAH

Según Pineda (2000), las funciones ejecutivas son *un conjunto de habilidades cognoscitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, el diseño de planes y programas, el inicio de las actividades y de las operaciones mentales, la autorregulación y la monitorización de las tareas, la selección precisa de los comportamientos y las conductas, la flexibilidad en el trabajo cognoscitivo y su organización en el tiempo y en el espacio para obtener resultados eficaces en la resolución de problemas* (p. 764).

Las funciones ejecutivas son procesos cognitivos superiores cuya finalidad es la optimización de otros procesos cognitivos de menor rango para su adecuado desempeño. Las funciones ejecutivas llevan a cabo un comportamiento dirigido a metas y son capaces de autoevaluar la propia conducta para modificarla en función de la retroalimentación que recibamos (Sánchez Carpintero y Narbona, 2004).

Vaquerizo, Estévez y Pozo (2005) definen la función ejecutiva como el conjunto de procesos de tipo cognitivo y metacognitivo que incluyen la atención sostenida, la inhibición de posibles interferencias en la tarea, la planificación, el control de nuestros impulsos y nuestra conducta y la flexibilidad cognitiva. Como se concluye en numerosos estudios, las personas que tienen una disfunción ejecutiva obtienen peores resultados en tareas de rendimiento, son más proclives a la distracción, muestran conductas desorganizadas y se muestran impulsivos y rígidos (Goldberg y Costa, 1981; Morgado, 2005).

Las funciones ejecutivas se localizan en los lóbulos frontales, concretamente en las zonas anteriores, áreas prefrontales y las conexiones con otras zonas del córtex y de estructuras subcorticales como la amígdala, el hipocampo y el cerebelo (Pineda, 2000).

de niños con TDAH se diferenciaban del grupo normal en amplitud atencional y en memoria de trabajo. Los niños con TDAH de presentación inatenta tenían dificultades en las tareas viso espaciales y en las de planificación. Por su parte, los niños del grupo de TDAH de presentación combinado tenían dificultades en las tareas de fluidez, impulsividad cognitiva, inhibición de respuestas y flexibilidad cognitiva.

En esta misma línea, las investigaciones realizadas sobre el rendimiento de los niños diagnosticados de TDAH en tareas de funciones ejecutivas ponen de manifiesto que estos niños obtienen peores resultados en todos los aspectos medidos en el Trail Making Test, una prueba clásica que consiste en unir números consecutivos, bien en orden ascendente o bien en orden descendente. En dicha prueba, los niños con TDAH, además de obtener peores resultados en atención alternante, requieren más tiempo para resolver la tarea (Capelatto, Franco de Lima, Ciasca y Alves Salgado-Azoni, 2014). Además, como señala Toledo (2006), los niños con TDAH tardan más tiempo en encontrar los errores que han cometido al finalizar la tarea.

2.9.1 Atención

La *atención* es una de las funciones ejecutivas que están más implicadas en el TDAH. En cuanto al desarrollo evolutivo se refiere, la atención durante la edad preescolar es un proceso psicológico inmediato, involuntario y dirigido a estímulos llamativos y novedosos. A medida que el niño crece, la atención voluntaria, o en ocasiones llamada concentración, se va desarrollando de forma externa para el niño y está dirigida por el adulto a través del gesto y la palabra (Vaquerizo, Estévez y Pozo, 2005).

Los niños con TDAH muestran dificultades en tareas de atención visual sostenida, especialmente las que implican un rastreo, como por ejemplo, buscar determinada letra, número o símbolo en una hoja. Además, estos niños requieren de más tiempo para terminar la tarea, obteniendo mayor número de errores si los comparamos con el grupo control (Capelatto, Franco de Lima, Ciasca y Alves Salgado-Azoni, 2014).

En investigaciones donde se han utilizado tareas de atención visual sostenida, como actividades de cancelación o tachado de figuras geométricas o letras en líneas, se ha comprobado que los niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad obtienen mayor número de omisiones si los comparamos con el grupo control. Además, en el Trail Making Test, prueba clásica donde la persona tiene que poner en marcha procesos atencionales y de planificación, los niños con TDAH obtienen mayor número de errores que sus iguales sin esta patología (Capelatto, Franco de Lima, Ciasca y Alves Salgado-Azoni, 2014). A pesar de que la literatura científica encuentra que los niños con TDAH tienen mayor número de comisiones en tareas de atención, entendiendo por comisión un acto impulsivo (Toledo, 2006), el estudio de Capelatto, Franco de Lima, Ciasca y Alves Salgado-Azoni (2014) no encontró diferencias estadísticamente significativas. Berwid et al. (2005) encontraron en una investigación que existe una correlación positiva fuerte en niños en la etapa pre-escolar entre número de omisiones en una tarea de atención y el futuro diagnóstico de TDAH en años posteriores.

Las investigaciones de Capelatto, Franco de Lima, Ciasca y Alves Salgado-Azoni (2014) sugieren que los niños con TDAH tienen dificultades para rastrear estímulos, requiriendo para ello mayor tiempo, y el número de errores que comenten es mayor. Resultados similares obtuvieron Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone y Pennington (2005) aplicando una tarea de vigilancia atencional con niños diagnosticados de TDAH. La prueba que utilizaron fue el Continuous Performance Test (CPT) donde encontraron

que los jóvenes con TDAH cometían un mayor número de errores de omisión (inatención) y de comisión (flexibilidad) si los comparamos con el grupo control.

Como bien explica Orjales (2000), los niños y adolescentes con TDAH muestran problemas en su atención focalizada o también llamada sostenida, ya que les cuesta mantener la atención durante un tiempo, sobre todo si la tarea es poco motivante y/o monótona. Si la tarea que están realizando los niños implica la presentación de unos estímulos de forma lenta, estos tendrán dificultades para atenderlos y su rendimiento será peor que en el grupo control. Además, tienden a procesar la información de manera más superficial que el resto de niños y adolescentes de su edad.

Son numerosas las investigaciones que ponen de manifiesto que los niños y adolescentes con TDAH cometen más errores de omisión en diferentes pruebas de atención, entiendo la omisión como una manifestación de la inatención de la persona (Biederman, Petty y Doyle, 2008; Miranda, Fernández Andrés, García Castellar, Roselló y Colomer, 2011; Toplak, Bucciarelli, Jain y Tannock, 2009).

2.9.2 Inhibición

La *inhibición* es otra de las funciones relevantes que más se ha estudiado en el TDAH. Según Barkley (1997) en el proceso de inhibición conductual, la persona debe inhibir la ejecución de una respuesta inmediata, a la vez que tiene que evitar que tanto los estímulos internos como los externos del niño interfieran en la tarea o actividad que esté realizando, es decir, lo que se conoce como resistencia a la distracción.

Una de las pruebas que mide la habilidad para inhibir respuestas automáticas, seleccionando estímulos relevantes e ignorar aquellos que no lo son, es la Stroop Color

and Word Test (Golden, 1994; Lima et al., 2011; López-Villalobos et al., 2010). Los niños con TDAH muestran en la tarea Stroop mayor número de errores y tardan más tiempo que el grupo control en terminar la tarea.

En esta misma dirección, Sánchez y Narbona (2001) consideran que el déficit clave en el TDAH es la dificultad en la inhibición de estímulos que no son relevantes, como ya estableciera el *modelo híbrido de las funciones ejecutivas* de Barkley. Para estos autores, presentan dificultad para inhibir o controlar respuestas que no son necesarias para la tarea, para frenar respuestas que ya están en marcha o para resistir la interferencia de otros estímulos.

Son numerosos los estudios que llegan a la conclusión de que los niños y adolescentes con TDAH obtienen mayor número de comisiones, es decir, tienen peores resultados a la hora de inhibir estímulos, observándose en ellos un comportamiento más impulsivo (Biederman, Petty y Doyle, 2008; Miranda, Fernández Andrés, García Castellar, Roselló y Colomer, 2011; Toplak, Bucciarelli, Jain y Tannock, 2009). En una investigación llevada a cabo por Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone y Pennington (2005) comprobaron que los niños con TDAH obtienen peores puntuaciones en la tarea Stroop que el grupo control.

Una de las investigaciones clásicas llevadas a cabo por Mischel y su equipo de colaboradores demostró hace varias décadas cómo evoluciona la adquisición de la inhibición en los niños. En este estudio, el investigador acompaña al niño de 4 años a un aula en donde se le pone encima de la mesa algún dulce. El adulto le dice que tiene que salir de la sala durante unos minutos y le permite al niño comerse el dulce en cualquier momento, pero si es capaz de aguantar hasta que llegue el investigador, el niño obtendrá como premio dos dulces. Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que cuando

los dulces están a la vista del niño, inhibir la conducta de comérselos es más difícil que si no están a la vista (Mischel, Shoda y Rodríguez, 1989).

2.9.3 Memoria operativa

La *memoria operativa* nos permite mantener una cantidad limitada de información en nuestra cabeza mientras estamos realizando una determinada tarea, a pesar de que el estímulo ya no se encuentre presente. Como señala Artigas (2003), la memoria operativa o memoria de trabajo es una ampliación de la memoria inmediata o a corto plazo. La función que tiene la memoria a corto plazo consiste en retener o mantener información durante un tiempo sin que haya una manipulación de dicha información. En cambio, la memoria operativa implica la retención de la información más las operaciones mentales que realiza con esa información.

Las alteraciones en la memoria operativa, como en el caso del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y otras demencias degenerativas, provocan una dificultad para recordar los acontecimientos, una disminución de la orientación temporal y espacial, así como un déficit en la capacidad de previsión futura (Miranda, Soriano y García Castellar, 2002).

2.9.4 Planificación

En cuanto a la *planificación* de tareas se refiere, los niños con TDAH muestran más errores y dificultades para planificar y sistematizar sus tareas (Toledo, 2006). Encontramos investigaciones que apoyan esta línea, argumentando que captar las ideas principales implícitas de los textos escritos exige tener unos adecuados recursos de

planificación y, por tanto, los niños y adolescentes con TDAH tienen importantes limitaciones en este tipo de tareas, además de necesitar una mayor cantidad de tiempo si lo comparamos con el resto de compañeros de su misma edad (Miranda, Soriano y García Castellar, 2002).

En esta misma línea, son numerosos los estudios que muestran un déficit en el rendimiento de niños con TDAH en tareas de planificación como es el caso de la Torre de Londres (Sarkis, Sarkis, Marshall y Archer, 2005; Scheres, Oosterlaan, Geurts, Morein Zamir, Meiran, Schut et al., 2004), la Torre de Hanoi (Aman, Roberts y Pennington, 1998) o los laberintos de Porteus (Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone, y Pennington, 2005).

2.9.5 Flexibilidad cognitiva

La *flexibilidad cognitiva* es la capacidad que tenemos las personas de adaptar nuestras conductas y pensamientos a las condiciones y dificultades de las tareas (Cañas, Quesada, Antoní y Fajardo, 2003).

Según Grattan y Eslinger (1990) la flexibilidad cognitiva es la habilidad para cambiar de forma rápida de un pensamiento a otro o de una conducta a otra de acuerdo con las exigencias de la situación. Por tanto, la flexibilidad cognitiva implica dos procesos:

- 1) Parar o inhibir una respuesta activada (*inhibición de la primera respuesta*).
- 2) Ejecutar una respuesta alternativa más adecuada a la situación (*activación de una nueva respuesta*).

Numerosas investigaciones concluyen que los niños con TDAH tienen más dificultades de flexibilidad cognitiva que sus iguales sin TDAH (Barkley, 2008; Capelatto, Franco de Lima, Ciasca y Alves Salgado-Azoni, 2014; Orjales, 2000). Esta dificultad a veces les impide a las personas con TDAH comprender las diferentes situaciones y sucesos que ocurren inesperadamente (Vaquerizo y Estévez, 2006).

Una de las tareas clásicas, como veremos más adelante, para evaluar la flexibilidad cognitiva es el Test de Stroop (Golden, 1994). En un estudio clásico realizado con adultos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad se encontró que cometían más errores a la hora de nombrar los colores en los que estaban escritas las palabras y además tardaban más tiempo en completar la prueba en comparación con la población sin TDAH (Hopkins, 1979).

2.9.6 Psicomotricidad

En cuanto al *desarrollo psicomotor* de los niños afectados por el trastorno por déficit de atención con hiperactividad no difiere en gran medida de los niños que no tienen esta patología. No obstante, es habitual encontrar que los niños y adolescentes con TDAH suelen tener mayor problemática en la motricidad fina que sus iguales sin TDAH (Vaquerizo, 2004).

En esta línea, otras investigaciones apoyan estos datos, Zentall y Smith (1993) llegan a la conclusión de que los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad suelen tener problemas en la motricidad fina y esto afecta a la coordinación y secuencia motora necesarias para el trazado de las letras. Estudios en esta misma línea señalan que los niños con TDAH tienen dificultades en este tipo de motricidad debido a la presencia de sincinesias, es decir, movimientos involuntarios de

los dedos, que dificultan tareas cotidianas como escribir y atarse los cordones. La gran mayoría de tareas o movimientos que exijan una coordinación óculo-manual, los jóvenes con TDAH las realizarán con ciertas dificultades (Cabanyes, Polaino Lorente y Ávila, 1991; Castellanos, Marvasti, Ducharme, Walter, Israel, Krain, Pavlovsky y Hommer, 2000; Swanson, Castellanos, Murias, LaHoste y Kennedy, 1998).

2.9.7 Lenguaje

Respecto del *lenguaje*, el trastorno más frecuentemente descrito en las diversas investigaciones es el retraso en la comprensión del lenguaje. En la etapa pre-escolar, pueden verse los primeros problemas a la hora de aprender los colores, los números y las letras (Vaquerizo, 2004). Además, los niños con TDAH tienen dificultades y retrasos en la adquisición del lenguaje interno, es decir, hablarse a sí mismos para dirigir su propia conducta. La inmadurez de los niños con TDAH en el lenguaje interno puede provocar dificultades a la hora de adoptar un comportamiento guiado por normas y reglas, así como un retraso en el desarrollo moral del niño. Además, los niños y adolescentes con TDAH suelen tener mayor número de errores sintácticos que sus compañeros que no tienen TDAH, ya que no es infrecuente encontrar inconsistencia en los tiempos verbales, omisiones y sustituciones, frases incoherentes, etc. Para conseguir superar estas limitaciones, los niños con TDAH suelen utilizar más a menudo frases simples, cortas y un nivel de vocabulario básico (Miranda, Soriano y García Castellar, 2002).

Estudios recientes confirman que los jóvenes con TDAH tienen dificultades en la comprensión lectora de textos debido a sus limitaciones en las funciones ejecutivas de la atención y, en especial, de la memoria operativa. Su mayor dificultad es la

comprensión de frases complejas, las frases que no comienzan por el sujeto de la oración y la comprensión de las anáforas, que requieren de un uso importante de la memoria operativa (Soriano, Ygual y Pinto, 2014).

2.10 Etiología del TDAH

Hasta la fecha, la etiología del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad no se ha identificado de una manera clara. Aun así, la gran mayoría de estudios científicos apuntan a que son los factores genéticos y neurobiológicos los que tienen un importante papel en la causa de este trastorno (López, Albert, Fernández y Carretié, 2008).

En contraste con la gran mayoría de estudios existentes en torno a las causas genéticas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, existen otros estudios que subrayan la influencia de variables contextuales, y en concreto de las variables familiares, como factores que pueden o bien potenciar o bien disminuir los síntomas o manifestaciones de este trastorno del neurodesarrollo (Alomar, 2006; García, 2001; Montiel, 2005; Zeidner, Matthews, Roberts y MacCann, 2003).

2.10.1 Variables genéticas

A pesar de que debemos seguir estudiando la etiología de este trastorno, la gran mayoría de investigaciones científicas apuntan a la genética como principal responsable de la manifestación del TDAH. Las investigaciones en este sentido son numerosas. Se han realizado estudios para investigar la heredabilidad del TDAH con niños adoptados y con gemelos (Albert, López, Fernández Jaén y Carretié, 2009).

En cuanto a los estudios que se han realizado con niños adoptados, se ha observado que la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es claramente mayor entre los familiares biológicos que entre los familiares adoptivos (Sprich, Biederman, Crawford, Mundy y Faraone, 2000).

Los estudios con gemelos señalan que existe una elevada prevalencia de TDAH entre padres y hermanos de niños con TDAH (Faraone y Mick, 2010; Thapar, Langley, Owen y O'Donovan, 2007). Las investigaciones han llegado a la conclusión de que existe una probabilidad de un 18% de presentar TDAH cuando el padre es biológico frente al 6% de probabilidades cuando es adoptivo (Sprich, Biederman, Crawford, Mundy y Faraone, 2000). Hallazgos similares a estos los encontramos en investigaciones con hermanos de jóvenes con TDAH. Se comprobó que cuando se trata de gemelos monocigóticos, la correlación es de 0.86, mientras que en el caso de gemelos dicigóticos es de 0.29 (Gillis, Gilger, Pennington y DeFries, 1992). En esta misma línea, se estimó que el índice de heredabilidad del trastorno es de 0.77 (Faraone et al., 2005). Dicha cifra es bastante elevada si la comparamos con la de otros trastornos neuropsiquiátricos como la depresión (0.39) o la ansiedad generalizada (0.32). En esta misma línea, Barkley (1997) llegó a la conclusión de que un 50% de los hijos de padres que están diagnosticados de TDAH desarrollarán este mismo trastorno.

En un estudio llevado a cabo en población chilena, se comprobó que un 59% de los pacientes adultos diagnosticados con TDAH tenían, al menos, un familiar de primer grado diagnosticado también de TDAH (González Hernández, Galdames Contreras, Oporto Segura, Nervi Nattero y Von Bernhardt, 2007).

Según Barkley (1998), es más que probable que el TDAH pueda tener en su base factores genéticos. Barkley concluye que este trastorno no implica un trastorno en

la atención, ya que no tienen dificultades para prestar atención, sino más bien una dificultad en la inhibición y en el autocontrol debido a una inmadurez de los circuitos cerebrales que subyacen a estos procesos cognitivos. La dificultad que tienen los niños y adolescentes con TDAH para autocontrolarse, les impide otras importantes funciones ejecutivas cruciales, como son la atención sostenida y la capacidad para retrasar las gratificaciones o refuerzos.

Algunos estudios científicos llegan a identificar genes concretos implicados en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Así, López, Albert, Fernández y Carretié (2009) encuentran que existen múltiples genes implicados en el origen del TDAH, como ADRA2A, SLC6A2, DRD4, DRD5, DAT. Además, los neurotransmisores implicados en el TDAH son la dopamina, la noradrenalina y la serotonina.

2.10.2 Variables ambientales

También debemos tener en cuenta que, a pesar de que la gran mayoría de estudios muestren una clara influencia de la carga hereditaria, no debemos desatender a los factores ambientales. Algunos estudios ponen el acento en aspectos ambientales, como las circunstancias perinatales del niño, así como los métodos de crianza y la educación que recibe el niño (González, Bakker, y Rubiales, 2014; Thapar, Langley, Asherson y Gill, 2007). En esta misma línea, Orjales (2000) señala que la manifestación de los síntomas del TDAH se moldea en función de las variables ambientales, entre las que destacamos principalmente a la familia y a los profesores.

A pesar de que no hemos encontrado estudios que investiguen la relación causal entre el estilo de vida y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no parece

alejada de la realidad la idea de que la sociedad actual en la que vivimos, caracterizada por refuerzos externos inmediatos como los videojuegos, Internet y los dibujos animados, pueda estar ayudando a que cada vez se diagnostiquen más niños y jóvenes con TDAH. La actual sociedad ofrece muy pocas oportunidades para que nuestros pequeños puedan trabajar la atención sostenida en el tiempo, el esfuerzo, la demora de la recompensa y el autocontrol (Peña y Montiel, 2003).

Estos mismos resultados ya habían sido encontrados por Brunner y Elacqua (2003) cuando centraron sus investigaciones sobre la etiología del TDAH en las variables de tipo psicoeducativo, entre las cuales destacan la influencia de factores del entorno familiar como causa de esta patología y otros trastornos del aprendizaje. Así, para estos autores, el papel de los padres como figuras determinantes en el desarrollo de sus hijos y en la adaptación tanto personal como académica hay que tenerlas en cuenta a la hora de explicar las causas de estas dificultades. Sirva de ejemplo la investigación de Robledo, García Sánchez y Díez González (2009) que señala que un bajo nivel de ingresos familiar, una limitada formación en los estudios, un bajo nivel cultural de los padres, poca confianza y colaboración con el centro educativo de su hijo y un elevado número de hijos, son factores que se podrían considerar de riesgo a la hora de fracasar escolarmente, ya que estas variables influyen en las expectativas que los padres ponen en sus hijos y en la motivación e implicación del niño en la escuela. En esta misma línea, señalan que un adecuado funcionamiento familiar, la existencia de un clima tranquilo y favorecedor en casa, unas expectativas ajustadas a la realidad de los problemas que presentan los niños y una correcta coordinación y apoyo entre la familia y el colegio son factores de protección en todos los casos, pero con mayor motivo en las familias con niños que tienen TDAH o dificultades de aprendizaje (Robledo et al., 2009)

A modo de pauta de intervención, a pesar que un porcentaje elevado de las causas del TDAH sean la carga hereditaria que reciben de los padres, debemos trabajar con la familia este aspecto para que los padres no se culpabilicen por el trastorno que tiene su hijo. Es importante, cuando el sentimiento de culpa es muy grande, ponerse en manos de profesionales (López, Andrés y Alberola, 2008).

2.11 Prevalencia

Son numerosos los estudios que obtienen datos dispares sobre la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Así, Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman, y Rohde (2007) obtienen que el TDAH tiene una prevalencia a nivel mundial de 5.29% en niños en edad escolar. En un estudio que realizaron Vaquerizo, Estévez y Pozo (2005), encontraron que la prevalencia del TDAH en niños de entre 8 y 9 años era de un 7.5%. Otras investigaciones obtienen datos de prevalencia superiores, aunque la gran mayoría de las investigaciones obtienen resultados similares, oscilando la mayoría de ellos entre el 4% y el 12% en la población infantil (Barkley, 1998; Cardo, Servera y Llobera, 2007).

Las cifras de las investigaciones que han estudiado la prevalencia en España obtienen resultados similares. Así, por ejemplo, en Mallorca, sobre una muestra de 1509 niños de edades comprendidas entre los 6 y los 11 años, hallaron una prevalencia del 4.57% (Cardo, Servera y Llobera, 2007). En la comunidad de Castilla y León, sobre una muestra de 1095 niños de edades comprendidas entre los 6 y los 16 años se encontraron datos de una prevalencia igual a 6.66% (Rodríguez, López, Garrido, Sacristán, Martínez y Ruiz, 2009). En Canarias, un estudio llevado a cabo por Jiménez, Rodríguez, Camacho, Afonso y Artiles (2012) con una muestra de 2365 alumnos de edades

comprendidas entre los 6 y los 16 años se encontró una prevalencia del TDAH de un 4.9%. En la siguiente tabla aparece un resumen de los estudios más relevantes en España sobre la prevalencia del TDAH.

Tabla 3.

Prevalencia del TDAH en España

Investigadores	Año	Lugar de la muestra	Edad de la muestra	Prevalencia
Jiménez et al.	2012	Canarias	6-16 años	4.9%
Rodríguez et al.	2009	Castilla y León	6-16 años	6.66%
Cardo et al.	2007	Mallorca	6-11 años	4.57%
Andrés et al.	1999	Valencia	10 años	3.6%
Gómez-Beneyto et al.	1994	Valencia	8 años	14.4%
			11 años	5.3%
			15 años	3%
Benjumea y Mojarro	1993	Sevilla	6-15 años	4-6%
Farré y Narbona	1989	Navarra	5-10 años	1-2%

Fuente: Elaboración propia.

20% de los niños en edad escolar están afectados por el TDAH (González Hernández, Galdames Contreras, Oporto Segura, Nervi Nattero y Von Bernhardi, 2007).

En cuanto al género se refiere, Valdizán, Mercado y Mercado Undanivia (2007) encuentran que el TDAH es más frecuente en varones que en mujeres con una proporción de tres varones por cada mujer. Encontramos investigaciones que apoyan estos datos, como por ejemplo la de Robledo, García Sánchez y Diez González (2009) que encontraron que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad se da en un 80% de casos en varones por un 20% en mujeres.

En esta línea, otros estudios que apoyan estas investigaciones referidas al género, Orjales (2000) señala que se diagnostican 9 varones por cada niña en población clínica, mientras que en la población general la ratio es de 4 varones por cada niña. La explicación que dan algunos autores a este hecho es que la expresión clínica de este trastorno se expresa de diferente manera en los varones que en las mujeres. De esta manera, es más frecuente que los varones manifiesten síntomas más perturbadores, disruptivos e hiperactivos tanto en casa como en el colegio, mientras que las mujeres suelen manifestar en mayor medida que los varones déficit de atención (Orjales y Polaino Lorente, 1988; Polaino Lorente, Ávila de Encio, Cabanyes, García, Orjales y Moreno, 1997; Wolraich, Hannah, Pinnock, Baumgaertel y Brown, 1996).

Siguiendo con las diferencias en cuanto a las manifestaciones del TDAH según el género, es más común que las mujeres muestren una ansiedad desproporcionada de forma más frecuente que los varones, y tiendan a compensar estas lagunas atencionales como mayor número de horas de estudios y con comportamientos rígidos y obsesivos en cuanto a los estudios (Orjales, 1998).

En cuanto a las manifestaciones de los diferentes subtipos de TDAH asociados al género, se ha comprobado que el subtipo combinado es más frecuente en los varones, mientras que el subtipo inatento es más prevalente en las mujeres. El subtipo hiperactivo-impulsivo es el menos frecuente de los tres y se presenta en igual proporción en varones y en mujeres (Biederman, Mick, Faraone et al., 2002).

La gran mayoría de investigaciones en la literatura científica encuentran resultados en la misma línea que vieron Biederman et al. (2002), pero un reciente metaanálisis de Willcutt (2012) llega a conclusiones sorprendentes. Este autor revisó 86 estudios en donde se evaluaron un total de 163.688 niños y adolescentes con TDAH y otros 11 estudios con unos 14.112 adultos con TDAH. Una de las conclusiones a la que llegó es que la prevalencia del TDAH es similar independientemente del país en donde se haga el estudio (6% de la población mundial). Lo que más sorprende del estudio de Willcutt es que concluye que el TDAH de presentación inatenta (DSM-5) es más frecuente que las otras dos presentaciones del TDAH (hiperactivo-impulsivo y combinado). En la edad preescolar, las presentaciones más frecuentes de TDAH son el inatento y el combinado, pero a partir de los 6 años (edad escolar) la presentación inatenta llega a ser unas 2-5 veces más frecuente que el TDAH de presentación combinado. Uno de los motivos por los que parece que el TDAH combinado sea más frecuente es porque es más disruptivo y molesto que la presentación inatenta, por tanto, es más observable, se diagnostica antes y se trata antes.

En cuanto a la proporción de varones y mujeres en cada una de las presentaciones, Willcutt (2012) llegó a la conclusión de que los varones tienen mayor probabilidad de ser diagnosticados de TDAH hiperactivo-impulsivo y TDAH combinado, pero las mujeres son más frecuentes en el TDAH de presentación inatenta, tanto en la etapa infantil como en estado adulto.

2.12 Comorbilidad

Como señala Artigas (2003), la comorbilidad es la presentación en un mismo individuo de dos o más enfermedades o trastornos distintos. Además de los síntomas o manifestaciones que presenta el trastorno por déficit de atención con hiperactividad ya mencionadas, en un porcentaje alto de los casos, presenta comorbilidades con otros trastornos psiquiátricos, entre los cuales podemos destacar los trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastorno negativista desafiante y los trastornos específicos del aprendizaje.

Es muy frecuente que los niños, adolescentes y adultos con TDAH presenten, además del TDAH, otros trastornos de los señalados. En algunos casos, las personas con TDAH son diagnosticadas de hasta otros dos trastornos (López, Albert, Fernández y Carretié, 2008; Pardos, Fernández Jaén y Fernández Mayoralas, 2009). En esta misma línea, Orjales (2000) añade que uno de los trastornos comórbidos al TDAH más frecuente son las dificultades de aprendizaje, conocidos como trastornos específicos del aprendizaje en el DSM-5.

Los estudios científicos de Hidalgo (2007) concluyen que más del 85% de los niños y adolescentes con TDAH presentan al menos una comorbilidad y aproximadamente un 60% tiene, al menos, dos comorbilidades. Resultados similares obtuvieron Kadesjo y Gillberg (2001) en un estudio llevado a cabo en Suecia donde un 87% de los niños con TDAH cumplían los requisitos para ser diagnosticados de otro trastorno, mientras que un 67% de los jóvenes con TDAH cumplían los criterios para ser diagnosticados de, al menos, dos trastornos comórbidos al TDAH. La conclusión a la que llegan estos autores es que cuando se está tratando con un niño con TDAH y sólo se atiende a los síntomas de este trastorno, existen probabilidades muy altas de que se

estén pasando por alto otros problemas o dificultades que en ocasiones serán más importantes que el propio TDAH.

A continuación se describen aquellos trastornos que con mayor frecuencia suelen ir asociados al trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

2.12.1 Problemas de conducta

Uno de los problemas que más se asocian al TDAH son los *problemas de conducta*, entre los que destacan los comportamientos desafiantes, niños desobedientes, agresiones verbales y/o físicas tanto a familiares como profesores, problemas relacionados con la delincuencia, etc. Como señalan Gadow, Drabick, Loney, Sprafkin, Salisbury, Azizian y Schwartz (2004) uno de los trastornos más frecuentemente asociados al TDAH es el trastorno negativista desafiante. Según McMahon y Wells (1998), el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial, dos de los trastornos de conducta incluidos en el DSM-IV, se da en un 30-70% de los niños como diagnosticados de TDAH como trastorno comórbido. Resultados similares había obtenido ya Hinshaw (1994) cuando llegó a la conclusión de que entre un 30-50% de los jóvenes con TDAH tenía asociado algún trastorno de conducta. Años más tarde, Lara y Moreno (2008) confirmaron de nuevo porcentajes similares a los comentados anteriormente. Si nos centramos en el trastorno negativista desafiante, Burns y Walsh (2002) realizaron un estudio longitudinal para ver la relación que había entre este trastorno y el TDAH. Los resultados de este estudio pusieron de manifiesto que los niños y adolescentes con TDAH de subtipo hiperactivo-impulsivo tienen más probabilidades de desarrollar un trastorno negativista desafiante. Así, concluyen que,

elevadas puntuaciones en hiperactividad-impulsividad en un niño predicen puntuaciones significativas en el trastorno negativista desafiante.

El trastorno de conducta se caracteriza por un patrón de persistente de violencia, incumplimiento de normas y agresiones, y en muchas ocasiones es un trastorno comórbido al TDAH. Cuando al adolescente con TDAH se le diagnostica un trastorno de conducta suele conllevar un bajo rendimiento en los estudios, sobre todo en esta etapa del desarrollo evolutivo (Hinshaw, 1992).

2.12.2 Trastornos específicos del aprendizaje

Respecto a los *trastornos específicos del aprendizaje*, se ha encontrado que un 33% de los niños que están diagnosticados de dislexia, uno de los trastornos específicos del aprendizaje que contempla el DSM-5, reúnen también criterios para poder ser diagnosticados de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Por otro lado, entre un 8 y un 39% de los niños diagnosticados de trastorno por déficit de atención con hiperactividad pueden, además, cumplir los criterios diagnósticos de dislexia, sobre todo cuando se observó un retraso importante del lenguaje durante el primer año de vida. Ambos trastornos muestran una importante disfunción de la memoria operativa o de trabajo (Vaquerizo, Estévez y Pozo, 2005). Los estudios de Robledo, García Sánchez y Díez González (2009) señalan unos datos concretos, ya que según su investigación, entre un 19 y un 26% de las personas con TDAH también tendría una dificultad de aprendizaje comórbida.

Sirvan de ejemplo los datos de los estudios de August y Garfinkel (1990) y Semrud-Clikeman, Biederman, Sprich-Buckminster, Lehman, Faraone y Norman (1992) que concluyen que las dificultades en la lectura se da en un 15-50% de los

jóvenes con TDAH, las dificultades en el área de matemáticas aparecen en un 24-60% (Barkley, 1990; Semrud-Clikeman et al., 1992) y las dificultades en el deletreo aparecen en un 24-60% de los casos diagnosticados de TDAH (Barkley, 1990). Además, Willcutt y Pennington (2000) señalan que entre un 18 y un 42% de los niños que tienen dificultades de lectura cumplen también los criterios de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Como ya se ha demostrado, la dificultad lectora asociada al TDAH tiene como consecuencia una serie de déficits cognitivos y unos peores resultados escolares y conductuales en el niño que lo padece (Miranda, Presentación, Siegentharler, Colomer y Pinto, 2011; Soriano, Ygual y Pinto, 2014).

Encontramos investigaciones que apoyan estos datos como la de Miranda, Soriano y García Castellar (2002), que concluyen que no resulta extraño que los jóvenes con TDAH tengan tantas dificultades de aprendizaje a lo largo de toda su escolarización teniendo en cuenta que el déficit principal en este trastorno es la inhibición. Además, las dificultades añadidas en atención sostenida y memoria operativa hacen que la adquisición de conocimientos en las diferentes asignaturas sea más costoso que en el resto de compañeros de su misma edad, sobre todo en las materias que implican lenguaje escrito y manipulación de conceptos numéricos y abstractos. Los jóvenes con TDAH suelen tener dificultades a la hora de la comprensión de textos debido a las limitaciones que tienen en la atención y en la memoria operativa. En esta misma línea, diversos estudios han señalado que alrededor de un 70-80% de los jóvenes con TDAH presentan alguna dificultad en el aprendizaje de la lectura, escritura y/o las matemáticas (Soriano, Ygual y Pinto, 2014).

En un reciente metaanálisis (DuPaul, Gormley y Laracy, 2013) en donde se analizaron 17 estudios encontraron que el porcentaje de dificultades de aprendizaje en los niños y adolescentes con TDAH varía mucho en función del estudio en cuestión. La

media de los 17 estudios analizados está en un 47%, es decir, casi la mitad de los jóvenes con TDAH tiene asociado un trastorno de aprendizaje. También concluyen que los niños con TDAH tienen el doble de probabilidades de tener una dificultad de aprendizaje en comparación con sus iguales sin TDAH.

Según el modelo teórico del TDAH de Barkley (1997) existen, al menos, tres dificultades en las funciones ejecutivas características de este trastorno que pueden afectar a estos niños en la comprensión de textos. La primera de ellas es el control inhibitorio, que puede hacer que no se supriman determinados estímulos o información que no sea relevante para la tarea. En segundo lugar, tenemos los déficits en la memoria de trabajo que pueden tener como consecuencia que no se siga el hilo del texto que se está leyendo. Y en tercer y último lugar, las dificultades que tienen los jóvenes con TDAH para mantener la atención sostenida, pueden acarrearles que se pierdan datos importantes sobre el texto que están trabajando.

En cuanto al desempeño y rendimiento de los alumnos diagnosticados de TDAH en el área de matemáticas, sabiendo que éste área exige grandes recursos atencionales, un buen uso de la memoria operativa, de la capacidad de planificación y habilidades de comprensión, recursos en los que los niños con TDAH suelen tener dificultades, no es de extrañar que estos niños tengan limitaciones en esta área. Tareas como comprender el enunciado del problema matemático, determinar los datos relevantes, qué les están preguntando y qué pasos deben seguir para llegar a la solución son algunas de las dificultades que los niños y adolescentes con TDAH se encuentran en el área de Matemáticas (Miranda, Soriano y García Castellar, 2002).

2.12.3 Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad son uno de los trastornos más frecuentes en la edad infantil (Artigas, 2003). Su comorbilidad con el TDAH es mayor de la que se esperaría por azar. Los síntomas de los trastornos de ansiedad y los del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en ocasiones se solapan y resulta difícil discriminar si se deben a una patología o a otra.

2.12.4 Trastornos depresivos

La depresión es uno de los trastornos que tiene una alta comorbilidad con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Una vez más, los porcentajes de comorbilidad entre TDAH y depresión a los que llegan los diferentes estudios difieren significativamente, variando en función de la metodología empleada en el estudio y la población en donde se lleve a cabo. Diversos estudios llegan a la conclusión de que alrededor de un 30% de los niños que están diagnosticados de TDAH tienen asociado algún trastorno depresivo como una depresión mayor, un trastorno bipolar o un trastorno distímico (Biederman, Faraone, Keenan y Tsuang, 1991; Jensen, Shervette, Xenakis y Richters, 1993). En esta misma línea, el estudio llevado a cabo por Angold y Costello (1993) llegó a la conclusión de que un 57% de los niños y adolescentes con TDAH estaban deprimidos.

Según una investigación realizada con población chilena, la probabilidad de ser diagnosticado de depresión como trastorno comórbido al TDAH es más frecuente en las mujeres que en los varones (González Hernández, Galdames Contreras, Oporto Segura, Nervi Nattero y Von Bernhardi, 2007).

2.12.5 Consumo y abuso de sustancias

Un metaanálisis llevado a cabo por Lee, Humphreys y Flory (2011) analizó un total de 27 estudios que realizaron un seguimiento de niños con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad desde la etapa adolescente hasta la edad adulta. Los resultados que hallaron fueron que los niños con TDAH tienen un riesgo significativamente mayor de consumir sustancias como el tabaco, pero no encontraron estos riesgos en el caso del alcohol. Encuentran un mayor riesgo de desarrollar trastornos de abuso de nicotina, marihuana y cocaína en la edad adulta. Los trastornos comórbidos al TDAH pueden aumentar las probabilidades de que el joven desarrolle un trastorno por abuso de sustancias, como es el caso del trastorno de conducta. Por tanto, aquellos niños y adolescentes que presenten cualquier tipo de trastorno de conducta asociado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad tienen mayores probabilidades de usar y depender de sustancias.

Estudios en esta misma línea apuntan a que síntomas como la hiperactividad y la impulsividad en los jóvenes con TDAH aumentan las probabilidades de desarrollar en un futuro un trastorno por abuso de sustancias, mientras que la manifestación de síntomas de inatención disminuye el riesgo de desarrollar un trastorno por abuso de sustancias (Klein, Mannuzza, Olazagasti y Roizen, 2012).

La presencia del TDAH en jóvenes se asocia con un inicio más temprano del abuso de sustancias nocivas y con mayores dificultades para mantener la abstinencia después de la desintoxicación (Daigre Blanco, Ramos Quiroga, Valero, Bosch, Roncero, Gonzalvo y Nogueira, 2009). Biederman (2003) concluye que cuando los jóvenes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad están tratados con psicofármacos, este tratamiento reduce el riesgo de los jóvenes a desarrollar un trastorno de abuso de

sustancias, hasta el punto de tener casi las mismas probabilidades que cualquier joven sin TDAH.

Si nos centramos en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en edad adulta, se ha encontrado que el *abuso de sustancias tóxicas* es dos veces más frecuente en el subtipo hiperactivo-impulsivo y combinado que en el de predominio inatento (Prados, Fernández Jaén y Fernández Mayoralas, 2009).

2.12.6 Accidentes de tráfico

Son muchos los estudios que investigan la relación existente entre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los accidentes de tráfico (Barkley, Fischer, Smallish y Fletcher, 2002; Weiss, Hechtman y Perlman, 1979). Como señalan Soutullo, Barkley y Mulas (2014) las diferencias en cuanto a la conducción entre los jóvenes con TDAH y los que no tienen este trastorno son las siguientes:

- Los jóvenes con TDAH tienen de 2 a 4 veces más riesgo de tener un accidente de circulación que los que no tienen TDAH.
- Tienen 3 veces más de probabilidades de presentar lesiones.
- Los jóvenes con TDAH tienen una probabilidad de ser multados multiplicada por 4 si los comparamos con la muestra normal.
- Tienen de 6 a 8 veces más de probabilidades de que les retiren el permiso de conducir.

Cox, Cox y Cox (2011) demostraron que los conductores varones de mediana edad diagnosticados de trastorno por déficit de atención con hiperactividad tienen mayor número de colisiones con sus coches que las mujeres. En esta misma línea un

original estudio llevado a cabo por Biederman, Fried y Monuteaux (2007) con simuladores llegó a la conclusión de que las personas con TDAH tienen mayor número de accidentes que los controles en el simulador, además de mayor facilidad para fatigarse y distraerse en situaciones en las que no hay mucha estimulación como es el caso de las autopistas.

2.12.7 Conductas delictivas

También encontramos evidencias al respecto, así en un estudio longitudinal de 8 años de duración investigó la relación entre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y su relación con las conductas delictivas tanto en jóvenes con TDAH como sin esta patología. Los autores concluyeron que los jóvenes con TDAH tenían un mayor número de arrestos y encarcelaciones que los jóvenes que no estaban diagnosticados de TDAH (Satterfield, Hoppe y Schell, 1982). En esta misma línea, muchos estudios relacionan el TDAH con los delitos. La gran mayoría de investigaciones concluyen que estar diagnosticados de TDAH es un factor de riesgo en sí mismo de cometer delitos y de tener problemas legales en un futuro (San Sebastián y Madrid, 2014). Estos mismos autores señalan que el trastorno por déficit de atención es un factor predictivo de:

- Aumento de los actos criminales.
- Arrestos y encarcelaciones.
- Delincuencia.
- Condenas múltiples.
- Edad más joven en el primer arresto.
- Pasan más veces por los tribunales de justicia.

- Mayor número de delitos en la etapa juvenil.
- Delincuencia en la edad adulta.
- Encarcelamientos a una edad más joven y durante periodos más largos.

En esta línea se ha señalado que si los jóvenes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad son tratados farmacológicamente se reduce el índice de criminalidad entre un 32 y un 41% comparándolos con aquellos jóvenes con TDAH que no son tratados farmacológicamente (Lichtenstein, Halldner y Zetterqvist, 2012).

2.12.8 Suicidio

Algunos estudios señalan que la población con TDAH tiene mayores probabilidades de suicidarse que la población normal. Además, la relación que hay entre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad con el suicidio es mayor cuando el joven tiene un trastorno comórbido, además del TDAH. De esta manera, los jóvenes con trastornos impulsivos y desafiantes tienen mayor probabilidad de suicidarse que los TDAH sin estas conductas externalizantes (Putnins, 2005).

En esta misma línea, Fernández Jaén, García Giral y Plaza Romero (2014) señalan que las conductas autolesivas y el suicidio son entre 2 y 3 veces más probable en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Además, el hecho de que el niño con TDAH manifieste agresividad e impulsividad conductual aumenta de manera significativa la probabilidad de suicidio.

2.13 Evaluación del TDAH

La evaluación de un posible caso de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad implica la puesta en marcha de una serie de entrevistas, pruebas estandarizadas y observación del niño en cuestión. No existe una única prueba que haga las veces de alcoholímetro en este trastorno, es decir, no hay una prueba que al aplicarla nos diga si el niño tiene o no TDAH (Guerrero, 2016).

En los casos en los que el niño presenta dificultades de aprendizaje en el ámbito académico es cuando se suele evaluar complementariamente con pruebas neuropsicológicas. En este tipo de tareas se evalúan aspectos como la atención, el estilo de aprendizaje, la memoria de trabajo, motivación del alumno y toma de decisiones (Ochoa, Cruz y Valencia, 2006). Estos autores señalan en sus estudios sobre las dificultades cognitivas que suelen tener los niños con TDAH, que una de las pruebas que más frecuentemente se utiliza para evaluar neuropsicológicamente a los niños con TDAH es el Wisconsin Card Sorting Test (WCST). Esta prueba estandarizada evalúa funciones ejecutivas, y en concreto, flexibilidad cognitiva del niños. El WCST es una de las pruebas que más se utiliza para evaluar en diferentes áreas como la Psiquiatría, la Psicología, la Neuropsicología y la Pedagogía para conocer más de cerca el funcionamiento de la corteza prefrontal y más específicamente de la función ejecutiva (Fuster, 1996; Gil, 1999; Grodzinsky y Barkley, 1999; Jaques y Zelazo, 1997, 2001; Liu, Tam, Xis y Zhao, 2001; Ozzonoff, 1995; Pineda et al., 1997).

Exponemos a continuación las pruebas utilizadas más frecuentemente para diagnosticar y evaluar el TDAH, dividiéndolas en pruebas que miden diferentes aspectos de las funciones ejecutivas:

2.13.1 Pruebas para evaluar la atención y la inhibición

- *Test de ejecución continua* (Ávila y Parcet, 2001). Es una prueba que se lleva a cabo con un ordenador de ocho minutos de duración donde se van presentando de forma sucesivas diferentes letras. La tarea del niño consiste en presionar la barra espaciadora lo más rápido posible cada vez que vea una X precedida de una A. Las variables que aquí se tienen en cuenta son los errores de omisión que tiene el niño, es decir, las respuestas que el niño no dio por estar inatento, también se tiene en cuenta los errores de comisión, es decir, el número de veces que presionó la barra espaciadora cuando no precedía a esa X una A (Miranda, Félix y Ávila, 2005).

- *Tarea de la señal de stop*. En esta prueba, se le presenta la persona a evaluar una tarea principal que requiere que dé una respuesta. Además, cada cierto tiempo se le presentará a la persona una señal ante la cual la persona deberá inhibir su respuesta a la tarea principal. Con esta prueba obtenemos el tiempo de respuesta que muestra la persona a la señal de stop. Numerosos estudios han puesto de manifiesto las diferencias que hay entre el grupo experimental con niños con TDAH y el grupo control. Los niños con TDAH muestran mayor tiempo de respuesta a la señal de stop que los niños del grupo control (Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone y Pennington, 2007). Las investigaciones de Wodushek y Neumann (2003) llegaron a la conclusión de que existe una relación entre el tiempo de respuesta a la señal de stop y un mayor número de síntomas de TDAH en los adultos.

- *Tareas Go/No go.* En este tipo de tarea se pretende medir la respuesta de inhibición de la persona. Para ello, el niño debe dar una respuesta concreta ante un estímulo diana determinado a la vez que tienen que ignorar los estímulos distractores que aparecen. En una segunda fase, los estímulos que antes eran distractores pasan a ser estímulos dianas, mientras que los que antes eran diana pasan a ser ahora distractores. En un estudio de McLean, Dowson, Toone, Young, Bazanis, Robbins et al. (2004) los adultos diagnosticados de TDAH muestran un mayor tiempo de respuesta y mayor número de errores de omisión.

- *Tarea de Stroop* (Golden, 1994). Esta prueba evalúa la inhibición de la interferencia. La persona tiene que nombrar el color en el que se encuentran escritas unas palabras con la particularidad de que el color de la tinta es diferente a la palabra que está escrita. Según los resultados obtenidos por Woods, Lovejoy y Ball (2002) en el caso de los adultos con TDAH se han encontrado diferencias en las tareas de interferencia encontrando que éstos cometen más errores al nombrar los colores y tardan más tiempo en completar el test.

- *Tarea CPT (Continuous Performance Test).* Como ya se ha explicado anteriormente, en esta tarea la persona tiene que responder lo más deprisa posible a la barra espaciadora cuando se presente una letra precedida por otra. Las omisiones que tienen los niños en esta prueba se atribuyen a las dificultades de prestar atención y las comisiones se entienden como consecuencia de la dificultad en la inhibición, es decir, de la impulsividad. Estos

resultados se obtienen en diferentes estudios (Johnson, Epstein, Waid, Latham, Voronin y Anton, 2001). Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone y Pennington, 2005).

2.13.2 Pruebas para evaluar la memoria de trabajo

- *Memoria verbal de trabajo de frases* (Siegel y Ryan, 1989). En dicha prueba, al niño se le leen una serie de oraciones donde falta la última palabra que el niño debe completar. Así por ejemplo, se lee al niño “En verano hace mucho...”. El niño debe completar la frase y además es instruido para que recuerde el final de la frase que ha ideado. Una vez que el investigador ha leído varias frases, el niño debe recordar todos los finales de las frases que ha completado y en el mismo orden.

- *Memoria verbal de trabajo numérica del subtest de dígitos inversos* (WISC-R, 1980). En este caso, el investigador lee una serie de números que el niño debe recordar para posteriormente reproducir. Esta tarea tiene dos versiones, la directa y la inversa. Para evaluar la memoria de trabajo hay que pedirle al niño que repita los números que le hemos dicho pero en orden inverso. Tiene un procedimiento muy similar a la prueba anterior salvo que en esta ocasión la información que se maneja en la memoria de trabajo son números en vez de palabras.

- *Memoria verbal de trabajo numérica del subtest de dígitos directos* (WISC-R, 1980). El investigador lee series de números, de las más sencillas a las más complejas, y el niño debe repetirlas en orden directo. La

cantidad de números oscila entre 3, la primera prueba, y 9 dígitos, la más compleja.

- *Katakana. Amplitud de memoria visual* (Pickering, Baqués y Gathercole, 1999). Es una prueba sencilla donde se utilizan letras japonesas. En una pantalla de ordenador aparecen 3 letras japonesas que el niño debe memorizar durante tres segundos antes de que desaparezcan. Acto seguido, aparece en una pantalla otras tres letras japonesas pero una de ellas no estaba la primera vez. El niño debe reconocer la que sobra. A medida que el niño lo hace bien, se van añadiendo letras y, por tanto, mayor complejidad.

- *Subtest de reproducción visual de WMS-III*. Esta prueba pertenece a la escala de memoria de Weschler. La tarea consisten en pedirle a los evaluados que reproduzcan una figura después de su visión y tras una demora de 30 minutos. Se requiere de un correcto uso de la memoria de trabajo para recordar ciertos detalles de la figura. En adultos con TDAH se ha encontrado un peor recuerdo demorado, aunque no existen diferencias entre el grupo experimental y el control cuando el recuerdo es inmediato (Johnson, Epstein, Waid, Latham, Voronin y Anton, 2001).

2.13. 3 Pruebas para evaluar la flexibilidad cognitiva

- *Wisconsin Card Sorting Test (WCST)*. En esta tarea el niño tiene frente a él cuatro tarjetas que forman los estímulos clave (un triángulo rojo, dos estrellas verdes, tres cruces amarillas y cuatro círculos azules). El niño tiene que ir clasificando en uno de estos cuatro montones la tarjeta que le da el

investigador en función de tres posibles criterios (forma, color y número) que van variando a lo largo de la prueba. La única información que le puede ir dando el investigador es si su clasificación es correcta o no de acuerdo al criterio que esté vigente en ese momento de la prueba. Los resultados que obtuvieron en varias investigaciones indican que los niños tienen peores puntuaciones en el WCST que los niños del grupo control (Pineda, Ardila y Rosselli, 1999; Sergeant, Geurts y Oosterlaan, 2002).

- *Torre de Hanoi*. Esta prueba se utiliza para evaluar la capacidad de planificación. El niño, a partir de una serie de discos de diferentes tamaños y colores, debe ser capaz de colocarlos en otra posición diferente siguiendo una serie de normas y debe realizarlo con el menor número de movimientos posible. Se han encontrado diferencias en la ejecución de la torre de Hanoi entre el grupo de adultos con TDAH y el grupo control (Murphy, 2002).

- *Trail Making Test* (TMT). Es una prueba clásica que permite la evaluación de la coordinación visomotriz, la velocidad de procesamiento, la atención dividida, la inhibición de la respuesta preponderante en ese momento y la alternancia de respuestas. El niño debe unir mediante su trazo diferentes números según unas instrucciones dadas. Las investigaciones muestran mayores tiempos de ejecución en adultos con TDAH si los comparamos con el grupo control (Boonstra, Oosterlaan, Sergeant y Buitelaar, 2005; Murphy, 2002).

- *Controlled Word Association Test*. Es un test de fluidez verbal en donde se le pide a la persona evaluada que diga palabras que bien comiencen por determinada letra (fonológica) o bien pertenezcan a una categoría (semántica).

En adultos con TDAH se ha encontrado menor número de palabras que en adultos sanos (Boonstra, Oosterlaan, Sergeant y Buitelaar, 2005).

2.14 Diagnóstico del TDAH

El diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es fundamentalmente clínico y se debe basar en cumplir los criterios incluidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Como señalan Rodríguez Jiménez, Cubillo, Jiménez Arriero, Ponce, Aragüés Figuro y Palomo (2006) existen diferencias en los criterios que utilizan las dos clasificaciones internacionalmente utilizadas para diagnosticar el TDAH: el Manual *diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM) y la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE), así como entre sus diferentes ediciones.

Una vez que se diagnostica al niño de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, se ha de especificar una presentación predominante en el niño (American Psychiatric Association, 2013):

- TDAH con presentación inatenta
- TDAH con presentación hiperactiva-impulsiva
- TDAH con presentación combinada

Algunos autores critican las presentaciones diagnósticas del DSM, ya que no siempre se diferencia claramente una de otra y proponen que podrían corresponderse con diferentes perfiles neuropsicológicos (Rodríguez Jiménez, Cubillo, Jiménez Arriero, Ponce, Aragüés Figuro y Palomo, 2006). Así, los niños con TDAH con presentación

hiperactiva-impulsiva suelen hacer peor las tareas y actividades que requieren de una demora de la respuesta, solución de problemas, flexibilidad cognitiva y tareas de atención sostenida. En cambio, los niños diagnosticados de TDAH con presentación inatenta suelen presentar mayor número de déficits en tareas de atención focalizada, de memoria operativa y donde entre en juego la velocidad de procesamiento de la información (Barkley, 1997).

Una de las diferencias entre el actual DSM-5 y su antecesor, el DSM-IV, es que en la última versión se eleva la edad de inicio de los síntomas a antes de los 12 años, a diferencia de los 7 años que establecía el DSM-IV (Bierderman y Quintero, 2014).

Si nos centramos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE,) en su décima versión, CIE-10, el diagnóstico que se le da es el de Trastorno hiperkinético (Organización Mundial de la Salud, 1992). Para diagnosticar este trastorno con la CIE-10, que tiene unos criterios más estrictos que el DSM-5, deben detectarse en el menor, al menos, seis síntomas de desatención, tres de hiperactividad y uno de impulsividad (Herrera Gutiérrez, Calvo Llena y Peyres Egea, 2003).

A continuación aparecen los criterios establecidos por el DSM-5 para poder diagnosticar a un niño, adolescente o adulto de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (APA, 2013): pp 33-36.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

- 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: 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 (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., 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 (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).
- 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 (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las 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:

Nota: 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 (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- 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” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen 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 (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).
- 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, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Figura 4. Criterios del DSM-5 para diagnosticar Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Fuente: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5 Ed.)*, DSM-5

2.15 Calidad de vida en las personas con TDAH

La enorme variabilidad y manifestación de síntomas que tiene el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y su implicación negativa en los diferentes entornos, deberían, teóricamente, llevarnos a concluir que todos los niños, adolescentes y adultos con TDAH, ven reducida su calidad de vida en los diferentes contextos y ámbitos donde se desarrollan. A pesar de esta relación lineal entre la sintomatología del TDAH y la calidad de vida de este sector de la población, los estudios que se han hecho hasta la fecha, evaluando a través de cuestionarios autoaplicados, no observan diferencias en la calidad de vida de los jóvenes y adultos con TDAH y los que no tienen este trastorno. Se ha comprobado que los niños y adolescentes con TDAH se consideran equiparables con el resto de jóvenes sin TDAH en su funcionamiento social, en percepción de su salud general y salud mental, autoestima y en el trato con sus padres (Hampel y Desman, 2006; Hervás Zúñiga y Hernández Otero, 2014; Landgraf y Abetz, 1997).

En las investigaciones donde se han comparado las respuestas de los padres a un cuestionario de calidad de vida con las que dio su hijo con TDAH se ha visto que los niños y adolescentes con TDAH son mucho más optimistas y suelen obtener puntuaciones mucho más altas en los cuestionarios de calidad de vida. Suele haber concordancia en las escalas que tienen que ver con el funcionamiento físico del joven, ya que tanto los jóvenes con TDAH como sus padres les consideran ligeramente peores

en cuanto a la función física y en su comportamiento si les comparan con niños y adolescentes sin TDAH. En la escala donde existe mucha discrepancia entre los jóvenes con TDAH y sus padres es en la de funcionamiento social (Klassen, Miller y Fine, 2006).

Un estudio que se realizó en Europa con 1500 niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad encontró resultados en esta misma línea. Se vio que la calidad de vida percibida por los padres fue significativamente inferior a la de sus hijos con TDAH. Además, se concluyó que los resultados eran equiparables entre los diferentes países que participaron en el estudio. Las conclusiones del estudio mostraron que los niños y adolescentes con TDAH tienen las siguientes características en relación a su calidad de vida (Riley, Forrest, Starfield, Rebok, Robertson y Green, 2004):

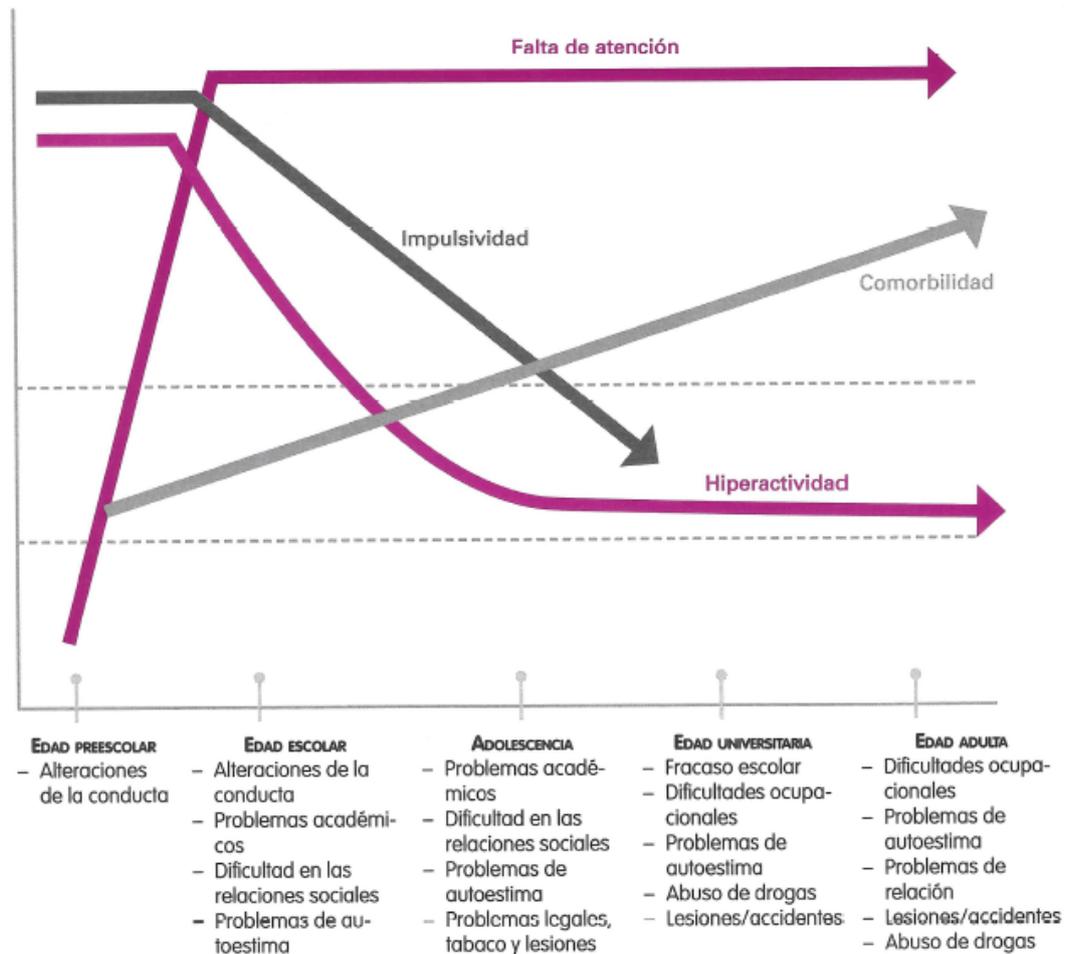
- Están menos satisfechos consigo mismos.
- Tienen dificultades para resolver conflictos sociales.
- Necesitan mayor esfuerzo y tiempo para obtener un rendimiento escolar adecuado.
- Poca satisfacción con su estado de salud.
- Menor bienestar emocional.
- Están menos implicados emocionalmente.
- Tienen una percepción del riesgo más sesgada y limitada.
- Dificultades para relacionarse con sus compañeros de clase y amigos.

En este estudio comprobaron que sólo tres áreas estaban cerca de la normalidad: bienestar físico, restricción para las actividades físicas y las propias actividades físicas (Riley, Forrest, Starfield, Rebok, Robertson y Green, 2004).

2.16 Evolución y pronóstico del TDAH

A pesar de que los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad están activos y se muestran desde los primeros días y meses de vida del individuo, no suele ser hasta los 4-5 años de edad cuando los síntomas comienzan a perturbar y trastornar la vida cotidiana del niño y de la familia (Biederman y Quintero, 2014). A pesar de que hace unos años se pensaba que los síntomas del TDAH remitían al llegar a la etapa adolescente, los datos a los que llegó un estudio longitudinal de 11 años de seguimiento es que en un 78% de los niños que tenían TDAH seguían presentando estos síntomas en la adolescencia o necesitaban un tratamiento para que no se manifestaran los síntomas (Biederman, Petty, Clarke et al., 2011).

En esta misma línea, Biederman, Mick y Faraone (2000) señalan que los síntomas nucleares del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, es decir, la inatención, la hiperactividad y la impulsividad, están presentes en la persona a lo largo de toda su vida, aunque sí que es verdad que la presentación y la posible perturbación de los síntomas varía a lo largo del desarrollo evolutivo de la persona. Así, por ejemplo, la hiperactividad motora tiende a transformarse en la adolescencia en hiperactividad cognitiva, mientras que la impulsividad conductual pasa a ser una impulsividad más verbal. En cambio, la inatención suele ser un síntoma que suele permanecer bastante estable a lo largo del desarrollo evolutivo de la persona. Estos resultados en cuanto a la evolución de los síntomas en el TDAH también han sido descritos por Soriano, Ygual y Pinto (2014).



Gráfica 4. Evolución de los síntomas nucleares del TDAH a lo largo de la vida del paciente.

Fuente: Biederman, J. y Quintero, J. (2014).

Los síntomas más comunes en los niños con TDAH son mostrar poca concentración en determinadas tareas escolares, mostrarse inquietos y desobedientes, tiran cosas, tienen una curiosidad insaciable, rabietas frecuentes y dificultades en los estudios. En los adolescentes la hiperactividad deja de ser motora para pasar a ser más cognitiva e internalizante. Su impulsividad les puede llevar a conductas agresivas, problemas con el abuso de sustancias o a tener un mayor número de accidentes (Biederman y Quintero, 2014). Dadas las exigencias escolares de la etapa adolescente, es importante que los jóvenes con TDAH estén tratados para cumplir con los mínimos

académicos y evitar caer en problemáticas severas. Así, por ejemplo, Barkley, Fischer, Smallish y Fletcher (2006) encontraron que hasta un 60% de los adolescentes con TDAH son expulsados de su colegio o instituto o repiten curso, mientras que un 32% de ellos abandonan los estudios. Estos datos coinciden con los que obtuvo Barkley (2002) cuando encontró que un 42% de los jóvenes con TDAH repetían curso por un 13% de la población sin esta patología. En el caso de los adultos con TDAH se ha comprobado que existe un mayor riesgo de desarrollar otras patologías psiquiátricas que en la población normal. Los adultos con TDAH tienen 5 veces más riesgo de tener un trastorno del estado de ánimo, 4 veces más en el caso de los trastornos de ansiedad y 3 veces más de probabilidades de desarrollar trastornos adictivos que en la población general (Kessler, Adler y Barkley, 2006).

A lo largo de los diferentes estudios se ha comprobado la importancia que tiene detectar tempranamente el TDAH para poder intervenir lo antes posible sobre ellos y que estos niños puedan tener un mejor pronóstico en cuanto a su evolución. Se ha comprobado que una ausencia de tratamiento en esta problemática, bien por no haber detectado el TDAH o bien por haber decidido voluntariamente no tratar al niño, implica dificultades en la adolescencia (Orjales, 1998).

Se ha demostrado una fuerte relación y continuidad entre los problemas de conducta tempranos en la escuela y los actos delictivos posteriores, aunque no se evidenció un bajo logro académico. Por el contrario, el déficit de atención en los primeros años de escolarización se relacionó fuertemente con el bajo logro académico, pero no con actos delictivos posteriores. En este estudio se controló la comorbilidad de los dos trastornos (problemas de conducta y déficit de atención). Sirvan de ejemplo también los resultados que obtuvieron Ferguson y Horwood (1995) en esta misma línea

y con resultados similares al estudio anterior y con una misma metodología (Miranda, Soriano y García Castellar, 2002).

Como señala Orjales (1998) el exceso de actividad motora del bebé en las primeras semanas y meses de vida no es un predictor del que se vaya a diagnosticar TDAH en un futuro, aunque estos síntomas de excesivo movimiento e impulsividad en la etapa preescolar sí que son un buen predictor de futuro diagnóstico de TDAH. Muchos niños que hoy están diagnosticados como TDAH, cuando eran pequeños eran fácilmente irritables, llorones y se adaptaban muy mal a las rutinas de comer y dormir. Según Guerrero (2016) un 25% de los niños que tenían trastornos de sueño cuando eran pequeños fueron diagnosticados más tarde de TDAH.

Los factores que favorecen una evolución negativa del TDAH son la hiperactividad permanente, un bajo cociente intelectual, alteraciones de conductas asociadas, psicopatología en los padres y relaciones familiares y/o escolares difíciles. En cambio, los factores de protección para el TDAH son una detección temprana, la puesta en marcha de un tratamiento, una familia estructurada, normas flexibles pero claras, ausencia de agresividad y trastornos de conducta, prevalencia del refuerzo social en la familia y el entorno escolar, así como una ausencia de castigo físico (Orjales, 1998).

De acuerdo con un metaanálisis llevado a cabo por Faraone, Biederman y Mick (2006), el trastorno por déficit de atención por hiperactividad persiste en un 65% de los casos en edad adulta cuando fue diagnosticado en edades tempranas. La persistencia de los síntomas del TDAH en edad adulta dependerá de factores como la severidad de los síntomas, número de síntomas que cumplía cuando le fue diagnosticado, subtipo de TDAH, aspectos psicosociales de riesgo, otros trastornos asociados (comorbilidad) y

padres o familiares con alguna psicopatología. Encontramos investigaciones que llegan a resultados similares, como la de Biederman, Faraone, Spencer, Wilens, Norman, Lapey et al. (1993) que encuentran que entre un 30 y un 70% de los niños que fueron diagnosticados de TDAH en la infancia continúan con síntomas en la etapa adulta.

El mantenimiento de los síntomas del TDAH en la etapa adulta suele tener consecuencias en el desarrollo de la vida cotidiana. Estas manifestaciones pueden ser desde olvidos importantes en la vida personal o laboral hasta un pobre desempeño en la vida doméstica o familiar. Los adultos con TDAH suelen tener cambios súbitos en su estado de ánimo, se aburren con facilidad y frecuentemente responden de manera insegura e irritable. Las dificultades que tienen en el control de sus impulsos les lleva frecuentemente a cambiar de pareja, trabajo y amigos. Además, en ocasiones conducen peligrosamente y pueden llegar a presentar problemas académicos y laborales (Rodríguez Jiménez, Cubillo, Jiménez Arriero, Ponce, Aragüés Figuro y Palomo, 2006).

Como señalan Weiss y Murray (2003) la presencia de síntomas de TDAH y su mantenimiento en la etapa adulta son considerados factores de riesgo para desarrollar otros trastornos como la adicción a sustancias y trastornos de personalidad, además de aumentar la probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad y de depresión.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad se ha asociado a un mayor riesgo de fracaso escolar en la etapa infantil. Además, en la etapa adulta, las personas que tienen diagnosticado TDAH tienen mayores probabilidades de estar en desempleo, de divorciarse y de tener embarazos no deseados. Otra dificultades añadidas son una baja autoestima, mayor probabilidad de accidentes y problemas legales (Ramos

Quiroga, Bosch Munsó, Castells Cervelló, Nogueira Morais, García Giménez y Casas Brugué, 2006).

Son muchas las variables y los factores que influyen a la hora de establecer un buen o mal pronóstico de este trastorno, entre los cuales destacamos los siguientes (Orjales, 2000):

- 1) La gravedad inicial del trastorno del niño o del adolescente, en donde tenemos que tener en cuenta si existen o no signos neurológicos menores.
- 2) La presencia de conductas perturbadoras y/o agresivas u otros diagnósticos asociados (trastorno negativista desafiante o trastorno disocial).
- 3) La edad del diagnóstico. A mayor precocidad en la detección, mejor pronóstico por estar menos tiempo sin recibir un tratamiento del tipo que sea.
- 4) La adherencia y éxito de los programas de intervención al perfil que tiene el niño o adolescente (perfil cognitivo, conductual, emocional, personal, etc).
- 5) Las características sociales de la familia del niño o adolescente.
- 6) El hecho de que uno, los dos progenitores o algún familiar cercano estén diagnosticados de TDAH.
- 7) La presencia de dificultades de aprendizaje asociadas al TDAH.
- 8) El éxito de los programas de modificación de conducta que se hayan instaurado en casa y/o en la escuela.
- 9) El grado y el éxito de las medidas de prevención de dificultades en el ámbito académico.

2.17 Tratamiento del TDAH

En la actualidad existen diferentes tratamientos con base científica para trabajar con las personas que están diagnosticadas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad entre los que destacamos la intervención cognitivo-conductual y el tratamiento farmacológico. Los diferentes estudios han demostrado que la combinación de ambos resulta más eficaz que la intervención de sólo uno de ellos (Prados, Fernández Jaén y Fernández Mayoralas, 2009). En esta misma línea, López, Andrés y Alberola (2008) señalan que en la actualidad los procedimientos terapéuticos con mayor vigencia y validez empírica son el farmacológico, las técnicas conductuales y las técnicas cognitivo-conductuales.

Encontramos investigaciones que apoyan esta misma línea, como es el caso del metaanálisis que llevó a cabo Shaw, Hodgkins, Caci, Young, Kahle, Woods y Arnold (2012) en donde se vio que los pacientes diagnosticados de TDAH que no siguen ningún tipo de tratamiento o intervención de ningún tipo, suelen tener peores resultados a largo plazo. La puesta en marcha de, al menos, un tipo de tratamiento para el TDAH, aumenta las probabilidades de conseguir mejores resultados en diferentes ámbitos.

2.17.1 Tratamiento psicológico

En líneas generales, podemos considerar las terapias cognitivo-conductuales como las que están en la base de la gran mayoría de programas de intervención psicológica con niños y adolescentes con TDAH. Habitualmente, estos programas de intervención cognitivo-conductual incluyen técnicas como entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en autoinstrucciones, modelado, etc. (Miranda y Presentación, 2000; Presentación, 1996). Como señala Orjales (2000) la mejora o el

aumento de los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad se debe a la influencia que tiene la educación para enseñar pautas y estrategias de autocontrol en estos niños y adolescentes.

Los niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, debido a sus dificultades en la autorregulación de sus impulsos y emociones, precisan de una disciplina proactiva por parte de sus padres y profesores con el objetivo de que les proporcione diferentes situaciones de modelado de las conductas correctas que les ayuden a autorregularse. Todas las normas y límites que se establezcan en los diferentes contextos donde se muevan los niños con TDAH, su colegio y su casa principalmente, además del correcto uso de estrategias les ayudarán a adquirir el autocontrol (En González, Bakker y Rubiales, 2014). En esta misma línea, Lora y Moreno (2008) ya habían señalado que el autocontrol y el acatamiento de las normas sociales constituyen el principal factor implicado en la disminución de la sintomatología del TDAH.

2.17.2 Tratamiento farmacológico

El uso de fármacos psicoestimulantes del sistema nervioso central, como el metilfenidato, no está exento de polémica, ya que genera mucha desconfianza y miedo tanto en las familias de los afectados como en la sociedad (López, Albert, Fernández y Carretié, 2009). A pesar de esto, son numerosos los estudios que demuestran que este tratamiento tiene efectos potentes y positivos sobre la conducta del niño, como por ejemplo, una mejora considerable de la capacidad atencional y de concentración del niño, así como una disminución de la hiperactividad e impulsividad (Fernández Jaén, Martín, Calleja Pérez, Moreno y Muñoz, 2008; Fernández Jaén, Martín, Calleja Pérez y Muñoz, 2007). En esta misma línea, estudios que han utilizado medidas conductuales

han comprobado que determinados tratamientos farmacológicos normalizan la hiperactividad y los déficit cognitivos (Lawrence, Barry, Clarke, Johnstone, McCarthy, Selikowitz, et al., 2005; Michelson, Adler, Spencer, Reimherr, West, Allen, et al., 2003).

La prescripción médica de fármacos a niños y adolescentes como uno de las estrategias para seguir el tratamiento en el TDAH, se debe basar en que los síntomas que manifiesta el menor en el colegio y/o en la escuela sean lo suficientemente graves y perturbadores como para ser medicado por ello. Siempre se debe tener en cuenta un criterio de riesgo-beneficio del fármaco sobre el niño, que debe ser explicitado y comunicado a los padres (García Maldonado, 2003).

El tratamiento farmacológico ocupa un lugar importante en la intervención del trastorno por déficit de atención con hiperactividad según las diferentes guías de práctica clínica de este trastorno (Rodríguez Hernández y Méndez Cordovez, 2013). Para uso clínico, los dos únicos medicamentos que existían en España hasta 2013 eran el metilfenidato y la atomoxetina (Rodríguez Hernández y Méndez Cordovez, 2013).

Según Guerrero (2016) el tratamiento farmacológico disponible en España para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad se divide en tres grandes grupos:

- *Estimulantes del sistema nervioso central*

Estos estimulantes reducen la recaptación del neurotransmisor de la dopamina y noradrenalina por la neurona presináptica. El efecto de los estimulantes es un aumento del nivel de concentración de la dopamina y noradrenalina en el espacio intersináptico. Nombres comerciales: Rubifén®, Concerta®, Medikinet®, Ritalín® y Equasym®.

evidenciar que el uso del metilfenidato a lo largo de la adolescencia disminuye el riesgo de abuso de sustancias en los pacientes diagnosticados de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Faraone y Wilens, 2007; Wilens, Faraone, Biederman y Gunawardene, 2003).

La acción del metilfenidato consiste en bloquear la recaptación presináptica de dopamina y, en menor medida, de la noradrenalina. Aproximadamente un 70-80% de los pacientes responden de manera positiva al uso del metilfenidato. Por su parte, la atomoxetina actúa inhibiendo la recaptación de la noradrenalina. Recientemente se ha comercializado en España un nuevo tipo de metilfenidato de liberación prolongada que combina un 30% de metilfenidato de liberación inmediata, con lo cual el efecto es instantáneo, y un 70% de liberación retardada para conseguir prolongar los efectos de este medicamento (Rodríguez Hernández y Méndez Cordovez, 2013).

Un estudio pone de manifiesto que el uso de la atomoxetina ayuda a regular las emociones en los niños y adolescentes con TDAH y mejora la labilidad emocional en los adultos (Wehmeier, Schacht, Lehmann, Dittmann, Silva, y March, 2008). En el caso de la administración de tratamiento farmacológico con metilfenidato y atomoxetina en adultos con TDAH, algunos estudios encuentran una mejora en el control emocional (Wender, Reimherr, Wood y Ward, 1985).

En líneas generales, podemos concluir que en los últimos años se han publicado numerosos estudios que evidencian una mejora en los síntomas y comportamiento de los niños con TDAH cuando están tomando psicoestimulantes. Así, estas mejoras en los síntomas se dan en un 65-75% de los casos frente a un 15-30% de los niños que habían sido tratados con placebo. El uso del metilfenidato provoca una mejora inmediata en la conducta, además de mejoras en el rendimiento de la atención, el autocontrol, se reduce

la agresividad, las dificultades de conducta, el oposicionismo y las relaciones interpersonales, tanto en el contexto familiar como en el escolar (García Maldonado, 2003; Pardos, Fernández Jaén y Fernández- Mayoralas, 2009).

Muchos estudios ponen de manifiesto los beneficios que obtienen los niños diagnosticados de TDAH cuando son tratados con fármacos. Así, algunos estudios llegan a conclusiones de que el tratamiento farmacológico disminuye las interrupciones y la inquietud motora en clase e incrementa la atención en la tarea de clase (Abikoff y Gittelman, 1985), aumentan la integración con el grupo de iguales (Richters, Arnold y Abikoff, 1995), reduce la impulsividad (Tannock, Schachar y Logan, 1995) y mejora la memoria a corto plazo, la atención sostenida y el tiempo de reacción ante los estímulos o la tarea (Hinshaw, Henker, Whalen, Ehrarday y Dunnington, 1989).

Cuando la ansiedad se manifiesta como trastorno comórbido al TDAH, se puede considerar el uso de la atomoxetina como primera elección, ya que se ha demostrado que es eficaz para tratar tanto los síntomas del TDAH como de la ansiedad (Soutullo y Díez, 2007).

Por otro lado, también nos hemos encontrado con una serie de estudios que concluyen que el tratamiento farmacológico usado de manera aislada no mejora el lugar que ocupa el niño en el sociograma respecto de sus compañeros de clase. El tratamiento farmacológico reduce la expresión de los síntomas pero no aporta habilidades ni estrategias para el ámbito social. Uno de los aspectos que mejora el tratamiento farmacológico es reducir las conductas sociales negativas (agresividad, impulsividad, excesivo movimiento, etc) pero no aumenta ni enseña habilidades sociales. Una de las explicaciones a este hecho es que cuando el niño con TDAH toma medicación de acción corta, el efecto de dicho fármaco está muy disminuido o ya es inexistente en los

momentos en los que es más frecuente el juego y la interacción con los demás, que suele ser después de comer y por las tardes en casa, en el parque, en las actividades deportivas, etc. (Mrug, Hoza y Gerdes, 2001).

Como ya se ha comentado anteriormente, el uso de tratamiento farmacológico causa muchas incertidumbres y miedos en los familiares del niño con TDAH. Una de estas preocupaciones que suelen tener los padres ante la posibilidad de medicar a su hijo con déficit de atención son las consecuencias a largo plazo que estos medicamentos pueden provocar. El estudio de Lambert y Hartsough (1998) realizó un seguimiento con animales medicados durante varios años con metilfenidato y concluyeron que dicho psicoestimulante podría predisponer a los animales a desarrollar un patrón de abuso a la nicotina y la cocaína. Sin embargo, dichos estudios, al no haberse realizado con niños, plantean la duda de hasta qué punto se pueden extrapolar estos resultados obtenidos con animales a los seres humanos. Hasta la fecha no hay estudios que concluyan que el uso de estimulantes en niños y/o adolescentes para tratar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad genere dependencia a medio o largo plazo (García Maldonado, 2003).

En cuanto a cómo influye el tratamiento farmacológico sobre el ámbito académico, Shaw, Hodgkins, Caci, Young, Kahle, Woods y Arnold (2012) vieron que un 71% de los estudios llegaron a la conclusión de que el uso de fármacos mejora significativamente el rendimiento en los estudios de los jóvenes con TDAH.

Resultados en esta misma línea se han obtenido en otras muchas investigaciones. En una revisión sistemática de la literatura médica que constaba de 43 estudios con 2110 niños con TDAH se concluyó que el tratamiento farmacológico con estimulantes era efectivo, ya que reducía en un 15% las tareas en el colegio y en un

porcentaje parecido mejoraba su conducta en el aula. Además, los niños y adolescentes con tratamiento farmacológico con estimulantes mejoraban en un 14% su capacidad atencional (Prasad, Brogan, Mulvaney, Grainge, Stanton y Sayal, 2013; Sans Fitó y Montañés Rada, 2014; Zoëga, Valdimarsdóttir, y Hernández Díaz, 2012).

No queda claro si el tratamiento farmacológico con estimulantes influye directamente sobre el aprendizaje y el rendimiento académico del niño con TDAH o si, por el contrario, las mejoras son una consecuencia de la mayor capacidad que tiene el niño para obedecer y concentrarse en las tareas que le manda el profesor tal y como señalan Soriano, Ygual y Pinto (2014). Estos autores se inclinan por pensar que las mejoras en el rendimiento académico se deben a las mejoras en la atención, la motivación y la actitud del niño en vez de las estrategias cognitivas, ya que se ha comprobado que el rendimiento académico de los niños con dificultades de aprendizaje no se ve mejorada por la administración de estimulantes. Se ha comprobado que los estimulantes influyen positivamente en tareas como llegar puntualmente al colegio, atender al profesor y trabajar bien de forma individual y en pequeños grupos.

En conclusión, el uso de estimulantes en niños con TDAH mejora el comportamiento y el rendimiento en tareas de tipo cognitivo pero debemos seguir investigando en este sentido, pues existen ciertas dudas debido a que entre un 20 y un 30% de los niños no responden favorablemente a la administración de la medicación psicoestimulante. Además, en aquellos jóvenes con TDAH en los que la medicación estimulante sí que es eficaz se ha visto que no es suficiente como para normalizar el rendimiento. Otro aspecto que se debería aclarar es la eficacia del tratamiento farmacológico a largo plazo, puesto que a corto plazo se ha comprobado que es efectivo para tratar dificultades académicas, pero no está demostrado qué efecto tiene a largo plazo.

2.17.3 Tratamiento psicopedagógico

Si como señala Barkley (1998), el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad se debe a un fallo en el proceso de inhibición conductual, serán aquellas familias y ambientes estructurados los que favorezcan un mejor desarrollo evolutivo en los diferentes ámbitos del niño. Por este motivo, el papel de los familiares y los educadores que están alrededor del niño con TDAH será fundamental para que la manifestación de los síntomas sea la menor posible. Un buen proceso psicoeducativo tanto con los padres como los niños ayuda a entender qué le ocurre al niño y por qué se comporta de esa manera, eliminando posibles malas atribuciones a la conducta del niño y ajustando las expectativas futuras de su conducta y rendimiento. Son numerosos los estudios que ponen de relieve la relación entre los padres y los niños con TDAH. Así, por ejemplo, Barkley, Fischer, Edelbrock y Smallish (1991) llegaron a la conclusión de que las madres de niños con TDAH suelen ser más controladoras, con un estilo más coercitivo y menos responsivo que las madres de niños que no tienen TDAH.

Son numerosas las estrategias que se han propuesto para trabajar de manera efectiva con los alumnos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el aula, entre las cuales destacamos las señaladas en las investigaciones de Miranda, García y Roselló, (2001), Miranda, Presentación, Gargallo, Soriano, Gil y Jarque (1999) y Miranda, Roselló y Soriano (1998):

- *Enseñar de una manera activa y continua las reglas de clase y los hábitos de trabajo*, entre los que se destacan explicarle al alumno con TDAH lo que tiene que hacer de una manera clara, sencilla y explícita, recordarle las normas sociales de forma breve pero regular, pedirle al niño que nos explique las reglas que deben seguirse ante situaciones concretas que pueden resultarle

problemáticas, plantearle en clase preguntas frecuentemente para mantenerle activo y atento.

- *Modificaciones relativas a la organización del espacio físico del aula.* Estructurar las mesas y sillas de la clase de tal manera que favorezca la comunicación entre los alumnos, colocar a los alumnos con TDAH cerca del profesor y alejados de aquellos lugares donde sean más vulnerables a la distracción (ventanas que den al patio, puertas que den al pasillo) y estar pendientes de que en sus mesas sólo tengan el material necesario para la tarea que tienen que llevar a cabo.

- *Modificaciones en el currículum y en los procedimientos instruccionales.* Algunas orientaciones para los profesores de alumnos con trastorno con déficit de atención con hiperactividad son asignarles un compañero que le ayude a apuntar los deberes, trabajos y exámenes en la agenda, simplificarle las instrucciones de las diferentes tareas o trabajos que tenga que realizar, dividir las tareas o exámenes complejos en partes o en días diferentes y no realizar pruebas y/o exámenes demasiado largos.

- *Favorecer la utilización de estrategias organizativas.* Algunas de las tareas que se pueden realizar en clase para favorecer la organización de los alumnos en general, y en concreto los alumnos con TDAH, es dedicar unos 5 minutos al día para organizar las cajoneras, las taquillas, los cuadernos, las estanterías y poner al día la agenda revisando que no hay nada pendiente sin anotar. Todos los alumnos deben utilizar la agenda como medio de

comunicación entre el colegio y sus familiares. Otro aspecto relevante es explicarles a los alumnos cambios que vaya a producirse en un futuro cercano, como pueden ser la llegada de un alumno nuevo a clase, la visita de un profesor o jefatura de estudios a clase, etc.

Según Herrera Gutiérrez, Calvo Llena y Peyres Egea (2003) el comportamiento del niño con trastorno por déficit de atención con hiperactividad está en función de las características del ambiente y de las habilidades y destrezas del niño en cuestión, y por tanto, la manifestación de los síntomas del TDAH, no es consecuencia directa de un trastorno inherente al individuo. Es por ello que estas autoras aconsejan la puesta en marcha de las siguientes pautas en el contexto educativo:

a) Evaluar y determinar si el niño en cuestión tiene las habilidades y destrezas necesarias para llevar a cabo un comportamiento correcto y adaptativo en el aula.

b) Identificar cuáles son los factores del ambiente que mantienen las conductas disruptivas o desadaptativas del niño o que dificultan que el niño ponga en marcha una serie de conductas que sean más positivas y adaptativas.

c) Establecer cuáles son las causas o raíces que le llevan al niño a comportarse de la manera que lo hace en el aula en relación a sus compañeros, profesores y respecto a sus tareas académicas.

d) Reforzar las conductas del niño que hacen que le permitan alcanzar las metas que se establecen con él y se adapte al contexto escolar.

En cuanto a la comprensión lectora, el trabajo con los alumnos con TDAH, utilizando estrategias autorregulatorias suelen tener muy buenos resultados para guiar la ejecución y que el propio alumno evalúe los resultados antes, durante y después de la tarea. Algunas de las tareas autorregulatorias que han resultados efectivas son el autocuestionamiento, el automonitoreo y las autoinstrucciones (Soriano, Ygual y Pinto, 2014).

Ejemplo de cómo se aplicaría las autoinstrucciones en la comprensión de un cuento:

Vale, he aprendido tres cosas importantes que he de tener en mi mente antes de leer un cuento y mientras lo leo. Una consiste en preguntarme cuál es la idea central del cuento. ¿De qué va la historia? La segunda es aprender detalles importantes sobre la historia mientras leo. Un detalle muy importante es el orden de los acontecimientos o la secuencia que siguen. La tercera cosa es saber cómo se sienten los personajes y por qué. Vale: Buscar la idea principal. Analizar las secuencias. Y aprender cómo se siente cada personaje y por qué.... Mientras leo, tengo que pararme de vez en cuando. Debería pensar en lo que estoy haciendo. Y también escuchar lo que me voy diciendo a mí mismo. Lo que digo, ¿es correcto? Recuerda, no te preocupes por los errores. Vuelve a intentarlo. Mantente tranquilo, calmado y relajado. Cuando tengas éxito, siéntete orgulloso. Pásalo bien. (Tomado de Meichembaum y Asarnow, 1979; pp. 17-18).

Como ejemplo de cómo se aplicaría la estrategia de autoinstrucciones para activar el conocimiento exponemos el siguiente (tomado de Miranda, Soriano, Ygual y Roselló, 1997; p. 718):

1.- ¿Qué tengo que hacer?

Tengo que recordar todo lo que ya sé sobre lo que voy a leer.

2.- ¿Cuál es mi plan?, ¿qué truco voy a utilizar?

Leo el título atentamente.

Pienso en lo que conozco sobre este tema.

Me hago preguntas que estén relacionadas con lo que yo conozco sobre este tema.

Leo el texto y compruebo si efectivamente puedo responder a las preguntas que he formulado anteriormente.

3.- ¿Cómo lo estoy haciendo?

Me está saliendo bastante bien.

4.- ¿Cómo lo he hecho?

Fenomenal, he respondido a todas las preguntas y he entendido muy bien lo que dice el texto o, verdaderamente, hay preguntas a las que no puedo contestar. Eso significa que debo prestar más atención y aplicar con más cuidado mi truco.

2.18 Conclusiones

En relación con lo expuesto anteriormente, es evidente que hoy en día no existe un acuerdo entre los teóricos y los resultados de las investigaciones en relación a los diferentes aspectos que conforman el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. A pesar de que exista un acuerdo en las conceptualizaciones básicas de este trastorno, es necesario seguir investigando sobre muchos aspectos del TDAH.

En cuanto a la intervención del trastorno por déficit de atención con hiperactividad se refiere, la gran mayoría de estudios señalan que los procedimientos de intervención que han demostrado mayor validez empírica son el farmacológico, las técnicas conductuales y las técnicas cognitivo-conductuales (López, Andrés y Alberola, 2008) aunque en nuestra opinión sería necesario una mayor implicación del cerebro emocional en los tratamientos para la intervención con personas con este trastorno, como es el caso del EMDR.

La sociedad actual está caracterizada por el refuerzo de la inmediatez y esto es algo que podemos ver tanto en los dibujos que nuestros hijos/alumnos ven como en los nuevos dispositivos móviles que aseguran a golpe de clic el refuerzo inmediato. Es por ello que el establecimiento de límites suponga un importante reto tanto para los padres como para los maestros pero algo enormemente importante para el devenir de la sociedad del futuro (Cardo y Servera, 2005).

3. Investigaciones en torno a las competencias personales y sociales en población infanto-juvenil con TDAH

Al adentrarnos en el ámbito socio-emocional de los niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) debemos tener en cuenta que las diferentes dimensiones sociales y afectivas que engloban el constructo de Personalidad Eficaz están interrelacionadas; si bien aquí haremos referencia a cada una de ellas por separado, hemos de tener en cuenta que en la práctica son interdependientes unas de otras.

Como señalan López, Albert, Fernández y Carretié (2009) en su artículo titulado *Neurociencia afectiva del TDAH: datos existentes y direcciones futuras*, el campo de las alteraciones emocionales que suelen tener las personas con TDAH apenas se han explorado en la literatura científica. Hasta la fecha, la gran mayoría de investigaciones se han centrado en los aspectos cognitivos de dicho trastorno, es decir, en cómo afecta, por ejemplo, las dificultades de atención y de memoria operativa en el funcionamiento diario de niños y adolescentes con TDAH. Esto ha tenido como consecuencia que los estudios sobre cómo funcionan las habilidades relacionadas con la competencia emocional, como son el reconocimiento, regulación y expresión de las emociones tanto en niños como en adolescentes y adultos con TDAH, sean bastante escasos. Una de las motivaciones que nos mueven en la presente tesis es aportar información sobre el área socio-emocional de estos niños y adolescentes.

Otro de los aspectos que ha sido muy poco estudiado entre los investigadores en población con TDAH es el ámbito social. Esto contrasta con el hecho de que cada vez son más los estudios que apuntan a la presencia de una alteración, no sólo de la regulación emocional, sino de las relaciones sociales en los niños con TDAH. Estos

niños y adolescentes, tienen dificultades para ser competentes en las relaciones con los demás, tanto con sus iguales como con figuras de autoridad. La competencia social la definen estos autores como el funcionamiento eficaz de una persona en contextos sociales, en función de las capacidades de cada persona. Se entiende que el origen de esta baja competencia social en los niños con TDAH se debe a múltiples factores. En este sentido, algunos autores apuntan como otro de los aspectos que influyen en esta baja competencia social la disfunción de las vías dopaminérgicas que están implicadas en los procesos emocionales y motivacionales (Pardos, Fernández Jaén y Fernández Mayoralas, 2009).

En esta misma línea, otros estudios que se han centrado en evaluar las habilidades sociales que tienen los niños y adolescentes con TDAH han demostrado que éstos suelen presentar dificultades a la hora de mostrarse asertivos con las demás personas, les cuesta ser cooperativos y muestran deficiencias en el autocontrol conductual y emocional. También encuentran que les cuesta prevenir y elegir el comportamiento más adecuado para cada situación social, lo que demuestra una deficiencia en su Teoría de la Mente como más tarde se explicará (Díez, García-Sánchez, Robledo y Pacheco, 2009).

Estos resultados coinciden con los hallados por otros muchos investigadores (Mrug, Hoza y Gerdes, 2001; Nixon, 2001). Estos estudios ya habían puesto de relieve que los niños con TDAH experimentan dificultades interpersonales y baja competencia social a pesar de que se esfuerzan por ser aceptados. Las relaciones con el grupo de iguales son el indicador clave de la competencia social, como veremos más adelante, siendo los indicadores sociométricos las medidas indirectas que se utilizan para evaluar este funcionamiento social. Diversas investigaciones en las que se han utilizado sociogramas para comprobar las relaciones sociales entre los integrantes de un grupo,

ponen de manifiesto que los niños con TDAH obtienen más rechazos por sus compañeros de grupo que otros compañeros sin esta patología. Los principales motivos por los que los compañeros rechazan al niño con TDAH son la presentación de un mayor número de conductas desorganizadas, disruptivas e impredecibles (García y Hernández, 2010; Gratch, 2009; Pardos, Fernández-Jaén y Fernández-Mayoralas, 2009).

Como señalan López, Albert, Fernández y Carretié (2009), la habilidad para regular las emociones es determinante para un buen funcionamiento social y personal. Se ha demostrado que un pobre control emocional está en la base de la depresión y la ansiedad (Gross, 1998), así como de abuso de sustancias (Goldstein y Volkow, 2002). Por todo ello, resulta necesario seguir investigando en el ámbito social y afectivo de los niños y adolescentes con TDAH. Estos mismos autores, en un estudio publicado en el año 2008, señalan a partir de los datos obtenidos de distintos estudios conductuales analizados, que los niños y adolescentes con TDAH expresan mayores niveles de depresión (Kitchens, Rosén y Braaten, 1999; Williams et al., 2008), agresividad (Kitchens et al., 1999; Maedgen y Carlson, 2000), tristeza (Braaten y Rosén, 2000) y enfado (Braaten y Rosén, 2000; Ramírez et al., 1997; Richards, Deffenbacher, Rosen, Barkley y Rodricks, 2006) que sus iguales sin TDAH.

3.1 Fortalezas del Yo: Autoestima y autoconcepto

3.1.1 Autoconcepto

Como ya se ha señalado anteriormente, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo que implica una serie de síntomas cognitivos y conductuales que se suelen manifestar en diversos ámbitos de la vida cotidiana del niño. Uno de los ámbitos donde mayor repercusión presenta es en el

otros estudios aportan datos contradictorios, ya que encuentran que los niños y adolescentes con TDAH se perciben a sí mismos como diferentes a los demás niños de su edad en cuanto a comportamiento se refiere (Barber, Grubbs y Cotrell, 2005; García Castellar, Presentación Herrero, Siegenthaler Hierro y Miranda Casas, 2006; Lora y Moreno, 2008).

La investigación realizada en 2012 por Bakker y Rubiales, en la Universidad Nacional de Mar del Plata (Argentina), con niños de entre 8 y 14 años, mostraba que los niños diagnosticados de TDAH presentan un autoconcepto general más bajo si lo comparamos con niños de su misma edad pero sin el diagnóstico de TDAH. En concreto, encontraron que las dimensiones del autoconcepto emocional y familiar del cuestionario AF-5 (Musitu, García y Gutierrez, 2001) presentaban puntuaciones significativamente más bajas en comparación con el grupo control. El autoconcepto emocional se relacionaba con la percepción que tiene el niño de su estado emocional y sus respuestas a situaciones específicas. En cambio, el autoconcepto familiar se refiere a la percepción que tiene el niño de su implicación e integración en el contexto familiar. Los resultados que obtuvieron Bakker y Rubiales coinciden con los encontrados en la escasa literatura existente al respecto. Las diferencias entre ambos grupos, clínico y control, en cuanto a autoconcepto general no fueron estadísticamente significativas, probablemente debido al reducido tamaño de la muestra, 15 personas en cada grupo. Sin embargo, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en el autoconcepto tanto emocional como familiar.

En esta misma línea, en un estudio realizado con una muestra de adultos diagnosticados de TDAH, Miranda, Berenguer, Colomer y Roselló (2014), obtuvieron resultados similares encontrándose diferencias significativas en las áreas familiar y académica. Al comparar los dos grupos, adultos con y sin TDAH, se observó, que los

primeros realizaban conductas de riesgo en mayor cantidad que los segundos. Las conclusiones de esta investigación, señalan que los adolescentes y adultos que presentan TDAH en su infancia, tienen significativamente menores logros académicos que los adolescentes y adultos que no presentaron este trastorno. Concretamente, el TDAH de presentación inatenta y de presentación hiperactiva-impulsiva afecta negativamente al funcionamiento familiar de la persona que lo padece, así como a las relaciones personales.

A este respecto, algunos autores (Harpin, 2005; Sciberras et al., 2009) señalan la persistencia en la edad adulta de los síntomas de inatención, como pueden ser perder las llaves, olvidar un cita o problemas para mantener la atención, tiene un efecto negativo en áreas diferentes de la vida cotidiana, y por tanto, en el autoconcepto.

Los niños con TDAH muestran lo que se conoce como autoconcepto positivo ilusorio, que consiste en mostrar o aparentar un sobrevaloración en las diferentes tareas que hacen, ya sea de tipo personal, social o académica. Se trata de un mecanismo de defensa que les permite evitar el sufrimiento a corto plazo pero no es nada beneficiosa a medio y largo plazo. Según Ohan y Johnston (2002), este autoconcepto positivo ilusorio que presentan las personas con TDAH les sirve para proteger una imagen más positiva de sí mismos.

3.1.2 Autoestima

Bonet (1997) define la autoestima como *un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de*

nuestro cuerpo y nuestro carácter. En definitiva, podríamos decir que la autoestima es la percepción que tenemos de nosotros mismos.

Debido a las manifestaciones sintomáticas del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (inatención, hiperactividad, impulsividad, etc), los jóvenes con este trastorno reciben con mucha frecuencia críticas y comentarios negativos sobre sus conductas y lo que dicen por parte de sus iguales, familiares y profesores. Todos estos comentarios afectan negativamente sobre su autoestima (Fernández Jaén, García Giral y Plaza Romero, 2014).

En cuanto a la investigación relacionada con la autoestima en población con TDAH, algunos autores (Slomkowski, Klein y Mannuzza 1995) señalan que los adolescentes con TDAH muestran puntuaciones más bajas en autoestima, además de un bajo rendimiento escolar, en comparación el grupo control. En esta misma línea, Orjales (2004) apunta que los niños con TDAH tienen mayores probabilidades de desarrollar una baja autoestima, un sentimiento de indefensión aprendida, sentimientos depresivos, ansiedad, menor tolerancia al estrés y dificultades para mantener relaciones a lo largo del tiempo. Estos resultados son un denominador común de un gran número de investigaciones analizadas al respecto (Molina y Maglio, 2013).

En una investigación de Pardos, Fernández Jaén y Fernández Mayoralas (2009) se obtuvieron resultados similares a los descritos anteriormente. Vieron que los niños y adolescentes con TDAH tienen una mayor tendencia a verse peor en otras áreas como la escolar (sienten que no rinden tan bien como sus pares), la social (son conscientes de su rechazo social), la física (están infelices con su apariencia física) y la de bienestar (se sienten infelices con ellos mismos en general). La única escala en la que los niños con TDAH no obtuvieron peores puntuaciones es la escala deportiva/atlética.

Existen numerosos hechos que pueden contribuir a que los niños y adolescentes con TDAH tengan una baja autoestima y competencia social, entre los que se destacan el sentimiento de rechazo que sufren por parte de sus iguales, los conflictos recurrentes que tienen en el ámbito escolar, las experiencias repetidas de fracaso y las críticas que reciben constantemente por parte de los adultos significativos que les rodean (Gratch, 2009). Las diferentes investigaciones señalan que la baja autoestima que suelen tener los jóvenes con TDAH está relacionada con el insuficiente rendimiento escolar y que suele acrecentarse cuando llegamos a la etapa adolescente. Los niños con TDAH suelen atribuirse a sí mismos los éxitos que consiguen pero no ocurre lo mismo con los fracasos. Este hecho es una manera inconsciente de proteger su autoestima (Orjales, 1998).

Owens y Honza (2003) señalan que los niños con TDAH con presentación inatenta suelen tener autopercepciones más negativas que los niños con TDAH con presentación hiperactiva-impulsiva y la combinada.

Las investigaciones de Capelatto, Franco de Lima, Ciasca y Alves Salgado-Azoni (2014) ponen de manifiesto que los niños con TDAH tienen mayor número de sentimientos de culpabilidad, creencias de estar haciendo mal las cosas y una autoestima más baja que el grupo control.

Si nos centramos en la intervención psicoeducativa en el ámbito familiar, debemos tener especial cuidado en hacer comparaciones entre el hijo que tiene TDAH y sus otros hermanos o amigos, puesto que comentarios como “tu hermano lo hace mejor que tú” o “tu amiga Elisa aprovecha más el tiempo de estudio”, pueden provocar rivalidades y afectar a la autoestima. Suelen ser niños poco comprendidos, devaluados y muy criticados por su comportamiento (López, Andrés y Alberola, 2008). Los

programas de intervención con familias y con los propios niños/adolescentes con TDAH para desarrollar y potenciar las competencias socio-emocionales son muy beneficiosos para mejorar el bienestar personal, social y familiar. Se ha demostrado que tanto en los padres como en los propios niños, mejoran los niveles de inteligencia emocional, habilidades sociales, autoestima y la satisfacción en la familia (Montañés, 2014).

Algunas investigaciones como la realizada por Montesdeoca, Ruiz, Marchena, y Lasso, (2014) con alumnos con TDAH entre los 7 y los 18 años, señalan que la práctica de deportes de lucha, kárate, judo, boxeo y lucha canaria, mejora las puntuaciones en autoestima, conducta, habilidades sociales y agresividad, medidos a través del cuestionario BASC.

En cuanto a la relación entre tratamiento farmacológico en población con TDAH y nivel de autoestima, se ha señalado una asociación significativa entre la administración de psicoestimulantes y mayor autoestima, en un estudio en el que se compararon los niveles de autoestima en niños con esta patología con y sin tratamiento farmacológico estimulante. No obstante, los autores sugieren continuar estudiando esta relación para determinar si las diferencias observadas en la autoestima se deben exclusivamente al tratamiento farmacológico (Frankel, Cantwell, Myatt, y Feinberg, 1999).

3.2 Demandas del Yo: Motivación, expectativas y atribuciones

3.2.1 Motivación

La gran mayoría de estudios y modelos teóricos en relación al TDAH se centran en las variables cognitivas, y especialmente en las funciones ejecutivas, como la

atención sostenida, la memoria operativa y la inhibición. Recientemente, hay un creciente interés en estudiar las variables emocionales, entre las que podemos destacar la motivación (Romero, 2006). Como señala Chu (2003), los niños con TDAH, que en condiciones de laboratorio acuden con una alta motivación intrínseca, no rinden por debajo en tareas de atención sostenida si los comparamos con niños no diagnosticados de TDAH. Hill y Cameron (1999) encuentran que la dificultad esencial en éstos se presenta cuando la tarea es compleja, impuesta y el niño no recibe refuerzos inmediatos a su conducta. Por esta razón, la motivación es una de las variables que se deben tener presentes cuando hablamos de niños con TDAH, puesto que, como concluye la literatura científica al respecto, un niño con TDAH con una alta motivación intrínseca en una tarea, rendirá de un modo adecuado. Si, por el contrario, la tarea resulta complicada, exigente y/o monótona para el joven con TDAH, serán necesarios algunos refuerzos extrínsecos para que su rendimiento sea comparable al del resto de compañeros de edad que no tienen TDAH.

A este respecto, la investigación de Luman, Oosterlaan y Sergeant (2005) en la que se analizan 22 estudios cuyo objetivo era conocer el rendimiento y la motivación de niños y adolescentes con TDAH en diferentes tareas presentadas, el uso de refuerzos positivos contingentemente a la emisión de la conducta tiene efectos positivos en el rendimiento y en la motivación de dichas tareas. Estos autores encontraron estos resultados tanto en niños con TDAH como en niños controles sin esta patología. Señalan que el uso de refuerzos de alta intensidad es muy efectivo en los niños y adolescentes con TDAH. Así mismo, estos niños prefieren refuerzos inmediatos antes que los demorados, a pesar de que éstos últimos sean más cuantiosos que los primeros. Incluso prefieren los refuerzos inmediatos a pesar de que esto les suponga mayor esfuerzo y menores ganancias futuras.

a estas dos presentaciones prefieren un tipo de trabajo que sea sencillo, ya que mostraban menos placer por aprender y una menor persistencia en la tarea. Una de las diferencias que encontraron fue que los que tenían presentación combinada eran más competitivos y con mayores ganas de ser percibido por los demás compañeros, mientras que los que tenían presentación inatenta eran más cooperativos y más pasivos en su estilo de aprendizaje.

La gran mayoría de modelos explicativos sobre la motivación en la población infanto-juvenil con TDAH, llegan a la conclusión de que las alteraciones motivacionales en este trastorno se deben a una baja activación del sistema de recompensa de la dopamina (Sagvolden, Johansen, Aase y Russell, 2005; Sonuga-Barke, 2003). Según el modelo de Sonuga-Barke (2003), basado en la hipótesis de la aversión a la demora, propone que en las personas con TDAH existen, al menos, dos sistemas neurales afectados e independientes entre sí: el circuito fronto-estriado y el circuito mesolímbico. El circuito fronto-estriado está relacionado con las funciones ejecutivas, y es por este motivo, por el cual los niños con TDAH tienen dificultades en las funciones ejecutivas. En cambio, el circuito mesolímbico tiene una relación directa con el aspecto motivacional. Debido a que en la población afectada de TDAH existe una afectación del circuito mesolímbico, éstos prefieren recompensas pequeñas pero inmediatas a las recompensas mayores pero aplazadas en el tiempo. Perciben las demoras como algo negativo y desagradable.

Como señalan López, Albert, Fernández y Carretié (2009) la idea de que el TDAH está asociado con anomalías en el sistema de recompensa tiene una larga historia (Douglas y Parry, 1983, 1994; Rapport, Tucker, DuPaul, Merlo y Stoner, 1986; Sagvolden, Aase, Zeiner y Berger, 1998; Sonuga-Barke, 2002; Sonuga-Barke, Dalen y Remington, 2003; Sonuga-Barke, Taylor, Sembi y Smith, 1992; Tripp y Alsop, 2001).

No obstante, como señalábamos al principio, el estudio de las alteraciones motivacionales siempre ha estado en un segundo plano, ya que el aspecto cognitivo, y especialmente el ejecutivo, ha copado la gran mayoría de teorías y estudios científicos. Tal y como concluyen estos autores, existen pocos datos y en algunos casos no coincidentes.

Son numerosos los estudios que ponen de manifiesto la relación entre la implicación de los padres en la educación de sus hijos y la motivación intrínseca y extrínseca de éstos hacia las tareas de tipo académico. Además, dicha implicación aumenta el compromiso personal del niño con su colegio y su percepción de competencia en ella, aumentando los niveles de control y eficacia en la escuela (Gonzalez, Willems y Doan, 2005).

3.2.2 Expectativas

Las expectativas que tienen los adultos sobre la actitud, el rendimiento y los resultados de un niño son importantes para la adaptación del niño a su entorno. En el caso de los niños con TDAH, debido a que están en el punto de mira de sus padres, profesores y compañeros, las expectativas son doblemente importantes.

La actitud que debe adoptar el adulto, padres y profesores principalmente, respecto del niño con TDAH es la de ajustar sus expectativas a la conducta del niño. Por ello es muy importante que los adultos fomenten unas expectativas positivas y ajustadas a las características idiosincráticas del niño con TDAH. Así, resulta conveniente reforzar y elogiar públicamente al niño cuando realice una conducta positiva. Comentarios como “Raúl, has realizado muy bien tus deberes” refuerzan dicha conducta y la autoestima del niño. Además, para ajustar la expectativa sobre la ejecución de esa

misma conducta en un futuro próximo o lejano, debemos entender estos cambios y/o aciertos como duraderos y no como temporales (López, Andrés y Alberola, 2008).

A este respecto, diferentes estudios ponen de manifiesto que las expectativas y percepciones positivas de los padres con respecto al rendimiento académico de sus hijos actúan como factores que potencian el buen desarrollo y rendimiento escolar. Además, este tipo de actitudes positivas por parte de los padres posibilitan y potencian elevados grados de autoconfianza personal y refuerzan el interés por cumplir con las expectativas de sus padres, que hasta la etapa pre-adolescente suponen las figuras de referencia principales para los niños (González Pineda et al., 2003).

A estos mismos resultados llegaron Robledo et al. (2005) cuando concluían en su investigación que unas expectativas ajustadas a la realidad de los problemas y capacidades de los hijos pueden servir como factores de protección para ayudar a minimizar las consecuencias que tienen sobre el aprendizaje el TDAH o las dificultades de aprendizaje. Sin embargo, son numerosos los estudios que ponen de manifiesto que estas circunstancias que describíamos no se suelen dar, como norma, en las familias de niños con TDAH u otras dificultades de aprendizaje. Lo normal en las casas donde convive un niño con TDAH es que, debido a la manifestación de sus síntomas, haya unos niveles altos de estrés como consecuencia de las demandas del ámbito académico y las frecuentes frustraciones que viven estos niños con motivo de no lograr sus objetivos (Biederman et al., 1996; Hishinuma, 2000; O'Connor, McConkey y Hartop, 2005; Trainor, 2005).

Encontramos investigaciones con resultados similares, en los que se evidencia que los padres de niños con dificultades tienden a infravalorar las capacidades de sus hijos (Stoll, 2000), mostrando unas expectativas más pesimistas respecto al futuro

escolar de sus hijos, y tienden a detectar un mayor número de problemas de tipo social, conductual y cognitivo (McLoughlin, Clark, Mauck y Petrosko, 1987). Es uno de los motivos por el que los padres de niños con TDAH o con dificultades de aprendizaje tienden a sobreprotegerlos y a no responsabilizarlos de determinadas tareas o actos que les llevarían a la consecución de la autonomía (Tarleton y Ward, 2005). Encontramos investigaciones como la de Robledo et al. (2005) que apoyan estas ideas, ya que demuestran que los padres de jóvenes con TDAH son los que suelen tener las expectativas más pesimistas si los comparamos con familias con niños con dificultades de aprendizaje y familias sin ningún tipo de dificultad académica. Estas autoras encuentran que un 36% de los padres de niños con TDAH creen que sus hijos abandonarán los estudios al acabar la Etapa Secundaria Obligatoria, o incluso antes, por un 19% de padres de niños con dificultades de aprendizaje que tienen esta expectativa. En contraste con estos datos, un 70% de los padres les gustaría que sus hijos llegasen a cursar estudios universitarios.

3.2.3 Atribuciones

La atribución es un componente esencial para consolidar la conducta en el repertorio del niño que la ha llevado a cabo. Como señalan López, Andrés y Alberola (2008), algunos niños con TDAH tienen dificultades para evaluar su propia conducta y atribuir correctamente las causas de sus éxitos o fracasos. Estos niños suelen atribuir sus fracasos o mala conducta a causas externas. Ante sucesos como suspender un examen o que les hayan regañado en clase, suelen tener atribuciones con los siguientes razonamientos: “He suspendido el examen porque el profesor me tiene manía”, “El examen está suspenso porque no me podía concentrar del calor que hacía en clase ese día” o “La profesora de Lengua me ha regañado porque venía enfadada de la clase de 1º

ESO". Este tipo de atribuciones tienen importantes consecuencias sobre las conductas y comportamiento futuro, ya que les cuesta mucho asumir sus propios errores y tienden a no responsabilizarse de las consecuencias de sus actos. No reconocen que parte de esta consecuencia negativa, suspender un examen o que les echen una bronca, sea debida a la falta de estudio, que no les gusta esa asignatura o no se les da bien. Para comenzar a modificar su actitud y conducta es fundamental que reconozcan su parte de responsabilidad de ese hecho negativo.

En esta misma línea, Kaidar, Weiner y Tannock (2003) realizaron un estudio con niños con y sin TDAH de entre 7 y 13 años para comprobar las atribuciones que ambos grupos hacían ante una conducta problemática o negativa. Los resultados mostraron que el grupo de niños y adolescentes con TDAH muestran un menor locus de control interno y consideran que su mal comportamiento se debe en mayor medida a la situación o al contexto donde están, que a variables de tipo personal. Además, apuntan que, a pesar de que los comportamientos problemáticos han estado presentes en varias situaciones de su pasado, creen que no volverán a darse en un futuro, lo cual subraya ese pensamiento positivo poco realista.

Por otro lado, los niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad que se comportan de manera agresiva tienden a realizar de manera más frecuente atribuciones hostiles ante situaciones sociales que son ambiguas que sus iguales que no tienen TDAH. Además, estos jóvenes con comportamientos más disruptivos tienden a responder en las situaciones sociales ambiguas de un modo más agresivo. Debido a esta malinterpretación y atribución de las relaciones sociales, estos niños son más rechazados por sus compañeros que sus iguales sin TDAH y además son más castigados por sus profesores. Los maestros que tienen alumnos de este tipo, tienden a estar más sensibilizados por esta actitud desafiante y suelen actuar de una

manera más tajante y dura que con los alumnos que son sólo TDAH y que no tienen comportamientos agresivos (Herrera Gutiérrez, Calvo Llena y Peyres Egea, 2003; Johnston y Pelham, 1986; Pope, Bierman y Mumma, 1989).

Con respecto a la atribución, desde la perspectiva de la Teoría de la Mente, definida como la habilidad para comprender y predecir la conducta de otras personas, sus conocimientos, sus intenciones y sus creencias (Tirapú et al., 2007) numerosos estudios, en los niños y adolescentes con TDAH, señalan que existe una alteración en ésta (Carlson, Mandell y Williams, 2004; Carlson, Moses y Claxton, 2004; Papadopoulos, Panayiotou, Spanoudis y Natsopoulos, 2005). Estos estudios sugieren la hipótesis de que en el TDAH existe una alteración de la Teoría de la Mente ya que para que ésta funcione de una manera correcta, es necesario que exista un funcionamiento correcto del control inhibitorio y de la memoria operativa o de trabajo. Ambas funciones ejecutivas están alteradas en los niños con TDAH.

Según las investigaciones de Carlson et al. (2004) hay cuatro aspectos comunes entre la Teoría de la Mente y las funciones ejecutivas:

- 1) Los alumnos de pre-escolar que tienen dificultades para entender el punto de vista de los demás suelen tener también problemas en su autocontrol
- 2) Tanto las funciones ejecutivas como la Teoría de la Mente tienen relación con el lóbulo frontal, y en concreto, con la corteza prefrontal.
- 3) La alteración de zonas similares tanto para las funciones ejecutivas como para la Teoría de la Mente en los trastornos del desarrollo
- 4) Tanto en las funciones ejecutivas como en la Teoría de la Mente está implicada la autorregulación.

Como señalan en su investigación Pineda y Puentes (2013) en diversas patologías, enfermedades y trastornos está alterada la Teoría de la Mente, y especialmente, la atribución de falsas creencias. Entre las patologías que señalan estos autores destacan el autismo (Baron, 1989, 2000; Barón, Leslie y Frith, 1985; Baron, Ring, Chitnis, Wheelwright, Gregory y Williams, 2006; Baron y Swettenham, 1997), la esquizofrenia (Artigas, 2000; Portela, Vírseda y Gayumba, 2003; Vírseda, Portel, Gayubo y García, 2004), el trastorno afectivo bipolar (Schenkel, Marlow, Moss, Sweenwy y Pabuluri, 2008), trastornos específicos del lenguaje (Ferrar, Johnson, Tompkins, Easters, Zilisi y Benigno, 2009), trastorno disocial de conducta (Gómez, Arango, Molina y Barceló, 2010), la enfermedad de Parkinson (Peron, Le, Haegelen, Dondaine y Drapier, 2010) y el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad como señala Korkmaz (2011).

En la investigación llevada a cabo por Pineda y Puentes (2013) llegaron a la conclusión de que el grupo de niños con TDAH rinden significativamente peor que el grupo control en tareas de atribución de falsa creencia. Para medir la atribución de falsa creencia emplearon la tarea de *Cambio Inesperado* diseñada por Wimmer y Perner (1983), adaptada por Baron, Leslie y Frith (1985) y posteriormente por López (2007) conocida popularmente como la tarea de Sally y Ann. En esta tarea, se describe a los niños la siguiente situación, como se puede observar en la figura 5: Sally y Ann están en una misma habitación. Sally coge su pelota y la guarda en la cesta de Ann y sale de la habitación. La traviesa Ann decide coger la pelota y esconderla en su caja. La pregunta que se les hace a los niños es dónde creen ellos que Sally buscará su pelota al regresar a la habitación. Los autores de este estudio concluyen que los niños con TDAH presentan más dificultades en la Teoría de la Mente que el grupo control, concretamente en la atribución de falsas creencias y en la comprensión del lenguaje pragmático. Estos

resultados son similares a los encontrados por Carleen y Douglas (2003) y Papadopoulos, et al., (2005). En cambio no encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en la atribución de estados mentales a través de la mirada de personas en diferentes imágenes visuales. Resultados estos que contradicen los hallazgos de Sinzig, Morsch y Lehmkuhl (2008) quienes concluyeron que los niños con TDAH entre 6 y 18 años mostraron un rendimiento menor que el grupo control detectando emociones en los rostros, pero un mayor rendimiento en comparación con los grupos de niños con autismo y el grupo de niños con autismo y TDAH comórbido. Todos estos resultados son apoyados por Muller, Liebermann, Finestone, Carpendale, Hammond y Bibok (2012), quienes demostraron que la Teoría de la Mente está directamente relacionada con la inhibición conductual que comienzan a desarrollarse, como el resto de funciones ejecutivas, en torno a los 3-4 años de edad.



Figura 5. Esquema de la situación de Sally y Ann para explicar la teoría de la mente.

Fuente: Dibujo realizado y cedido por Sergio Cordero Cañizares.

otras investigaciones (López, Montes y Sánchez, 2003; Lora y Moreno, 2008; Maedgen y Carlson, 2000).

Ohan y Johnston (2011) llevaron a cabo un estudio para investigar la auto-evaluación de las competencias sociales en niñas con TDAH encontrando que tienden a sobreestimar sus habilidades a pesar de que no son eficientes.

Debemos señalar que, dado que los niños y adolescentes diagnosticados de TDAH no tienen una inteligencia por debajo de la media, más bien lo contrario, se concluye que el conocimiento que éstos puedan tener del área social no está deteriorado. Es la aplicación de ese conocimiento social a la vida cotidiana lo que está afectado en la población con TDAH (Orjales, 2000). Siguiendo en esta misma línea, cuando los niños y adolescentes con TDAH no presentan además una discapacidad psíquica que disminuya su capacidad intelectual, éstos pueden aprender y desarrollar diferentes estrategias de habilidades sociales (Puentes et al., 2014). En esta línea, encontramos resultados coincidentes en una investigación realizada en Jerusalén (Israel), en la que una muestra de niños de entre 5 y 8 años de edad diagnosticados con TDAH fueron entrenados en un programa de habilidades sociales basado en actividades cotidianas como los juegos, el arte y la cocina. Durante el tiempo que duró el entrenamiento, a aquellos participantes que estaban medicados por su TDAH, se paralizó su tratamiento farmacológico. Pasadas las 10 sesiones que duró el entrenamiento en habilidades sociales, los niños con TDAH mostraron una gran mejoría en sus habilidades sociales y se equipararon al grupo control. Por tanto, estos autores concluyen la importancia de que se tenga en cuenta las actividades cotidianas a la hora de realizar tanto las evaluaciones como los tratamientos con niños con TDAH (Gol y Jarus, 2005).

Sin embargo, Nixon (2001) subraya que, es probable que, dada la heterogeneidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, algunos niños tengan dificultades en el conocimiento de comportamientos sociales adecuados y otros las tengan en el uso eficaz de ese conocimiento para interactuar con otros. Dado que no existen resultados que vayan en una misma línea, es necesario que futuras investigaciones aclaren tal situación.

3.3.2 Toma de decisiones

Una de las características más sobresalientes que presentan las personas con TDAH es el déficit en las funciones ejecutivas, que implican un peor rendimiento en tareas de tipo atencional, de autocontrol y en situaciones sociales. Como señala el trabajo de López Martín, Albert, Fernández Jaén y Carretié (2008), es muy importante el papel que desempeña la regulación emocional en los modelos ejecutivos explicativos del TDAH. Según algunos modelos, la dificultad que tienen las personas con TDAH para regular las emociones y tolerar la frustración lleva a estos niños y adolescentes a reaccionar de manera desproporcionada ante las diferentes situaciones. Se ha demostrado que estas reacciones exageradas y que sorprenden al resto de niños y adolescentes que están en esas situaciones sociales, consigue aumentar el rechazo por parte de su grupo de iguales.

Como señalan Lora y Moreno (2008) es necesario plantear en los programas destinados a niños y adolescentes con TDAH objetivos de tipo social y encaminados a reducir al máximo los déficits sociales que suelen mostrar. Sería conveniente el desarrollo de programas de intervención en los que se favorezcan las habilidades de solución de problemas y que tengan como objetivo incrementar la iniciativa social así

como mejorar las capacidades de autocontrol. Los programas de entrenamiento que trabajan estos aspectos de ámbito social en los niños con TDAH observan mayores niveles de adaptación con los demás (Hoza, Gerdes, Hinshaw et al., 2004).

En cuanto a la conducta prosocial se refiere, los profesores perciben menos comportamientos prosociales en los niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) si estos niños muestran síntomas clínicamente significativos de esta patología que si nos los muestran (Hay, Hudson y Liang, 2010). Es bastante probable que los niños con TDAH tengan ciertas dificultades para comportarse de manera prosocial con los demás pero que tengan un buen conocimiento social de lo que supone una conducta prosocial y cómo llevarla a cabo.

3.4 Relaciones del Yo: Comunicación, empatía y asertividad

3.4.1 Comunicación

Hoy en día, dadas las características de nuestra sociedad, los estilos de comunicación y de interacción han sufrido notables cambios. Entre otros, Internet ha hecho que la manera que tienen de socializarse los jóvenes de hoy en día sea muy diferente de la de hace unos años. El uso de las nuevas tecnologías, como el móvil, Internet o las videoconsolas, se hace mucho más problemático en la edad adolescente. A medida que se van cumpliendo años, este uso tecnológico novedoso se tiende a utilizar en un entorno más laboral, menos para el tiempo de ocio y suele tener menos consecuencias negativas (Beranuy, Chamarro, Graner y Carbonell, 2009). Sirvan de ejemplos los datos que ofrecen los estudios de Graner, Castellana y Sánchez-Carbonell (2006) en una investigación realizada en Barcelona en la que comprobaron que los adolescentes de entre 11 y 15 años dedican entre 1 y 3 horas diarias de uso de Internet y

el estudio realizado en Burgos (Lara, Fuentes, de la Fuente, Pérez, Garrote y Rodríguez, 2009) sobre el uso y abuso de las tic en la población escolarizada burgalesa de 10-18 años, y su relación con otras variables psicosociales; en esta investigación se estudió una muestra de 2.063 alumnos pertenecientes a 107 grupos de clase de 27 centros educativos. Los resultados señalan que son los varones los que más utilizan la TICs, uno de cada tres, (34.4% frente a 26.5% en chicas). También se concluye que un 3.8% navega más de 10 horas por Internet a la semana.

En esta misma línea, Arrizabalaga, Aierbe, y Medrano (2010) concluyen en su estudio realizado con población adolescente con TDAH en el País Vasco que existen diferencias significativas en el perfil de consumo de Internet entre adolescentes con TDAH y adolescentes sin esta patología. A pesar de que para ambos grupos Internet supone el principal canal de comunicación, los adolescentes diagnosticados de TDAH lo utilizan en menor medida en contra de la opinión habitual.

No existen datos concluyentes respecto a la relación existente entre el TDAH y la predisposición a utilizar las nuevas tecnologías, entre las que destacamos los ordenadores, videoconsolas, tabletas o el uso del WhatsApp©. Como señalan Aierbe y Medrano (2011) se han encontrado estudios que señalan que los niños y adolescentes con TDAH juegan más a menudo a videojuegos que los adolescentes sin TDAH (Arrizabalaga, Aierbe y Medrano, 2010; Bioulac, Arfi y Bouvard, 2008), que utilizan más Internet (Cao, Su, Liu y Gao, 2007; Yen, Ko, Wu y Yang, 2007; Yoo, Choo, Yune, Kim, Hwang, Chung, Sung y Lyoo, 2004). Sin embargo, otras investigaciones más recientes señalan lo contrario (Jiménez Torres, López Sánchez y Guerrero Ramos, 2010). Por otro lado, el grupo de adolescentes sin TDAH emplea el doble de tiempo que el grupo con TDAH en el uso de Internet (Aierbe, 2011).

En cuanto a la mediación parental en la visión de la televisión con los hijos, Arrizabalaga, Aierbe, y Medrano (2010), señalan que la literatura ha coincidido en destacar tres estilos de mediación parental. El primero de ellos es el *covisionado*, que se da cuando los adultos ven televisión junto a sus hijos, pero no necesariamente discutiendo acerca de aquello que están viendo. El segundo de ellos es la *mediación restrictiva* consiste en que los padres actúan sobre el visionado a través de imponer reglas de comportamiento que impiden a los niños ver determinados tipos de programas. Y en último lugar, tenemos la *mediación instructiva*, que se refiere al proceso en el cual los padres discuten activamente sobre ciertos aspectos de los programas con los niños.

Con respecto a los estilos comunicativos, hemos de señalar la importancia que tienen los estilos que utilizan los padres para educar a sus hijos, ya que son determinantes en el desarrollo y evolución de los niños. El modelo clásico de Baumrind (1968) contempla las interacciones que mantienen los padres y sus hijos en dos dimensiones: afecto-comunicación y control-exigencias. En función de las combinaciones de estas dos dimensiones, aparecen los tres estilos parentales (González, Bakker, y Rubiales, 2014):

- *Estilo autoritario*: tiende a utilizar el castigo o la fuerza como medio para controlar el comportamiento de los hijos. Se caracteriza por unos patrones rígidos y preestablecidos. Tiene importantes consecuencias en la autonomía de los hijos, baja autoestima y repercusiones negativas sobre la socialización.
- *Estilo permisivo*: los padres aportan toda la autonomía a su hijo, siempre y cuando no se comprometa la supervivencia física. Hay una ausencia de control y de castigos.

- *Estilo democrático*: tienden a dirigir las actividades de los niños, imponiéndoles roles utilizando para ello la racionalización y la negociación. Se caracteriza por un estilo de comunicación bidireccional.

De los tres estilos parentales descritos por Baumrind (1968), el estilo parental autoritario y el permisivo se consideran los más negativos y se relacionan con los actuales y futuros problemas de conducta de los niños y adolescentes. En relación al TDAH, los padres de niños con TDAH experimentan mayor número de conflictos con sus hijos así como estrés, lo que les suele llevar a utilizar órdenes más rígidas, mostrar más desaprobación hacia sus hijos, manejar menos eficazmente el comportamiento de sus hijos así como mostrar mayor desaprobación hacia ellos (McKee, Harvey, Danforth, Ulaszek, Friedman, 2004). En esta misma línea, Rinaldi y Howe (2011) encontraron que el estilo permisivo en las madres y el estilo autoritario en los padres predicen problemas de conducta de tipo externalizante en niños, como es el caso del TDAH.

En un estudio llevado a cabo por Goldstein, Harvey y Friedman-Weieneth (2007), encontraron que los padres de niños y adolescentes con TDAH son menos afectuosos y más controladores, o bien presentan un estilo educativo más negligente que los padres y madres de niños y niñas sin el trastorno.

En este mismo sentido, se ha demostrado que el estilo democrático, caracterizado por el afecto parental hacia sus hijos y cierto control, está positivamente relacionado con el ajuste y adaptación de los niños. En cambio, el estilo parental autoritario, caracterizado por un alto nivel de control conductual y bajo nivel de afecto hacia sus hijos, y el estilo permisivo estarían relacionados con diferentes tipos de

desajustes como son los problemas de conducta y la dificultad para socializarse con el grupo de iguales, entre otras características (González, Bakker y Rubiales, 2014).

Una de las conclusiones del estudio de González et al. (2014) es que los padres de niños y adolescentes con TDAH manifiestan mayor crítica hacia sus hijos, menor aceptación y menor confianza en ellos. Además, también se encuentran en determinadas circunstancias rechazo hacia los propios hijos y dificultades en la comunicación. Esto concuerda con lo encontrado en la literatura científica, donde se observa que los padres de niños con TDAH responden menos a las interacciones que inician sus propios hijos.

En esta misma línea, Santurde y Del Barrio (2010) señalan que los padres de niños con TDAH suelen percibir la relación con sus hijos como significativamente más negativa que en los casos de niños que no presentan este trastorno. Como afirma Barkley (2006), estos padres se ven a menudo menos competentes y con una satisfacción parental más baja, lo que explicaría la manera en la que perciben su propio estilo parental.

Por otro lado, las relaciones entre el niño o adolescente con TDAH y sus padres suelen estar marcadas por los conflictos, ya que, en la mayoría de los casos, suelen ser menos dóciles, menos sumisos y solicitan más estimulación y ayuda de sus padres que otros niños sin TDAH (Roselló, García Castellar, Tárraga-Mínguez y Mulas, 2003).

La disfuncionalidad en la familia es mayor para los padres que tienen hijos diagnosticados con TDAH que para aquellas familias sin el trastorno. Esta disfuncionalidad está asociada con las alteraciones de conducta del niño, la gravedad del trastorno y con la persistencia de los síntomas del TDAH (Miranda et al., 2007).

Como señalan Lora y Moreno (2008) en su investigación, los niños diagnosticados con TDAH de presentación combinada suelen mostrar escasa preocupación por los demás y limitado autocontrol en las relaciones sociales. También los niños y adolescentes de la presentación inatenta muestran puntuaciones similares a las del tipo combinado. El subtipo inatento suele ser más retraído y muestra más ansiedad en actos sociales y reuniones que el subtipo combinado. Estos mismos autores concluyeron que las variables de la prueba de evaluación BAS-3 Negativismo y Retraimiento social tienden a incrementar las puntuaciones en déficit de atención, mientras que las que lo disminuyen son Autocontrol social, Liderazgo y Sinceridad. Por tanto, el autocontrol y asumir las normas sociales son dos variables que tienden a disminuir la puntuación en TDAH. Estos resultados ya fueron obtenidos por Gadow et al. (2004).

Sobre factores de protección y riesgo entre padres e hijos, los estudios de Hurt et. al (2007) encuentran que el afecto es el principal factor de protección entre los padres y su hijo con TDAH. Así mismo, el autoritarismo es el principal factor de riesgo. En esta misma línea, Goldstein et al. (2007) mostraron en su estudio que los padres de niños con TDAH eran menos afectuosos, más controladores y más negligentes que los padres de niños sin TDAH.

En un estudio llevado a cabo por Singh, Ellis, Winton, Singh, Leung, y Oswald (1998) en donde se evaluaron las habilidades de 50 niños y adolescentes para reconocer las seis emociones básicas (miedo, tristeza, alegría, asco, sorpresa e ira) se encontraron con diferencias entre el grupo de niños con TDAH y el grupo control. Los niños tenían como tarea señalar la expresión facial emocional que se correspondía con la descripción oral que hacía el experimentador, sobre cada una de las seis emociones básicas anteriormente comentadas. Los resultados concluyen que los niños con TDAH

reconocieron correctamente un 74% de las expresiones faciales que les presentaron los investigadores frente al 89% que identificaron los niños y adolescentes de la población normal. Las emociones de miedo e ira fueron las dos peor identificadas por los niños y adolescentes con TDAH, mientras que la que mayores aciertos obtuvo fue la de alegría. Algunas investigaciones posteriores confirman los resultados obtenidos por Singh et al. (1998), ya que observaron que los niños con TDAH presentan claros problemas para reconocer las emociones tanto de las expresiones faciales emocionales como de la prosodia afectiva del interlocutor (Cadesky, Mota, y Schachar, 2000; Corbett y Glidden, 2000). Rapport, Friedman, Tzelepis, y Van Voorhis (2002) encontraron que los adultos con TDAH tenían un rendimiento muy parecido al grupo control en tareas sin contenido emocional, pero las diferencias eran estadísticamente significativas entre ambos grupos cuando se trataba de realizar tareas afectivas. Además, el grupo con TDAH tardó más tiempo en reconocer las emociones que el grupo control. No obstante, ninguna de estas investigaciones descarta que, el hecho de que a las personas con TDAH les cueste reconocer las emociones, no se deban a consecuencias de los síntomas nucleares del TDAH (inatención, hiperactividad e impulsividad).

Algunos estudios como el de Walcott y Landau (2004) sugieren que los niños diagnosticados de TDAH son incapaces de ocultar sus emociones incluso después de recibir instrucciones precisas y concretas para hacerlo. Los estudios de Braaten y Rosen (2000) demuestran que son menos empáticos que los niños que no están diagnosticados de esta patología.

Dadas las manifestaciones de los síntomas del TDAH y los trastornos comórbidos, los niños y adolescentes con esta patología suelen ser más agresivos y disruptivos en las diferentes situaciones sociales, pudiendo reaccionar con ira y frustración cuando son provocados o cuando perciben que están siendo provocados. Son

muchos los estudios que muestran que los niños y adolescentes con TDAH presentan una baja empatía y un menor sentimiento de culpa ante las acciones que realizan (Barkley, Fischer, Smallish y Fletcher, 2006; Wehmeier, Schacht y Barkley, 2010).

3.4.3 Asertividad

La asertividad es la conducta interpersonal que implica la expresión directa de los propios sentimientos y la defensa de los propios derechos sin negar los derechos de los demás (Fernsterheim y Baer, 1976; Smith, 1975). Trianes, Blanca, Muñoz, García, Cardelle-Elawar e Infante (2002) definen la asertividad como una manera de interacción social positiva en la que se defienden los derechos y opiniones propias sin herir a otras personas, es decir, comportarse de manera agresiva, y sin adoptar un modo de comportarse pasivo. La asertividad, por tanto, nos permite establecer un tipo de relación positiva y adaptativa, ya que en este tipo de interacción la persona asertiva es capaz de expresar sus sentimientos, pedir lo que quiere y poder decir que no a aquellas cosas que no quiere hacer o decir (Naranjo, 2008).

Cuando una persona no se comporta de manera asertiva, existirían dos posibilidades de relacionarse interpersonalmente con los demás: por un lado, aquellas personas que se muestran poco activas y se dejan dominar y humillar por los demás, conducta pasiva, y por otro lado, nos encontramos con personas agresivas y que tratan de aprovecharse y humillar a los demás, conducta agresiva (Camacho y Camacho, 2005).

Los hallazgos de las investigaciones en niños con TDAH señalan que son menos asertivos que sus compañeros de edad, ya que presentan un mayor número de conductas agresivas, de burla o abuso de los demás. Por este motivo, reciben menos elecciones por

parte de sus compañeros de clase en el sociograma. La explicación consiste en que la interacción social adecuada precisa de una atención, inhibición y autocontrol emocional determinado y los niños y adolescentes con TDAH tienen dificultades en estas funciones ejecutivas, suelen ser rechazados por este motivo (Russo, Arteaga, Rubiales, y Bakker, 2015). Como señalan Pardos, Fernández Jaén y Fernández Mayoralas (2009), el 60-70% de los niños con TDAH son niños rechazados y estigmatizados socialmente por sus comportamientos provocadores, agresivos o disruptivos. Estos niños suelen mostrar dificultades en la monitorización e interpretación de pistas sociales, resolución de conflictos interpersonales y en la creación de soluciones prácticas. Estos resultados también fueron encontrados por Fernández Jaén, Martín Mayoralas, Calleja Pérez y Muñoz (2007), que describen a los niños y adolescentes con TDAH con mayores tasas de comportamientos desorganizados, agresivos, imprevisibles, opositoristas, fuera de lugar, ruidosos, no cumplimiento de normas sociales, actos inesperados e inapropiados, etc. Estos autores concluyen que tanto la agresividad como la no complacencia son dos factores esenciales de rechazo social.

En esta misma línea, un estudio de García Castellar, Presentación Herrero, Sigenthaler Hierro y Miranda Casas (2006) demostró que el 74% de los niños con TDAH de subtipo combinado, diagnosticados según el DSM-IV, son rechazados por sus compañeros. Este rechazo, señalan los autores, suele ser frecuente y constante. Las causas de dicho rechazo pueden ser debidas a tres hechos: conductas molestas para los compañeros (agresivas y molestas), características de personalidad (mal carácter, conducta egoísta, mal compañero de clase, prepotentes, etc) y características académicas (mal estudiante, nunca aprueba, no hace nada por sacar sus estudios adelante, etc).

En cuanto al prisma del profesor, un estudio de Saunders y Chambers (1996) concluye que aquellos profesores que pasan más tiempo en clase interactuando con los niños con TDAH que con niños que no tienen TDAH, tienden a mostrarse más controladores y suelen responder con un mayor número de consecuencias negativas. Estos autores también destacan que en casa, cuando dos hermanos juegan, el hecho de que uno de ellos sea TDAH aumenta la probabilidad de que haya interacciones negativas entre ellos. Si comparamos a los niños cuando juegan con sus madres, los niños con TDAH se muestran más independientes y negativos de sus madres que los niños pertenecientes al grupo control. En cuanto a los padres, éstos tienden a comportarse con un estilo educativo más directivo e intrusivo que los padres que tienen hijos sin TDAH.

4. Objetivos

A continuación se presentan los objetivos del presente trabajo de investigación:

4.1 Objetivo principal:

El objetivo general de esta investigación es analizar el perfil de las cuatro dimensiones del constructo de Personalidad Eficaz en una muestra de población adolescente de 12 a 18 años diagnosticada de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) mediante el Cuestionario de Personalidad Eficaz (CPE).

4.2 Objetivos específicos:

El objetivo general de la presente investigación se desglosa, a su vez, en los siguientes objetivos específicos:

1) Obtener los perfiles tipológicos de Personalidad Eficaz para la población adolescente con TDAH.

2) Estudiar el ajuste en las áreas emocional y social, según el CPE, en adolescentes con TDAH.

3) Analizar diferencias en Personalidad Eficaz en adolescentes con TDAH en cuanto a:

- Género
- Edad
- Tratamiento psicológico
- Tratamiento farmacológico

4) Evaluar la fiabilidad y la validez del Cuestionario de Personalidad Eficaz para la población adolescente con TDAH.

5) Analizar si existen diferencias en la puntuación general del Cuestionario de Personalidad Eficaz y en las cuatro esferas que lo integran entre la población diagnosticada de TDAH y la población normal:

- Puntuación general del CPE
- Fortalezas del Yo (autoconcepto y autoestima)
- Demandas del Yo (motivación, expectativas y atribución)
- Retos del Yo (resolución de problemas y toma de decisiones)
- Relaciones del Yo (comunicación, empatía y asertividad)

5. Formulación de hipótesis

De acuerdo a estos objetivos propuestos se presentan a continuación las hipótesis de la investigación que se pretenden contrastar:

- *Hipótesis 1.* La existencia de una tipología única en la población de adolescentes de 12 a 18 años diagnosticados de TDAH.

- *Hipótesis 2.* Los adolescentes diagnosticados de TDAH presentan mal ajuste en las áreas emocional y social evaluados a través del CPE.

- *Hipótesis 3.* Existen diferencias en las dimensiones del constructo de Personalidad Eficaz en la población adolescente diagnosticada de TDAH en función del género, edad, tratamiento psicológico y tratamiento farmacológico.

En concreto:

- *H3.1.* Respecto a la variable género, existen diferencias entre mujeres y varones.

- *H3.2.* Respecto a la variable edad, los adolescentes de 18 años obtienen mejores resultados que los de 12 años.

- *H3.3.* Respecto al tratamiento psicológico, los adolescentes que reciben tratamiento psicológico obtienen puntuaciones más altas que aquellos que no lo reciben.

- *H3.4.* Respecto al tratamiento farmacológico, los adolescentes con TDAH que tienen un tratamiento farmacológico obtienen puntuaciones más altas que aquellos que no la reciben.

- *Hipótesis 4.* El instrumento de evaluación Cuestionario de Personalidad Eficaz (CPE) reúne todos los requisitos de fiabilidad y validez exigibles para evaluar la población de adolescentes con TDAH.

- *Hipótesis 5.* Existen diferencias en la puntuación general del constructo de Personalidad Eficaz, así como en las cuatro esferas que lo componen, entre la población adolescente diagnosticada de TDAH con la población normal:

- *H5.1.* Respecto a la puntuación general del CPE, el grupo de adolescentes con TDAH obtiene puntuaciones inferiores al grupo control (sin diagnóstico de TDAH).

- *H5.2.* Respecto a las Fortalezas del Yo (autoconcepto y autoestima) el grupo de adolescentes con TDAH obtiene resultados inferiores que la población normal.

- *H5.3.* Respecto a las Demandas del Yo (motivación, expectativas y atribución) los adolescentes con TDAH obtienen resultados inferiores que la población normal.

- *H5.4.* Respecto a los Retos del Yo (resolución de problemas y toma de decisiones) los adolescentes con TDAH obtienen resultados inferiores que la población normal.

- *H5.5.* Respecto a las Relaciones del Yo (comunicación, empatía y asertividad) los adolescentes con TDAH obtienen resultados inferiores que la población normal.

PARTE II:
INVESTIGACIÓN
EMPÍRICA

6. Metodología

6.1 Participantes

Los participantes de este estudio fueron una muestra de 250 adolescentes españoles diagnosticados de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). La distribución por género fue de 189 (75.6%) varones y 61 (24.4%) mujeres. Los adolescentes tenían edades comprendidas entre los 12 y los 18 años, siendo su media de edad de 14.42 años, con una desviación típica de 2.029. Respecto al tratamiento psicológico y la medicación se presenta en la tabla 4 el porcentaje de adolescentes con los distintos tratamientos (psicológico y/o farmacológico).

Tabla 4.

Relación de adolescentes con TDAH y el tratamiento seguido

	Medicación		Total	
	No	Si		
Tratamiento psicológico	No	26 (10.4%)	62 (24.8%)	88 (35.2%)
	Si	30 (12%)	132 (52.8%)	162 (64.8%)
Total		56 (22.4%)	194 (77.6%)	250 (100%)

Con el fin de comparar los resultados obtenidos en Personalidad Eficaz de estos adolescentes con TDAH se utilizó una muestra control de 112 adolescentes pertenecientes a un colegio de Asturias sin ningún tipo de diagnóstico con el mismo rango de edad, de 12 a 18 años, con una media de edad de 14.3 años y una desviación típica de 1.417. Esta segunda muestra estuvo formada por 55 (49.1%) hombres y 57 (50.9%) mujeres.

6.2 Instrumentos

Para este estudio se ha utilizado el Cuestionario de Personalidad Eficaz CPE-Es/Ch de Dapelo, Marcone, Martín del Buey, Martín Palacio y Fernández (2006).

El CPE-Es/Ch consta de 23 ítems que evalúan cuatro factores:

- Autoestima (A):

Con la medida del factor Autoestima medimos el grado de aceptación y satisfacción que tiene el adolescente consigo mismo. Dicho factor está relacionado con la esfera de las Fortalezas del Yo. Los ítems que miden el factor de autoestima son el 1, 4, 7 y 14.

- Autorrealización Académica (A. A.)

La Autorrealización Académica muestra el grado de motivación que tienen los adolescentes hacia los estudios y las probabilidades de éxito que creen que tienen en los estudios. Dicho factor está relacionado con las esferas de las Fortalezas del Yo (autoconcepto) y con las Demandas del Yo (motivación, expectativas y atribuciones en el ámbito académico). Los ítems que miden este factor son el 2, 5, 8, 11, 16, 18, 20 y 22.

- Autoeficacia Resolutiva (A. R.)

Este factor mide el grado de eficacia que el adolescente manifiesta para el planeamiento y la toma de decisiones. Está relacionado con los Retos del Yo. Los ítems que integran este factor son el 6, 9, 12, 15 y 17.

- Autorrealización Social (A. S.)

La Autorrealización Social se refiere a la facilidad que tiene el adolescente para relacionarse con los demás, comunicándose bien y de una manera asertiva. Dicho factor está relacionado con las Relaciones del Yo (comunicación, empatía y asertividad). Lo integran los ítems 3, 10, 13, 19, 21 y 23.

El cuestionario se contesta en una escala tipo Likert con puntuaciones desde 1= Nunca hasta 5= Siempre.

La administración puede ser individual o colectiva y el tiempo aproximado de aplicación es de unos 14 minutos aunque no se considera tiempo límite.

Los cuatro factores que conforman el cuestionario se agrupan y definen de la siguiente forma en la dimensiones del constructo de Personalidad Eficaz:

Fortalezas del Yo

El factor **Autoestima**. *Indicador del grado de aceptación y satisfacción personal que tiene de sí mismo*. Relacionado con la dimensión Fortaleza del Yo, ya que integra los aspectos valorativos de la persona. Dado que los ítems miden indicadores de autoestima global, se ha decidido denominarlo autoestima. En la versión española, estos ítems saturan en el factor 2 autorrealización socioafectiva.

Demandas del Yo

El factor **Autorrealización Académica**. *Indicador del grado de motivación que manifiesta hacia los estudios y nivel de expectativa de éxito a conseguir*. Relacionado con la dimensión fortalezas del yo: autoconcepto como estudiante y retos del yo:

motivación académica, expectativas y atribuciones de desempeño académico. El análisis del contenido de los ítems permite apreciar una fuerte interrelación entre el conocimiento personal y atribución de éxito a una definida y positiva capacidad y esfuerzo para el estudio, la motivación por el aprendizaje y el logro, y expectativas futuras favorables. Este componente incluye 5 ítems adaptados y tres originales de la versión española, por lo tanto, se mantiene su conceptualización como Autorrealización Académica, demandas del Yo.

Retos del Yo

El factor **Autoeficacia Resolutiva**. *Indicador del grado de eficacia que manifiesta para el planteamiento de los problemas y toma de decisiones*. Relacionado con la dimensión Retos del Yo. El análisis lógico del factor permite apreciar que integra los ítems que miden indicadores propios del proceso de toma de decisiones y la resolución de problemas, específicamente el conocimiento de las estrategias de afrontamiento eficaz a los desafíos, la toma de decisiones ajustadas a las demandas propias de la situación con una actitud positiva. Se denomina autoeficacia resolutiva. Este factor mantiene cinco de los seis ítems de la versión original.

Relaciones del Yo

El factor **Autorrealización Social**. *Indicador del grado de facilidad que manifiesta para relacionarse con los demás y expresar de forma asertiva sus opiniones*. Relacionado con la dimensión Relaciones del Yo, ya que involucra habilidades de comunicación, empatía y asertividad. El análisis lógico del factor permite señalar que los ítems corresponden más específicamente a la autopercepciones de capacidad o competencia para establecer y mantener relaciones con los otros y a las expectativas de

aproximadamente 80 asociaciones y federaciones de personas con TDAH del resto de España, se enviaron por correo electrónico tanto los objetivos del estudio como las dos modalidades del Cuestionario de *Personalidad Eficaz* con el fin de que lo cumplimentasen de la manera que les resultase más cómoda. Una vez que se recibían los cuestionarios de los adolescentes, se iban incluyendo los datos en una tabla para su posterior análisis.

Las instrucciones que recibían los profesores de centros educativos y los padres de los adolescentes indicaban que para la primera parte (Datos de identificación) debían ayudar al adolescente, ya que algunas preguntas es posible que no las supiera responder con certeza, como por ejemplo, la edad que tenía cuando fue diagnosticado de TDAH o si sus padres acuden a una asociación de personas con TDAH. Para la segunda parte, el cuestionario propiamente dicho, se explicitó que debían rellenarla los adolescentes sin la presencia de ninguna persona para salvaguardar su intimidad y para que respondieran de una manera más sincera que ante la presencia de sus padres o profesores. Lo que se quería asegurar en todo momento era la confidencialidad y el anonimato de la información recogida, expresando que el objetivo era el tratamiento estadístico de los resultados de todos los cuestionarios en su conjunto.

También se les comunicó que no había respuestas correctas ni incorrectas, lo importante es que respondieran de manera sincera a las diferentes cuestiones que se planteaban en el cuestionario. En todo momento, el adolescente podía preguntar todas las dudas que le plantease el cuestionario a su profesor/padre. Era bastante habitual que los personas no entendieran algún concepto o el sentido general de la frase que tenían que valorar. El tiempo que precisaba cada persona para cumplimentar el cuestionario variaba entre 5 y 10 minutos en función de lo impulsivo o reflexivo que fuese.

Todas las personas que participaron en este estudio lo hicieron de una manera voluntaria y preservando en todo el anonimato del adolescente. De hecho, en ningún momento ni parte del cuestionario se le pide que se identifique con su nombre y apellidos, solamente se piden datos de identificación como la edad, el sexo, repetición de curso o no, etc. En el caso de los cuestionarios que se cumplimentaron en el ámbito educativo, todos ellos se rellenaron de manera individual con la ayuda del tutor, profesor u orientador que estaba al cargo del adolescente en ese momento.

Todos los cuestionario CPE fueron cumplimentados entre los meses de febrero y abril del 2016, pasando posteriormente al análisis estadístico de los datos obtenidos.

6.4 Análisis de datos

Los análisis de este estudio fueron los siguientes:

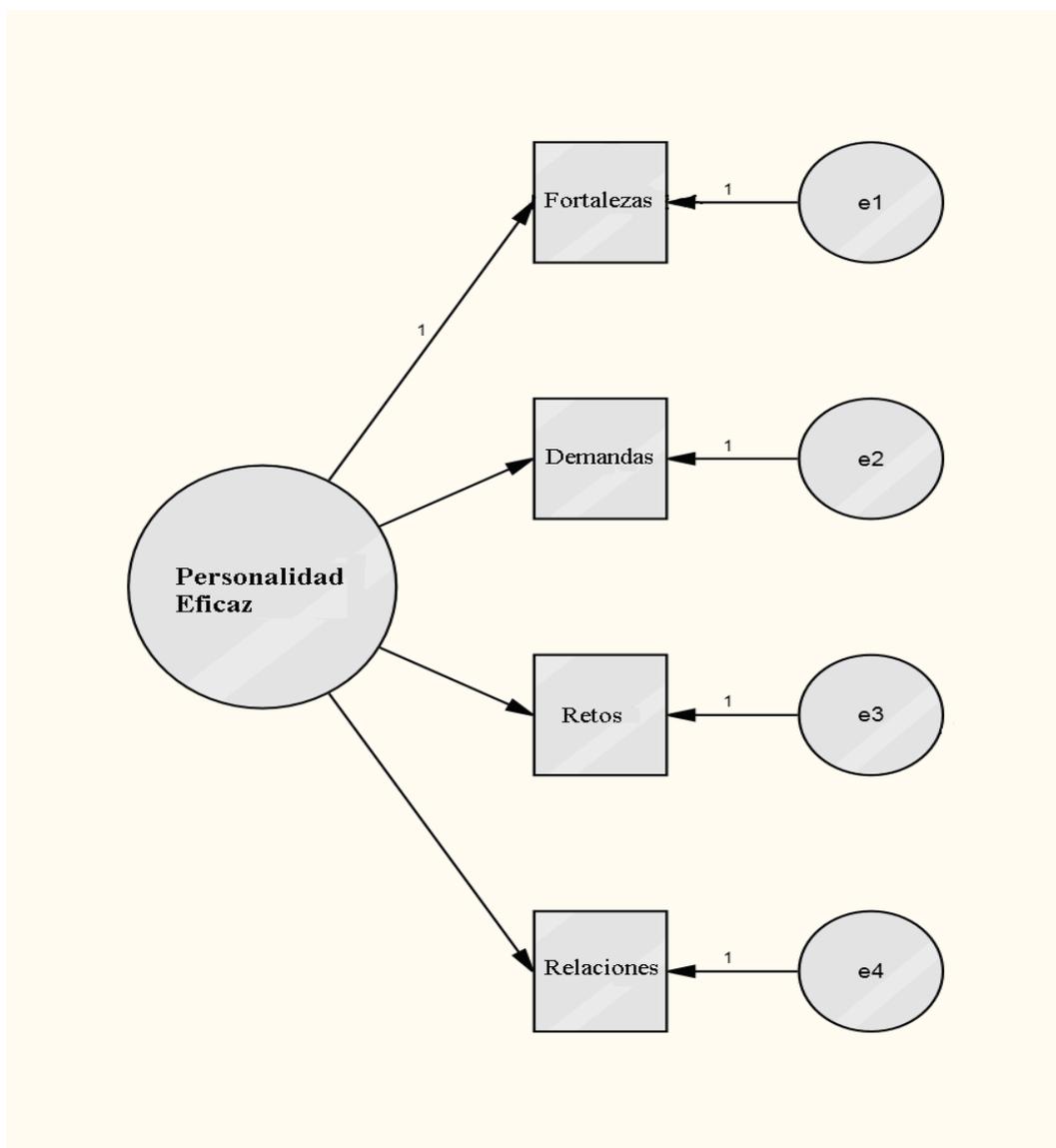
- Se comprobó la fiabilidad del cuestionario y de sus factores mediante el α de Cronbach y la consistencia de la estructura original del cuestionario mediante un análisis factorial confirmatorio.
- Se establecieron tipologías modales multivariadas en función de los factores de Personalidad Eficaz mediante la técnica de conglomerados K medias.
- Se estudiaron las diferencias en función de las variables género, edad y tipo de tratamiento mediante las pruebas T de Student y U de Mann-Whitney en función de si la variable era paramétrica o no. Y se realizó un estudio de diferencias entre los adolescentes con TDAH y la muestra de adolescentes sin ningún diagnóstico mediante la prueba MANOVA.

Para estos análisis de datos se dio por bueno el criterio habitual de significación $p < 0.05$.

7.1.2 Análisis factorial confirmatorio

En este apartado se pretende poner a prueba la estructura teórica del cuestionario CPE-Es/Ch. Se comprobó a partir del constructo de Personalidad Eficaz si los datos se ajustan a dicho modelo. Para el cálculo de los parámetros que componen el modelo, se utilizó como método de estimación Máxima Verosimilitud (Bollen, 1989).

En la figura 6 se presenta la estructura del *Cuestionario de Personalidad Eficaz* puesta a prueba en ambas muestras.



En la figura 7 se representan las estimaciones estandarizadas del Cuestionario de Personalidad Eficaz.

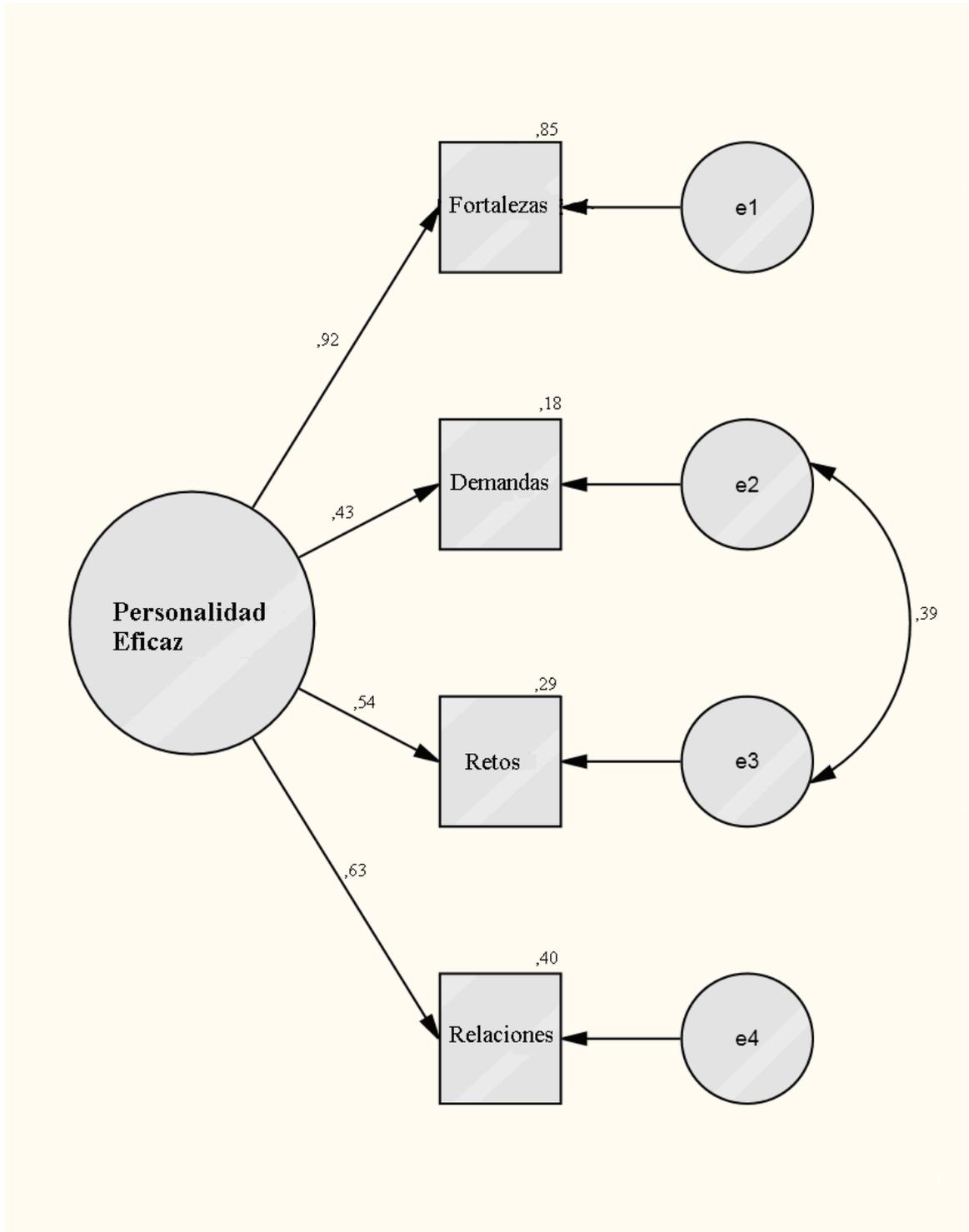


Figura 7. Estimaciones estandarizadas del modelo

7.2.2 Características básicas de las tipologías halladas

Con el resultado de la exploración de los cuatro tipos encontramos que existen contraposiciones entre las diferentes tipologías halladas. De manera breve, se mencionarán estos cuatro tipos, y se detallarán en el apartado de Discusión de la presente tesis doctoral.

Tipo 1: Tipo Eficaz:

La característica principal del tipo eficaz es que puntúan en todos los factores por encima del percentil 50, lo que indica puntuaciones altas en los cuatro factores analizados (Autoestima, Autorrealización Académica, Autoeficacia Resolutiva y Autorrealización Social).

Tipo 2: Ineficaz motivacional.

Se ha denominado a este tipo como ineficaz motivacional en base a que los centros de los conglomerados que lo configuran están por encima de la media en Autorrealización Académica, mientras que están por debajo de la media en Autoestima, Autoeficacia Resolutiva y Autorrealización Social.

Tipo 3: Eficaz desmotivacional

La tipología 3 recibe el nombre de Eficaz desmotivacional ya que las personas que lo integran se encuentran en percentiles medios (percentil 50 o superior) en los factores de Autoestima, Autoeficacia Resolutiva y Autorrealización Social, mientras que puntúa bajo en Autorrealización Académica.

Se observa que la escala general de Personalidad Eficaz y la dimensión de Demandas se distribuyen según la curva normal, mientras que Fortalezas, Retos y Relaciones presentan una distribución no paramétrica. A raíz de estos resultados se realizan los análisis de diferencias en función de las variables género, tratamiento psicológico y tratamiento farmacológico mediante la prueba T de Student en la escala general y en Demandas y U de Mann-Whitney en Fortalezas, Retos y Relaciones y las diferencias en función de la variable edad mediante la prueba ANOVA en la escala general y en Demandas y Kruskal-Wallis en Fortalezas, Retos y Relaciones.

Diferencias de género

En la tabla 12 se presentan los estadísticos descriptivos en los distintos factores en función de la variable género.

Se observa que no existen diferencias significativas entre los que reciben tratamiento farmacológico y los que no lo reciben.

Diferencias de edad

En la tabla 18 se presentan los estadísticos descriptivos en los distintos factores en función de la variable edad.

Tabla 18.

Descriptivos en función de la variable edad

	Edad	n	media	Desviación típica
Personalidad Eficaz	12	65	75.75	17.748
	13	33	74.85	16.776
	14	33	73.97	14.404
	15	44	73.70	14.104
	16	29	74.96	10.669
	17	17	69.88	14.062
	18	29	71.14	15.089
Fortalezas	12	65	15.11	4.059
	13	33	14.73	3.777
	14	33	14.94	3.783
	15	44	14.66	3.723
	16	29	15.0	2.739
	17	17	12.88	3.723
	18	29	13.62	4.313

sus interacciones diagnóstico TDAH*género ($F= 1.070$, $p=.371$, $\eta^2= .013$), diagnóstico TDAH*edad ($F= .793$, $p=.749$, $\eta^2= 0.14$), género*edad ($F= 1.112$, $p=.322$, $\eta^2= .020$) y diagnóstico TDAH*género*edad ($F= 1.046$, $p=.403$, $\eta^2= .015$).

En la tabla 21 se presenta el MANOVA realizado a fin de conocer en qué factores se dan las diferencias en función del diagnóstico de TDAH

Tabla 21.

MANOVA en función de la variable diagnóstico de TDAH

Variable dependiente	F	Significación	Eta al cuadrado parcial
Personalidad Eficaz	10.344	.001	.030
Fortalezas	4.423	.036	.013
Demandas	1.326	.250	.004
Retos	19.987	.000	.056
Relaciones	6.090	.014	.018

Se observa que las diferencias se dan en la escala general y en todos los factores (Fortalezas, Retos y Relaciones) a excepción de Demandas.

Para conocer qué grupo puntúa más alto en los factores en los que se han encontrado diferencias significativas, se presentan los descriptivos de ambos grupos en los distintos factores de Personalidad Eficaz tal y como se refleja en la tabla 22.

Tabla 23.*Baremo general de Personalidad Eficaz en adolescentes con TDAH*

		Personalidad				
		Eficaz	Fortalezas	Demandas	Retos	Relaciones
Media		74.01	14.62	24.48	13.79	21.12
Mediana		75	15	25	14	22
Desv. típ.		15.244	3.813	6.525	4.445	5.512
Mínimo		34	4	9	5	6
Máximo		111	20	40	25	30
Percentiles	10	53.1	9	16	7.1	13
	20	61	11	19	9	16
	25	63	12	20.75	11	17
	30	66	13	21	11	18.3
	40	71	14	23	13	20
	50	75	15	25	14	22
	60	80	16	26	15	23
	70	83	17	28	16.7	25
	75	85	18	29	17	25
	80	86	18	30	18	26
	90	92	19	32	19	28

Al haber encontrado diferencias estadísticamente significativas en función de la variable género en la escala general y en los factores de Fortalezas y Relaciones se presentan en la tabla 24 los baremos diferenciados por esta variable.

Tabla 24.*Baremos en función del género*

	Hombres			Mujeres			
	Personalidad			Personalidad			
	Eficaz	Fortalezas	Relaciones	Eficaz	Fortalezas	Relaciones	
Media	75.27	15.07	21.67	70.11	13.21	19.41	
Mediana	76	16	22	73	14	20	
Desv. típ.	14.206	3.463	5.315	17.653	4.484	5.801	
Mínimo	34	4	9	36	4	6	
Máximo	111	20	30	109	20	30	
Percentiles	10	56	10	14	42	7	12.2
	20	63	12	17	52.4	8	13.4
	25	65	13	18	57.5	9.5	14.5
	30	67	14	19	60	10.6	15
	40	72	15	21	62.8	13	17.8
	50	76	16	22	73	14	20
	60	81	17	24	77	15	21.2
	70	84	17	25	80.4	16	23
	75	85.5	18	26	83	17	24
	80	87	18	26	85.6	18	25
90	92	19	28	94	19	27.6	

8. Discusión

El presente trabajo es el primer estudio que establece una tipología respecto a los cuatro factores de Personalidad Eficaz (Autoestima, Autorrealización Académica, Autoeficacia Resolutiva y Autorrealización Social) en población adolescente (12 a 18 años) diagnosticada de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

tendría unas características muy parecidas. Esta investigación sirve para conciliar algunos resultados tan discordantes que se han encontrado en otros estudios y artículos científicos. Veamos de una manera desarrollada qué características tienen cada uno de estos grupos.

8.1 Descripción e interpretación de las tipologías

Como ya se ha comentado en la presente tesis, una vez administrado el CPE en población adolescente con TDAH se han encontrado cuatro tipologías o clusters en esta población. Dichos clusters hallados en jóvenes con TDAH son diferentes entre sí como se puede observar en los resultados del ANOVA de la tabla 9.

Una de las *hipótesis* que planteaba la presente tesis doctoral era que *el grupo o población de adolescentes de entre 12 y 18 años con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad tenía unas características muy similares en cuanto a funcionamiento social y emocional se refiere*. Una vez realizado el análisis de los datos del CPE se ha comprobado que esto no era así, encontrándose diferentes tipologías dentro de la población de adolescentes con TDAH. Por lo tanto, hay adolescentes con TDAH que presentan un mal ajuste en las áreas social y emocional como bien refleja la literatura científica al respecto, pero también existe un subgrupo dentro de la población adolescente con TDAH que se encuentra en el rango normal en las áreas social y emocional. Es por ello que se confirma parcialmente nuestra hipótesis.

A continuación, se describirán las cuatro tipologías encontradas en población adolescente con TDAH a partir del Cuestionario de Personalidad Eficaz.

medida su buen funcionamiento a la hora de afrontar problemas y tomar decisiones (esfera de la Autoeficacia Resolutiva). No adoptarán actitudes pasivas de afrontamiento, ni esperarán a que otros les resuelvan sus problemas. Se juzgarán capaces de resolverlos y antes de tomar una decisión reflexionarán sobre sus consecuencias, manteniendo una postura confiada y optimista sobre su resolución.

Con respecto a la esfera Autorrealización Social, este grupo de personas se percibe con habilidades sociales y capacidad asertiva. Se desenvuelven bien en situaciones sociales, sin timidez. Refieren un amplio círculo de amistades y expectativas de éxito en sus relaciones con el grupo de iguales.

En resumen, las personas enmarcadas dentro del Tipo Eficaz son adolescentes con un buen autoconcepto y una alta autoestima, con motivación orientada a la tarea, un estilo atribucional adaptativo, expectativas optimistas sobre su futuro, estilo resolutivo en el afrontamiento de sus problemas y buena capacidad asertiva y comunicativa.

Tipo 2: Ineficaz motivacional.

Los adolescentes que forman parte de este grupo (n=52) denominado Ineficaz motivacional tienen puntuaciones en *Autorrealización Académica* por encima de la media, en concreto, un percentil 70. Sin embargo, tienen puntuaciones por debajo del percentil 50 en dos de los factores del constructo de Personalidad Eficaz como son la *Autoestima* (percentil 30) y la *Autoeficacia Resolutiva* (percentil 40). En el factor de *Autorrealización Social* obtienen puntuaciones muy bajas (percentil 10).

Como ya hemos comentado, estas personas presentan un buen funcionamiento en una de las cuatro esferas del yo que conforman el cuestionario de Personalidad Eficaz, puntuando por encima de la media, en torno al percentil 70, en el factor Autorrealización Académica. Por ende, son personas con valores superiores a la media

en motivación orientada a la tarea. Establecen atribuciones internas de éxito (debidas al esfuerzo o la capacidad) en la mayoría de las situaciones, y por lo general, suelen mantener expectativas de éxito futuro. Su puntuación *Autoeficacia Resolutiva* esta en torno al percentil 40, por lo que no se perciben como muy capaces de solventar sus problemas. Sin embargo, su principal dificultad está en torno a la *Autoestima*, donde se encuentran en un percentil 30 y principalmente en *Autorrealización Social* donde presenta un percentil de 10. Esto indica que estos adolescentes presentan una valoración de sí mismos algo negativa. No se gustan ni física ni emocionalmente. Presentan una autoestima algo moderada como estudiantes y sobre todo como amigos y presentan evidencia de un claro déficit en sus habilidades sociales, con unas escasas capacidades empática y asertiva y sus problemas a la hora de desenvolverse en situaciones sociales.

En resumen, se trata de adolescentes caracterizados por un estilo motivacional y atribucional adaptativo y expectativas optimistas pero con un bajo autoconcepto y autoestima y dificultades en las relaciones con los iguales y para desenvolverse en situaciones sociales.

Tipo 3: Eficaz desmotivacional

En líneas generales, *la tipología 3* es un tipo que se ha denominado *Eficaz desmotivacional* dado que sus centros de los conglomerados están por encima de la media en *Autoestima*, *Autoeficacia Resolutiva* y *Autorrealización Social* y por debajo de la media en *Autorrealización Académica*. Según el presente estudio, este conglomerado estaría formado por un total de 71 personas de 250 totales que forman la muestra. En base a estas características se puede describir a estas personas en los siguientes términos:

Son personas que presentan un buen funcionamiento en tres de las cuatro esferas del yo que conforman el cuestionario de Personalidad Eficaz, puntuando por encima de la media, en torno al percentil 60 en los factores *Autoestima* y *Autorrealización Social* y en el percentil 50 en el factor *Autoeficacia Resolutiva*.

Sin embargo, presentan deficiencias en la esfera Autorrealización Académica, en concreto, se sitúan en el percentil 30.

Esto evidencia que son personas que tienen una baja motivación interna hacia los estudios, lo que sin lugar a dudas puede repercutir negativamente en su rendimiento académico. No realizan atribuciones de sus éxitos ni a sus esfuerzos ni a sus buenas capacidades. Quizá por ello tampoco presenten muchas expectativas de éxito académico futuro, ni a largo plazo, ni inmediato.

Sus fortalezas están en torno a los factores de *Autoeficacia Resolutiva* y principalmente de *Autoestima* y *Autorrealización Social*. Tienen una buena autoimagen en relación a su forma de ser y actuar. Se gustan física y emocionalmente de manera adecuada, presentan una buena autoestima como estudiantes, se perciben con aptitudes adecuadas para obtener buenas calificaciones. A su vez, evidencian un afrontamiento de problemas y la toma de decisiones normales. En las relaciones con los iguales demuestran ser socialmente competentes; se perciben como poco tímidos, con un buen número de amistades, valorados por los demás y con expectativas de éxito en relaciones sociales.

En resumen, son adolescentes que se caracterizan por presentar un estilo competente en las relaciones con los iguales y para desenvolverse en situaciones sociales, con una buena autoestima y con un estilo de afrontamiento de problemas y la toma de decisiones adecuados, pero con ciertas carencias en motivación y atribución interna, con pocas expectativas de éxito futuro.

pero atribuyen los fracasos a variables y situaciones externas a ellas. Este mecanismo sirve para salvaguardar la baja autoestima de los chicos con TDAH. Sin embargo, en esta investigación se ha puesto de relieve que no todos los niños con TDAH presentan una baja autoestima, por lo que este mecanismo de atribución no les resultaría necesario para una buena parte de la población con TDAH.

Sin embargo, en este estudio se ha podido demostrar que no todos los adolescentes diagnosticados de TDAH tienen una autoestima y autoconcepto bajo. De hecho, sólo los clusters *Ineficaz Motivacional* y el *Ineficaz* muestran puntuaciones en autoestima y autoconcepto con percentiles realmente bajos, mientras que el tipo *Eficaz* y el *Eficaz Desmotivacional* obtienen percentiles por encima de 60.

Aun así, son pocas las investigaciones que se han llevado a cabo sobre la autoestima y el autoconcepto en niños y adolescentes con TDAH (Bakker y Rubiales, 2012), lo que nos indica que debemos seguir ahondando en estos factores tan determinantes para la calidad de vida de nuestros jóvenes con TDAH, y para su ámbito emocional, en concreto. A pesar de la importancia que le conceden la gran mayoría de expertos en TDAH al autoconcepto (Barkley, 2006), debemos seguir investigando.

El estudio que se realizó en la Universidad Nacional de Mar del Plata (Argentina), con niños de entre 8 y 14 años, llegó a la conclusión de que los niños con TDAH presentan un autoconcepto general más bajo en comparación con niños de su misma edad pero sin la patología del TDAH (Bakker y Rubiales, 2012). Si bien es cierto que las conclusiones de estos autores coinciden con las encontradas en la escasa literatura existente respecto al autoconcepto, la presente investigación pone de manifiesto que la población de adolescentes con TDAH no es tan homogénea como concluyen la gran mayoría de estudios que analizaban estas variables de tipo emocional. Por tanto, no todos los adolescentes con TDAH presentan una baja autoestima como

hemos obtenido en nuestro estudio a partir del Cuestionario de Personalidad Eficaz. Como bien señalan algunos autores, las diferencias no fueron estadísticamente significativas, probablemente debido al reducido tamaño de la muestra, 15 personas en cada grupo (Bakker y Rubiales, 2012).

Por otro lado, un estudio más reciente concluyó que los adolescentes y adultos que fueron diagnosticados de TDAH a lo largo de su infancia, tenían significativamente menos logros académicos si se comparaba con población sin TDAH, lo que parecía influir en la autoestima y autoconcepto de los niños diagnosticados de TDAH (Miranda, Berenguer, Colomer y Roselló, 2014).

También debemos tener en consideración que muchos jóvenes diagnosticados de TDAH muestran un autoconcepto positivo ilusorio (Ohan y Johnston, 2002). Este hecho hace que los jóvenes muestren una sobrevaloración en diferentes actividades y/o tareas en diferentes áreas de desempeño. Debemos seguir investigando en esta línea, pues el autoconcepto positivo ilusorio puede ser un mecanismo de defensa para el niño o adolescente que lo pone en marcha, manteniendo intacta la imagen que da a los demás.

Por tanto se hace necesario seguir investigando en relación a la autoestima y el autoconcepto que suelen tener los jóvenes diagnosticados de TDAH.

8.2.2 Demandas del Yo

En cuanto a las ***Demandas del Yo***, también llamado *Autorrealización Académica*, cuyos factores son motivación, expectativas y atribuciones, existen varios estudios que llegan a interesantes conclusiones. Dichos factores se refieren al ámbito académico o escolar en el que se desenvuelven las personas evaluadas.

responsabilidades por considerarlos no capaces de llevarlas a cabo correctamente. El hecho de que los padres de los niños con TDAH tengan estas expectativas con sus hijos hace que les resten capacidad de autonomía y motivación de logro (Tarleton y Ward, 2005). Estos mismos resultados también los obtuvieron Robledo et al. (2005), quienes compararon a los padres de niños con TDAH con otros dos grupos: padres de niños con dificultades de aprendizaje y padres de niños sin ningún tipo de dificultad. Los resultados de este estudio demostraron que los padres más pesimistas y con expectativas más negativas respecto a los logros académicos de sus hijos son los padres de niños y adolescentes con TDAH.

Sin embargo, los resultados que se han obtenido a partir del instrumento de medida utilizado, el Cuestionario de Personalidad Eficaz en población adolescente con TDAH, no encuentran que en todos los casos de TDAH tengan una baja *Autorrealización Académica*. De hecho, en dos de las cuatro tipologías encontradas en el presente estudio (*Tipo Eficaz e Ineficaz Motivacional*), las personas pertenecientes a estas tipologías presentan valores en sus percentiles muy por encima de la media en cuanto a motivación, expectativas y atribuciones se refiere, no siendo necesario que sus padres se comporten de manera sobreprotectora como se concluyó en las investigaciones anteriormente mencionadas.

En cuanto a las atribuciones, son varios los estudios que ponen de manifiesto que los jóvenes con TDAH tienen grandes dificultades para automonitorizarse su propia conducta y atribuir de una manera realista y adaptativa las causas de sus éxitos y fracasos (López, Andrés y Arbeloa, 2008; Orjales, 1998). Como ya se ha comentado anteriormente, los niños con TDAH suelen atribuir sus fracasos, suspensos y mala conducta a causas externas a ellos. Así, por ejemplo, el suspenso de un examen será atribuido más probablemente a una causa externa (“la profesora me tiene manía”) antes

La gran mayoría de estudios de la literatura científica llegan a la conclusión de que los padres de niños y adolescentes con TDAH tienen dificultades para comunicarse con sus hijos, pero según los resultados que hemos obtenido en la presente tesis, no todas las tipologías encontradas obtienen puntuaciones bajas en *Autorrealización Social*, donde uno de los factores incluidos es el estilo comunicativo. De hecho, la *tipología Eficaz* y la *Eficaz Desmotivacional* obtienen buenas puntuaciones en las respuestas de este factor.

El hecho de que los niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad tengan dificultades para identificar y comprender sus emociones y las de los demás es algo que ha sido demostrado en varias investigaciones (Da Fonseca, Seguíer, Santos, Poinso y Deruelle, 2009; López Martín, Albert, Fernández Jaén y Carretié, 2008). Sirva como ejemplo el estudio de Pelc, Kornreich, Foisy y Dan (2006) en el que concluyeron que los niños con TDAH cometen más errores a la hora de etiquetar e identificar una emoción observando fotos de caras que el grupo control. En cuanto a la autorregulación de las emociones se refiere, los niños con TDAH tienen dificultades para ocultar sus emociones incluso después de haber recibido la instrucción explícita de hacerlo (Walcott y Landau, 2004).

Como ya se ha señalado en el presente estudio, el reconocimiento y correcto manejo de las emociones es un aspecto fundamental para una buena calidad de vida y un buen desarrollo del ámbito emocional del niño en general, y del niño con TDAH en concreto. Es por ello que se enfatiza en la necesidad de investigar en qué tipo de programas de desarrollo emocional y social son idóneos para esta población en concreto. Se ha comprobado que los niños y adolescentes con TDAH no identifican bien las emociones básicas, aunque las dos emociones que peor identificaron fueron el miedo y la rabia (Singh, Ellis, Winton, Singh, Leung, y Oswald, 1998). Este hecho está

muy ligado a las dificultades que tienen los niños con TDAH para entender el punto de vista del otro. Varios estudios han llegado a la conclusión de que los niños y adolescentes con TDAH tienen una alteración en la teoría de la mente (Carlson, Mandell y Williams, 2004; Carlson, Moses y Claxton, 2004; Papadopoulos, Panayiotou, Spanoudis y Natsopoulos, 2005).

Los jóvenes con TDAH son menos asertivos que sus compañeros de clase sin esta patología, mostrando un mayor de conductas agresivas. Además son menos cooperativos y muestran dificultades en la gestión y control de sus emociones y conductas. Estos son algunos de los motivos que hacen que los niños diagnosticados de TDAH reciban menor número de elecciones por parte de sus compañeros de clase en los sociogramas (Díez, García- Sánchez, Robledo y Pacheco, 2009).

Aunque la investigación en torno a la población que forman los adolescentes de 12 a 18 años diagnosticada de TDAH haya llegado a conclusiones en una misma línea, en relación a los factores que conforman el constructo de Personalidad Eficaz, la presente tesis doctoral pone de relieve que el grupo formado por adolescentes de entre los 12 y los 18 años con TDAH no es tan homogéneo como pueda parecer. En la presente investigación se han encontrado un total de cuatro grupos o tipologías que conforman esta población, no pudiendo considerarse a esta población como con unas características comunes a todos sus integrantes. Dentro de la población adolescente con TDAH nos encontramos con personas con una baja autoestima y también con una alta autoestima, y lo mismo para el resto de factores que componen el constructo de Personalidad Eficaz.

8.3 Análisis de las variables relacionadas con la Personalidad Eficaz y sus componentes

En cuanto al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad se refiere, aunque sus síntomas o manifestaciones están presentes desde el momento del nacimiento, no suele ser hasta los 4-5 años de edad cuando dichos síntomas empiezan a perturbar en los diferentes ámbitos de la vida del menor (Biederman y Quintero, 2014). Las investigaciones que se centran en la prevalencia del TDAH concluyen que es más frecuente en varones que en mujeres. Según Valdizán, Mercado y Mercado Undanivia (2007), el TDAH se da en tres varones por cada mujer, mientras que otros estudios encuentran diferencias más grandes en la prevalencia del TDAH según el género, como la de Robledo, García Sánchez y Díez González (2009) que concluyeron que un 80% de los personas diagnosticados de TDAH eran varones, mientras que el 20% restante eran mujeres. Los estudios de Orjales (2000) apoyan esta última investigación, ya que concluyó que se diagnostican 9 varones por cada niña en la población clínica. La presente investigación cuenta con un 75.6% de varones sobre los 250 personas que componen la muestra por un 24.4% de mujeres, lo que confirma el porcentaje según el género encontrado en otras investigaciones (Orjales, 2000; Robledo, García Sánchez y Díez González, 2009).

Si comparamos los resultados obtenidos por los varones y las mujeres adolescentes en el Cuestionario de Personalidad Eficaz (CPE) observamos que existen diferencias significativas en cuanto al *género* en el constructo general de Personalidad Eficaz, así como en las esferas de *Fortalezas* y *Relaciones*, obteniendo los hombres (n=189) significativamente mejores puntuaciones que las mujeres (n=61). La media de puntuación de los hombres en el CPE es de 75.27 mientras que las mujeres es de un 70.11 lo que supone una diferencia estadísticamente significativa entre varones y

al grupo de 250 adolescentes con TDAH en la escala general de Personalidad Eficaz y en todos los factores que forman este constructo, salvo en la esfera de Demandas (motivación, expectativas y atribuciones).

Otra de las hipótesis de la presente investigación afirmaba que los adolescentes que no están diagnosticados de TDAH (grupo control) obtendrían puntuaciones superiores en el CPE total y en cada una de las cuatro esferas. Estas hipótesis se han cumplido a tenor de los resultados, salvo en la esfera de *Retos*.. Una de las posibles explicaciones de por qué no existen diferencias estadísticamente significativas en *Retos* entre el grupo de adolescentes con TDAH y el grupo control es que los primeros suelen mostrar un autoconcepto positivo ilusorio que les hace mostrarse en el Cuestionario de Personalidad Eficaz como más motivados en el área académica, capaces de realizar correctas atribuciones y con unas expectativas ajustadas a la realidad (Ohan y Johnston, 2002). A lo largo de la presente investigación se ha puesto de manifiesto las diferencias entre los adolescentes con TDAH y sus compañeros sin este trastorno en diferentes habilidades, estrategias y resultados (autoestima, resolución de problemas, estilos comunicativos, capacidad de empatía, etc). Estos hechos explican los resultados obtenidos entre estos dos grupos (adolescentes con TDAH y grupo control de adolescentes).

Por tanto, los adolescentes sin el diagnóstico de TDAH puntúan más que los adolescentes con TDAH. Esto nos lleva a concluir que, por algún motivo, los adolescentes con TDAH tienen algunas dificultades que les hace puntuar por debajo de la población normal en este cuestionario que evalúa principalmente el área social y emocional.

Si nos centramos en los dos tipos de tratamientos que se tuvieron en cuenta en esta investigación para la población adolescente con TDAH, el tratamiento psicológico

y el tratamiento farmacológico, y se compara con lo que no recibían estos tratamientos, no se encuentran diferencias significativas.

La literatura científica ha demostrado que la combinación del tratamiento psicológico y el tratamiento farmacológico es más eficaz que la puesta en marcha de sólo uno de ellos (Prados, Fernández Jaén y Fernández Mayoralas, 2009).

Como hemos señalado en cuanto al *tratamiento psicológico*, los modelos terapéuticos con mayor validez empírica son las técnicas conductuales y las cognitivo-conductuales (López, Andrés y Alberola, 2008), dentro de éstas últimas, las más utilizadas son el entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en autoinstrucciones y el modelado (Miranda y Presentación, 2000; Presentación, 1996).

En lo que se refiere a nuestra investigación, un total de 88 adolescentes no recibían este tipo de servicio psicológico en el momento de la administración del cuestionario. En cambio, 162 adolescentes sí que recibían un tratamiento psicológico.

En la presente tesis la hipótesis que afirmaba que el hecho de que los adolescentes con TDAH recibieran tratamiento psicológico haría que estos jóvenes obtuvieran puntuaciones superiores a los que no lo recibían en el CPE, no ha sido confirmada, ya que al comparar las puntuaciones del grupo de adolescentes que recibía tratamiento psicológico con los que no lo recibían, no se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos. Por lo tanto, esto parece indicar que las intervenciones psicológicas que siguen los adolescentes con TDAH no abordan de forma suficiente los ámbitos social y emocional, y en consecuencia esto hace que no mejore su rendimiento en el CPE frente a los que no reciben apoyo psicológico.

Si nos centramos en el *tratamiento farmacológico*, tal y como hemos abordado en nuestro trabajo, los diferentes estudios concluyen que es una de las pautas más comúnmente aplicadas a los jóvenes con TDAH (López, Andrés y Alberola, 2008).

tipo de tratamiento (psicológico, farmacológico ni de ningún tipo) suelen tener peores resultados a largo plazo si los comparamos con jóvenes con TDAH con algún tipo de intervención o tratamiento (Orjales, 1998; Shaw, Hodgkins, Caci, Young, Kahle, Woods y Arnold, 2012). Según estos autores, el intervenir, por lo menos de una manera, aumenta las probabilidades de conseguir resultados y objetivos en los diferentes ámbitos del joven con TDAH.

Dado que en la presente investigación no se han encontrado que los tratamientos psicológicos ni farmacológicos estén ayudando a obtener mejores puntuaciones en el constructo de Personalidad Eficaz, una hipótesis a valorar es que la mayoría de los tratamientos o intervenciones que se llevan a cabo con los adolescentes con TDAH van dirigidas al ámbito conductual y académico, dejando por tanto sin tener en cuenta las variables emocionales y sociales.

8.4 Baremo del Cuestionario de Personalidad Eficaz (CPE) para la población adolescente con TDAH

Uno de los objetivos que persigue la presente investigación es administrar el Cuestionario de Personalidad Eficaz a un grupo elevado de adolescentes de 12 a 18 años diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) para comprobar si tenía una adecuada fiabilidad y validez en relación con esta población. Además, sería interesante que, en el caso de que se cumplieran los criterios mínimos de fiabilidad y validez para el CPE, se planteara el objetivo de elaborar un baremo con el que comparar a otros adolescentes con esta patología y ver qué puntuaciones obtienen en los factores que mide. Dado que es necesario evaluar el ámbito social y emocional en jóvenes con TDAH debido al alto grado de sufrimiento que tienen en estos ámbitos, el

entre algunos adolescentes con TDAH y otros que tienen un perfil diferente en las variables sociales y emocionales que mide. Por tanto, el CPE es un instrumento eficaz y rápido para determinar en cuál de las cuatro tipologías o clusters encaja un adolescente con TDAH en concreto.

El Cuestionario de Personalidad Eficaz no es una prueba para diagnosticar Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad ni es ese su cometido, pero sí que ayuda a identificar necesidades de Personalidad Eficaz que determinadas pruebas específicas de diagnóstico del TDAH no identifican. Por lo tanto, podemos concluir que el CPE es una prueba complementaria a la hora de diagnosticar el TDAH siendo además muy útil para diseñar programas de intervención individualizados para jóvenes con esta patología.

Lo que el Cuestionario de Personalidad Eficaz aporta en el caso de la muestra con jóvenes adolescentes con TDAH es una valoración y evaluación de la dimensión socio-afectiva, algo que otras pruebas específicas del diagnóstico del TDAH no aportan. Debemos tener presente que el CPE no discrimina entre un niño o adolescente con Trastorno con Déficit de Atención con Hiperactividad y otro que no lo es.

8.5 El Cuestionario de Personalidad Eficaz (CPE) en otras poblaciones

El Cuestionario de Personalidad Eficaz fue administrado a un total de 42 niños y adolescentes diagnosticados de Síndrome de Asperger. Los resultados muestran que si comparamos las puntuaciones en el CPE tomando como informantes a los propios niños y adolescentes con Síndrome de Asperger no existen diferencias significativas. En cambio, sí se encuentran diferencias estadísticamente significativas en todas las esferas del constructo si se comparan las puntuaciones del cuestionario rellenado por la familia del joven con Asperger con el grupo control (Guerra, 2015).

validez para la población de adolescentes de 12 a 18 años diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Como se he podido comprobar en el apartado de resultados, en este caso, se confirma la hipótesis. Es por ello que el Cuestionario de Personalidad Eficaz es una herramienta válida, fiable y útil para evaluar a los adolescentes que estén diagnosticados de TDAH con el objetivo de analizar su perfil y el ajuste o desajuste que los adolescentes puedan mostrar en las áreas social y/o emocional que se miden principalmente en el CPE.

El quinto y último objetivo de la presente investigación pretendía comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas en las cuatro esferas que componen el constructo de Personalidad Eficaz, así como en la escala general. Para ello, se compararon los resultados obtenidos en los cuatro factores y en el factor general en la población adolescente con TDAH y la población normal. En función de la esfera de la que hablemos, podemos decir que existen diferencias o no, por lo que se confirma parcialmente la hipótesis 5.

Se ha comprobado que los adolescentes diagnosticados de TDAH obtienen puntuaciones significativamente inferiores al grupo control (sin TDAH) en la escala general, por lo que se confirma la hipótesis que se formuló.

Si nos centramos en las cuatro escalas, encontramos que los adolescentes diagnosticados de TDAH obtienen puntuaciones significativamente inferiores al grupo control (adolescentes sin TDAH) en las esferas de *Fortalezas del Yo* (autoconcepto y autoestima), *Demandas del Yo* (motivación, expectativas y atribución) y *Relaciones del Yo* (comunicación, empatía y asertividad). Sin embargo, en la esfera de *Retos del Yo*

la persona que lo rellenaba. Hubiese resultado interesante saber de qué partes del territorio nacional recibíamos las respuestas al CPE.

En tercer lugar, se podría haber complementado el presente estudio con otras pruebas complementarias al Cuestionario de Personalidad Eficaz como otra prueba de personalidad y de psicopatología para valorar la validez concurrente y discriminativa. Dado que se quiso facilitar una alta tasa de respuestas por parte de la población adolescente con TDAH en el CPE, no se llevó a cabo.

En cuarto lugar, dado que el género (varón-mujer) sí que es una variable que suponía diferencias entre ambos, se podía haber comparado a los varones de la muestra con TDAH con la muestra de varones sin TDAH (grupo control). Lo mismo se podría haber hecho con las mujeres para concretar y matizar más esas diferencias en cuanto al género.

En quinto y último lugar, habría sido interesante ver si el instrumento CPE presenta la misma estructura factorial y hubiese obtenido los mismo clusters o grupos en la muestra del grupo de control.

11. Líneas futuras de investigación

Si los tratamientos no abordan el ámbito socio-emocional como se desprende de la presente investigación, debemos diseñar para un futuro cercano tratamientos específicos de ajuste socio-afectivo en aquellos adolescentes que al ser evaluados con el CPE así los manifiesten sus resultados. Lo que se pretende es que no sólo se evalúe ni se intervenga en los ámbitos atencionales, ejecutivos y conductuales. La gran mayoría

de investigaciones y procedimientos de intervención en el TDAH se centran en los ámbitos académico y conductual (López, Albert, Fernández y Carretié, 2009). Por tanto lo que nos planteamos es si un diseño que incluya variables emocionales y sociales solucionaría el déficit en esas variables o, incluso, mejorará los diseños que sólo trabajan el área conductual y/o académica.

Otro aspecto a tener en cuenta de cara a futuras investigaciones es contar con la perspectiva que tienen los padres y profesores respecto a sus hijos y alumnos respectivamente en cuanto a su competencia social. Como señalan Jara Jiménez, García Castellar y Sánchez Chiva (2011) son pocos los estudios que analizan la competencia social de los jóvenes con TDAH desde el prisma de los familiares del niño con TDAH y sus maestros. La gran mayoría de investigaciones que tratan de analizar la competencia social del niño con TDAH parten de la opinión del propio niño y de la de sus compañeros de clase. Sería interesante contar también con las perspectivas de los padres y los profesores para que la visión sea más amplia.

La experiencia clínica nos indica que incluir el ámbito social y emocional en los pacientes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad mejora su ajuste y su calidad de vida. Todos los jóvenes diagnosticados con TDAH sufren en los diferentes ámbitos de su vida, especialmente experimentan emociones de miedo y rabia (Singh, Ellis, Winton, Singh, Leung, y Oswald, 1998).

Otra de las líneas de investigación futura sería el estudio de los efectos que tiene el tratamiento farmacológico (metilfenidato) a medio-largo plazo sobre el joven con TDAH y sus efectos secundarios. Hasta el momento presente, no existen estudios con seres humanos que concluyan qué consecuencias tiene el uso del metilfenidato a largo plazo y si aumenta o disminuye la probabilidad de consumir sustancias.

Es una necesidad que los profesionales que nos dedicamos a la detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad desarrollemos mayor número de conocimientos y estrategias para trabajar su autoestima y autoconcepto. Esto posibilitaría contar con un mayor número de actividades y programas para potenciar la autoestima y conseguir un mayor ajuste socio-emocional de los jóvenes con TDAH (Bakker y Rubiales, 2012).

Sería interesante plantearnos si las personas que pertenecen a la tipología *Eficaz* (n=81) en realidad son personas que tienen TDAH o han sido mal diagnosticados. Dado que el TDAH es un trastorno que no tiene un marcador biológico y se diagnostica mediante el juicio del profesional, sería conveniente ahondar en el estudio de los perfiles y habilidades de los integrantes del grupo eficaz.

Para acabar la presente investigación, señalamos la importancia de utilizar diseños longitudinales en el estudio del TDAH que promueve la psicopatología evolutiva (Cardo y Servera, 2005). Como ya se ha mencionado en el apartado de limitaciones, la gran mayoría de investigaciones y datos que disponemos en relación al TDAH proviene de diseños transversales, a pesar de que el TDAH es un trastorno del neurodesarrollo que implica un enlentecimiento en la maduración nerviosa. Es por ello que sería ideal poder acometer este tipo de estudios con una metodología longitudinal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abikoff, H. y Gittelman, R. (1985). Hyperactive children treated with stimulants: is cognitive training a useful adjunct? *Arch Gen Psychiatry*, 42, 953-961.
- Aierbe, A (2011). Consumo mediático y actividades alternativas: un estudio comparativo entre adolescentes con TDAH y estándar. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. N° 1(2).
- Aierbe, A. y Medrano, C. (2011). Televisión, clima familiar y decodificación de valores en adolescentes con TDAH. *III Congreso Internacional Latina de Comunicación*. Universidad de La Laguna (Tenerife).
- Alomar, B. (2006). Personal and family paths to pupil achievement. *Social Behavior and Personality*, 34, 907-922.
- Aman, C. J., Roberts, R. J. y Pennington, B. F. (1998). A neuropsychological examination of the underlying deficit in attention deficit hyperactivity disorder: frontal lobe versus right parietal lobe theories. *Dev Psychol*, 34, 956-969.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4 Ed.)*. Washington, D. C.: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2001). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4 Ed. Revisada)*. Washington, D. C.: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5 Ed.)*. Washington, D. C.: American Psychiatric Publishing.
- Angold, A. y Costello, E. J. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical and methodological issues. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1779-1791.

- Arnsten, A. F. (2006). Fundamentals of attention-deficit/hyperactivity disorder: circuits and pathways. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(8), 7-12.
- Arnsten, A. F., Steere, J. C. y Hunt, R. D. (1996). The contribution of alpha 2-noradrenergic mechanisms of prefrontal cortical cognitive function. Potential significance for attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53, 448-455.
- Arrizabalaga, C., Aierbe, A y Medrano, C. (2010). Usos de Internet y mediación parental en adolescentes hiperactivos. *Revista Latina de Comunicación Social, Universidad de La Laguna (Tenerife)*. N° 65, pp. 561-571.
- Artigas Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36(1), 68-78.
- Artigas Pallarés, J. (2009). Dislexia: enfermedad, trastorno o algo distinto. *Revista de Neurología*, 48(2), pp. 63-69.
- Ato, E., Carranza, J. A., González, C., Ato, M. y Galián, M. D. (2005). Reacción de malestar y autorregulación emocional en la infancia. *Psicothema*, 17(3), 375-381.
- Ato, E., González, C. y Carranza, J. A. (2004). Aspectos evolutivos de la autorregulación emocional en la infancia. *Anales de Psicología*, 20(1), 69-79.
- August, G.J. y Garfinkel, G.D. (1990). Comorbidity of ADHD and Reading Disability Among Clinic Referred Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, N° 18, pp. 29-45.

- Bakker, L. y Rubiales, J. (2012). Autoconcepto en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psiencia: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(1), pp. 5-11.
- Barber, S., Grubbs, L. y Cottrell, B. (2005). Self perception in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Pediatric Nursing*, 20(4), pp. 235-245.
- Barkley, R. A. (1990). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Nueva York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull*, 121, 65-94.
- Barkley, R.A. (1997). *ADHD and the Nature of Self-Control*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1998). El desorden de hiperactividad y déficit de atención. *Investigación y Ciencia*, N° 266, pp. 48-53.
- Barkley, R. A. (2002). Psychosocial treatment for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children. *Clinic Psychiatry*, 63, 36-43.
- Barkley, R. A. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Revista de Neurología*, 48(2), 101-106.
- Barkley, R. A. (Dir.). *Treatment of childhood disorders* (2ª Edición). Nueva York: Guilford Press, pp. 111-207.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S. y Smallish, L. (1991). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria III: mother-

child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 233-256.

Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L. y Fletcher, K. (2002). The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adult adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 279-289.

Barkley, R. A. Fischer, M., Smallish, L. y Fletcher, K. (2004). Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 195-211.

Barkley, R. A. Fischer, M., Smallish, L. y Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of the Child and Adolescent Psychiatry*, 45(2), 192-202.

Barragán, E., Peña, F., Ortiz, S., Ruiz, M., Hernández, J., Palacios, L. y Suárez, A. (2007). Primer consenso latinoamericano de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Boletín médico del hospital infantil de México*, 64, pp. 326-337.

Barret, L. F. y Gross, J.J. (2001). Emotional Intelligence. A process model of emotion representation and regulation. En T. J. Mayne y G. A. Bonano (Eds.). *Emotions. Current issues and future directions*. New York: The Guilford Press.

Barry, R. J., Johnstone, S. J. y Clarke, A. R. (2003). A review of electrophysiology in attention-deficit/hyperactivity disorder: II. event-related potentials. *Clinical Neurophysiology*, N° 114, pp. 184-198.

- Beranuy, M., Chamarro, A., Graner, C. y Carbonell, X. (2009). Validación de dos escalas para evaluar la adicción a Internet y el abuso del móvil. *Psicothema*, 3(21), pp. 480-485.
- Berwid, O. G., Kera, E. A. C., Marks, D. J., Santra, A., Bender, H. A., y Halperin, J. M. (2005). Sustained attention and response inhibition in young children at risk for attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(11), pp. 1219-1229.
- Biederman, J. (2003). Pharmacotherapy for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) decreases the risk for substance abuse: findings from a longitudinal follow-up of youths with and without ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(11), 3-8.
- Biederman, J. y Faraone, S. V. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366, 237-248.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K. y Tsuang, M. T. (1991). Evidence of familial association between attention deficit disorder and major affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 48, 633-642.
- Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S., Guite, J., Mick, E., Chen, I., Mennin, D., Marrs, A., Ouellett, C., Moore, P., Spencer, T., Norman, D., Wilens, T., Kraus, I. y Perrin, J. (1996). A prospective 4-year follow-up study of attention- deficit hyperactivity disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53, 437-446.
- Biederman, J., Faraone, S., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K., et al. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1792-1798.

- Biederman, J., Fried, R. y Monuteaux, M. C. (2007). A laboratory driving simulation for assessment of driving behavior in adults with ADHD: a controlled study. *Annals General Psychiatry, 6(4)*.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *American Journal Psychiatry, 157(5)*, 816-818.
- Biederman, J. Mick, E. y Faraone, S. V. et al. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *American Journal Psychiatry, 159(1)*, 36-42.
- Biederman, J., Newcorn, J. y Sprich, S. (1991). Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry, 148(5)*, 564-577.
- Biederman, J., Petty, C. R., Clarke, A. et al. (2011). Predictors of persistent ADHD: a 11-year follow-up study. *Journal of Psychiatry, 45(2)*, 150-155.
- Biederman, J., Petty, C.R., y Doyle, A.E. (2008). Stability of executive function deficits in girls with ADHD: A prospective longitudinal followup study into adolescence. *Developmental Neuropsychology, 33*, 44-61.
- Biederman, J. y Quintero, J. (2014). Impacto del TDAH a lo largo de la vida. En M. Casas, J. A. Alda, A. Fernández Jaén, J. Quintero y J. A. Ramos Quiroga (Eds.), *Impacto personal, social y económico del TDAH* (pp. 1-16). Plan de acción del proyecto PANDAH. Barcelona: EdikaMed.
- Bioulac, S., Arfi, L., y Bouvard, M. P. (2008). Attention deficit/hyperactivity disorder and video games: a comparative study of hyperactive and control children. *European Psychiatry, 23(2)*, pp. 134-141.
- Blanco, C. y Moreno, P. (2006). Revisión del concepto de personalidad y del modelo de personalidad de Millon. *Psiquiatría.com 10(4)*.

- Bonano, G. A. (2001). Emotion self-regulation. En T. J. Mayne y G. A. Bonano (Eds.). *Emotions. Current issues and future directions*. New York: The Guilford Press.
- Bonet, J. V. (1997). *Sé amigo de ti mismo: manual de autoestima*. Maliaño (Cantabria, España): Sal Terrae.
- Boonstra, A., Oosterlaan, J., Sergeant, J. y Buitelaar, J. (2005). Executive functioning in adult ADHD: a meta-analytic review. *Psychol Med*, 35, 1097-1108.
- Braaten, E. B. y Rosen, L. A. (2000). Self-regulation of affect in attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) and non-ADHD boys: differences in empathic responding. *Journal Consult Clinical Psychology*, N° 68, pp. 313-321.
- Brunner, J. y Elacqua, G. (2003). *Informe Capital Humano en Chile*. Santiago: La Araucana.
- Burns, G. L. y Walsh, J. A. (2002). The influence of ADHD-hyperactivity/impulsivity symptoms on the development of oppositional defiant disorder symptoms in a 2-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(3), pp. 245-256.
- Bush, G., Valera, E. M. y Seidman, L. J. (2005). Functional neuroimaging of attention-deficit/hyperactivity disorder: A review and suggested future directions. *Biological Psychiatry*, N° 57, pp. 1273-1284.
- Cabanyes, J., Polaino Lorente, A. y Ávila, C. C. (1991). Signos neurológicos menores e hiperactividad infantil. ¿Un nuevo paso en el avance nosológico? *Anales Españoles de Pediatría*, 34, 436-440.

- Cadesky, E. B., Mota, V. L. y Schachar, R. J. (2000). Beyond words: how do problem children with ADHD and/or conduct problems process nonverbal information about affect? *Journal American Academy Child Psychiatry*, N° 39, pp. 1160-7.
- Camacho-Gómez, C. y Camacho-Calvo, M. (2005). Habilidades sociales en la infancia. *Revista profesional española de terapia cognitivo-conductual*, 3(1), pp. 1-27.
- Capelatto, I.V., Franco de Lima, R., Ciasca, S. M. y Alves Salgado-Azoni, C. (2014). Cognitive Functions, Self-Esteem and Self-Concept of Children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 27(2), pp. 331-340.
- Cardo, E. y Pamias, M. (2014). Impacto del TDAH en el rendimiento escolar. En M. Casas, J. A. Alda, A. Fernández Jaén, J. Quintero y J. A. Ramos Quiroga (Eds.), *Impacto personal, social y económico del TDAH* (pp. 27-40). Plan de acción del proyecto PANDAH. Barcelona: EdikaMed.
- Cardo, E. y Servera, M. (2005). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Revista de Neurología*, 46(6), pp. 365-372.
- Cardo, E., Servera, M. y 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*, N° 44, pp. 10-14.
- Cardo, E., Servera, M., Vidal, C., De Azua, B., Redondo, M. y Riutort, L. (2011). Influencia de los diferentes criterios diagnósticos y la cultura en la

prevalencia del trastorno por déficit de atención/ hiperactividad. *Revista de Neurología*, 52(1), pp. 109-117.

Carlson, C. L., Mann, M. y Alexander, D. (2000). Effects of rewards and response cost on the performance and motivation in children with ADHD. *Cognitive Therapy and Research*, 24(1), pp. 87-98.

Carlson, S., Moses, L. y Claxton, L. (2004). Individual differences in executive functioning and theory of mind: An investigation of inhibitory control and planning ability. *Journal of Experimental Child Psychology*, 87(4), pp. 299-319.

Casas, M., Alda, J. A., Fernández Jaén, A., Quintero, J. y Ramos Quiroga, J. A. (2014). *Impacto personal, social y económico del TDAH*. Plan de acción del proyecto PANDAH. EdikaMed: Barcelona.

Castellanos, F. X. (2002). Anatomic magnetic resonance imaging studies of attention deficit/hyperactive disorder. *Dialogues in Clinical*, 4, 444-448.

Castellanos, F. X., Marvasti, F. F., Ducharme, J. L., Walter, J. M., Israel, M. E., Krain, A., Pavlovsky, C. y Hommer, D. W. (2000). Executive function oculomotor tasks in girls with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(5), 644-650.

Castellanos, S. Martín Palacio, M. E. y Dapelo, B. (2012). Cuestionario de Personalidad Eficaz en población adulta de 30 a 60 años. *Revista de Orientación Educativa*, 26(50), pp 15-30.

Chu, S. (2003). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Part two: evaluation and intervention. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. 10(6), pp. 253-263.

- Coghill, D., Soutullo, C., D'Aubuisson, C., Preuss, U., Lindback, T., Silverberg, M. y Buitelaar, J. (2008). Impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on the patient and family: results from a European survey. *Child and Adolescent Psychiatry Mental Health*, 2(1), 31
- Corbett, B. y Glidden, H. (2000). Processing affective stimuli in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Child Neuropsychology*, N° 6, pp. 144-155.
- Cox, D. J., Cox, B. S. y Cox, J. (2011). Self-reported incidences of moving vehicle collisions and citations among drivers with ADHD: across-sectional survey across the lifespan. *American Journal Psychiatry*, 168, 329-330.
- Crespo, N., Manghi, D., García, G. y Cáceres, P. (2007). Déficit de atención y comprensión de los significados no literales: interpretación de actos de habla indirecto y de frases hechas. *Neurológica*, 44(2), 75-80.
- Cubero Venegas, C. M. (2006). Los trastornos de la atención con o sin hiperactividad: una mirada teórica desde lo pedagógico. *Actualidades Investigativas en Educación*, N° 6, pp. 1-42.
- Da Fonseca, D., Seguíer, V., Santos, A., Poinso, F. y Deruelle, C. (2009). Emotion understanding in children with ADHD. *Child Psychiatry and Human Development*, N° 40, pp. 111-121.
- Daigre Blanco, C. Ramos Quiroga, J. A. Valero, S., Bosch, R., Roncero, C., Gonzalvo, B. y Nogueira, M. (2009). Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) symptom checklist in patients with substance use disorders. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(6), 299-305.

- Dapelo, B., Marcone, R., Martín, E., y Fernández, A. (2006). Adaptación Chilena del cuestionario de Personalidad Eficaz para adolescentes. *Psicothema*, 18(1), pp. 130-134.
- Dapelo, B. y Martín del Buey, F. (2007). Personalidad eficaz (PECE) en el contexto de la educación técnico-profesional. *Revista de Orientación Educativa*, 39(21), pp. 13-29.
- Dapelo, B., Martín del Buey, F. y Marcone, R. (2011, 29 de Marzo – 1 de Abril). Personalidad Eficaz y autoeficacia docente Educación, En VI Congreso Internacional de Psicología. Valladolid, España: Asociación Nacional de Psicología y Educación. (Conjuntamente se realizó). En III Congreso Nacional de Psicología de la Educación. Valladolid, España: Colegio Oficial de Psicólogos de Castilla y León.
- Dapelo, B., Martín del Buey, F. y Marcone, R. (2011, Abril) Tipologías modales multivariadas en personalidad eficaz en contextos universitarios chilenos. En XIII Congreso Internacional, Roma, Italia: Asociación Nacional de Psicología de la Infancia, adolescencia, Mayores y Discapacidad.
- Di Giusto, C., Dapelo, B. y Martín, M.E. (2010, Julio). Personalidad eficaz y psicoemocionabilidad: primeros avances hacia la validez de contenido de dos cuestionarios en contextos universitarios hispanoparlantes. En Actas del Congreso Iberoamericano de Psicología. Oviedo, España: Federación Iberoamericana de Asociaciones de Psicología.
- Di Giusto, C., Martín Palacio, M.E., Arnaiz, A. y Guerra, P. (2014). Competencias personales y sociales en adolescentes. *Revista Iberoamericana de Educación*. N° 66, pp. 89-104.

- Di Giusto, C., Martín, M.E. y Martín del Buey, F. (2009). Evaluación de competencias básicas personales. En F.V. Castro (Dir.), Contextos educativos escolares: familia, educación y desarrollo (pp.643-652). Badajoz: Asociación de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescencia, Mayores y Discapacidad.
- Dickstein, S., Bannon, K., Castellanos, F. X. y Milham, M. (2006). The neural correlates of attention deficit hyperactivity disorder: An ALE meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, N° 47, pp. 1051-1062.
- Díez, M., García-Sánchez, J., Robledo, P. y Pacheco, D. (2009). Habilidades sociales y composición escrita en alumnos con dificultades de aprendizaje y/o bajo rendimiento. *Boletín de Psicología*, (95), pp. 73-86.
- DuPaul, G. J., Gormley, M. J. y Laracy, S. D. (2013). Comorbidity of LD and ADHD: implications of DS-5 for assessment and treatment. *Journal of Learning disabilities*, 46, 43.
- Faraone, S. V., Biederman, J. y Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med*, 36, 159-165.
- Faraone, S. V. y Mick, E. (2010). Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 159-180.
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., et al. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, N° 57, pp.1313-1323.
- Faraone, S. V. y Wilens, T. E. (2007). Effect of stimulant medications for attention-deficit/hyperactivity disorder on later substance use and the potential for

stimulant misuse, abuse, and diversion. *The Journal of Clinical Psychiatry*, N° 68, pp. 15-22.

Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., De Girolamo, G., Haro, J. M., Karam, E. G., Lara, C., Lépine, J. P., Ormel, J., Posada Villa, J., Zaslavsky, A. M. y Jin, R. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Psychiatry*, 190, 402-409.

Fergusson, D.M. y Horwood, L.J. (1995). Early disruptive behavior, IQ, and later school achievement and delinquent behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, N° 23, pp. 183-199.

Fernández Jaén, A., García Giral, M. y Plaza Romero, S. (2014). Impacto del TDAH en la autoestima y el suicidio. En M. Casas, J. A. Alda, A. Fernández Jaén, J. Quintero y J. A. Ramos Quiroga (Eds.), *Impacto personal, social y económico del TDAH* (pp. 85-97). Plan de acción del proyecto PANDAH. Barcelona: EdikaMed.

Fernández Jaén, A., Martín, D., Calleja Pérez, B., Moreno, N. y Muñoz, N. (2008). Efectos del metilfenidato en los procesos cognitivo-atencionales. Uso de los test de ejecución continuada. *Revista de Neurología*, 46(1), pp. 47-49.

Fernández Jaén, A., Martín, D., Calleja Pérez, B. y Muñoz, N. (2007) *El niño hiperactivo*. Jano, pp. 27-33.

Fernández, M., Domínguez, M., Cruz, V., Abelleira, M. y Amado, A. (2009). Inteligencia emocional: Beneficios educativos de su estimulación y

desarrollo. Actas de X Congreso Internacional Galego-Portugués de Psicopedagogía. Braga: Universidade do Minho.

Flicek, M. (1992). Social status of boys with both academic problems and attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20(4), 353-366.

Frankel, F., Cantwell, D., Myatt, R., y Feinberg D. (1999). Do stimulants improve self-esteem in children with ADHD and peer problems? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 9, pp. 185-194.

Frankel, F. y Feinberg, D. (2002). Social problems associated with ADHD vs. ODD in children referred for friendship problems. *Child Psychiatry and Human Development*, 33(2), 125-145.

Fueyo, E., Martín, M.E. y Dapelo, B. (2010). Personalidad eficaz y rendimiento académico: una aproximación integradora. *Revista de Orientación Educativa*, 24(46), pp. 57-70.

Fueyo, E., Martín, M. E. y Fernández, A. (2009). Cuestionario de competencias de desarrollo personales y sociales para niños. *International Journal of developmental and educational psychology*, 1(2), pp. 671-680.

Fussell, J. J., Macias, M. M. y Saylor, C. F. (2005). Social skills and behavior problems in children with disabilities with and without siblings. *Child Psychiatry and Human Development*, 36(2), 227-241.

Gadow, K. D., Drabick, D. A. G., Loney, J. Sprafkin, J., Salisbury, H., Azizian, A y Schwartz, J. (2004). Comparison of ADHD symptom subtypes as source-specific syndromes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(6), pp. 1135-1149.

- García Castellar, R., Presentación Herrero, M. J., Sigenthaler Hierro R. y Miranda Casas, A. (2006). Estado sociométrico de los niños con trastorno de atención con hiperactividad subtipo combinado. *Revista de Neurología*, 42(1).
- García Maldonado, G. (2003). Fármacos estimulantes y psiquiatría infantil. Una revisión de su aplicación en el trastorno por déficit de la atención con hiperactividad en niños. *Salud Mental*, 26(2), 33-41.
- García Sevilla, J. (1997). Psicología de la atención. *Editorial Síntesis*. Madrid.
- García-Castellar, R., Presentación-Herrero, M. J., Siegenthaler-Hierro, R. y Miranda-Casas, A. (2006). Estado sociométrico de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado *Revista de Neurología*, 42 (2), pp. 13-18.
- García-Piña, C. A. (2008). Riesgos del uso de internet por niños y adolescentes. Estrategias de seguridad. *Acta Pediátrica de México*, 29(5), pp. 273-279.
- García-Villamizar, D.A. y Navarro González, M. I. (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: breve análisis de su evolución histórica. *Revista de Historia de la Psicología*, 31(4), pp. 23-36.
- García, A. M. y Hernández, S. (2010). Alteraciones emocionales en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 27 (1), pp. 17-24.
- García, J. N. (2001). *Dificultades de aprendizaje e intervención psicopedagógica*. Barcelona. Ariel.

- García, M. y Giménez, S.I. (2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos: Propuesta de un modelo integrador. *Revista digital Espiral. Cuadernos del profesorado*, 3(6), 43-52.
- Gillis, J. J., Gilger, J. W., Pennington, B. F. y DeFries, J. C. (1992). Attention deficit disorder in reading-disabled twins: Evidence for a genetic etiology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 303-315.
- Gol, D. y Jarus, T. (2005). Effect of a social skills training group on everyday activities of children with attention-deficit-hyperactivity disorder. *Developmental Medicine y Child Neurology*, 47, pp. 539-545.
- Goldberg, E. y Costa, L. D. (1981). Hemisphere differences in the acquisition and use of descriptive systems. *Brain Lang*, N° 14, pp. 144-173.
- Golden, C. J. (1994). STROOP: *El test de los colores y las palabras*. Madrid: TEA Ediciones.
- Goldstein, L. H., Harvey, E. A. y Friedman- Weieneth, J. L. (2007). Examining subtypes of behavior problems among 3-year-old children, Part III: Investigating differences in parenting practices and parenting stress. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, pp. 125-136.
- González Hernández, J., Galdames Contreras, D., Oporto Segura, S., Nervi Nattero, A. y Von Bernhardt, R. (2007). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad del adulto: estudio descriptivo en una Unidad de Memoria. *Revista de Neurología*, 44(9), 519-523.
- Gonzalez Pienda, J. A., Nunez, J. C., Alvarez, L., Rocés, C., Gonzalez Pumariega, S., Gonzalez, P., Muniz, R., Valle, A., Cabanach, R., Rodriguez, S. y Bernardo, A. (2003). Adaptabilidad y cohesión familiar, implicación parental en

- conductas autorregulatorias, autoconcepto del estudiante y rendimiento académico. *Psicothema*, 15, 471-477.
- Gonzalez, A., Willems, P. y Doan Holbein, M. (2005). Examining the relationship between parental involvement and student motivation. *Educational Psychological Review*.17, 50-67.
- González, M., Castro, P. y Martín, M. E. (2011). Personalidad eficaz en estudiantes chilenos de ingeniería de primer año formación universitaria. 4(5), pp. 3-13.
- González, R., Bakker, L. y Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12 (1), pp. 141-158.
- Graner, J., Castellana, M., y Sánchez-Carbonell, X. (2006): ¿Qué uso hacen los jóvenes y adolescentes de Internet y del móvil? *Comunicación y Ciudadanía*, N°3, pp. 71-90.
- Gratch, L. (2009). *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD). Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Grattan, L. M. y Eslinger, P. J. (1990). Higher cognition and social behavior: cognitive flexibility and empathy after brain injury. *Neuropsychology*, 3, 175-185.
- Guerra, P. (2015). Evaluación e intervención de competencias personales y sociales: la Personalidad Eficaz en población infanto-juvenil con Síndrome de Asperger. Tesis doctoral. Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo.
- Guerrero, R. (2016). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Entre la patología y la normalidad*. Libros Cúpula.

- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., Anderson, R.E. y Tatham R.L. (2005). *Multivariate data analysis* (6th Ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.
- Hampel, P. y Desman, C. (2006). Coping and quality of life among children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *Prax Kinderpsychology Kinderpsychiatry*, 55, 425-443.
- Haquin, C. F., Larraguibel, M. Q. y Cabezas, J. A. (2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista chilena de pediatría*, 75(5), pp. 425-433.
- Harpin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family and community from preschool to adult life. *Archives Disease Child*, 90(1), 2-7.
- Hay, D., Hudson, K. y Liang, W. (2010). Links between preschool children's prosocial skills and aggressive conduct problems: The contribution of ADHD symptoms. *Early Childhood Research Quarterly*, 25 (4), 493-501.
- Henríquez-Henríquez, M., Zamorano-Mendieta, M., Rothhammer-Engel, F. y Aboitiz, F. (2010). Modelos neurocognitivos para el Trastorno por Déficit de Atención/ Hiperactividad y sus implicaciones en el reconocimiento de endofenotipos. *Revista de Neurología*, 50(2), pp. 109-116.
- Herrera Gutiérrez, E., Calvo Llena, M. T. y Peyres Egea, C. (2003). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad desde una perspectiva actual. Orientaciones a padres y profesores. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56(1), 5-19.
- Hervás Zúñiga, A. y Hernández Otero, I. (2014). Impacto del TDAH sobre la calidad de vida. En M. Casas, J. A. Alda, A. Fernández Jaén, J. Quintero y J. A. Ramos Quiroga (Eds.), *Impacto personal, social y económico del TDAH* (pp. 109-127). Plan de acción del proyecto PANDAH. Barcelona: EdikaMed.

- Hidalgo Vicario, M. I. (2007). Evaluación diagnóstica del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *BSCP Canarias Pediátrica*, 31(2), pp. 79-85.
- Higgins, E. T., Grant, H. y Shah, J. (1999). Self Regulation and quality of life: Emotional and non-emotional life experiences. En Kahneman, Diener y Schwarz (Eds.). *Well-being: the foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation.
- Hill, P. y Cameron, M. (1999). Recognising hyperactivity: a guide for the cautions clinican. *Child Psychology and Psychiatric Review*, N° 4, pp. 50.60.
- Hinshaw, S. P. (1992). Academic underachievement, attention deficits and aggression: comorbidity and implications for intervention. *Journal of Consult and Clinical Psychology*, 60(6), 893-903.
- Hinshaw, S. P. (1994). *Attention deficits and hyperactive in children*. Sage Publications: Londres.
- Hinshaw, S. P., Henker, B., Whalen, C. Ehrarday, D. y Dunnington, R. E. (1989). Aggressive, prosocial and nonsocial behavior in hyperactive boys: dose effects of MPH in naturalistic settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 636-643.
- Hishinuma, S. (2000). Parent attitudes on the importance and success of integrated selfcontained services for students who are gifted, LD, and gifted/ LD. *Roeper Review*, 22, 241-263.
- Hoffman, A. (1845).
- http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/186/cd/m1/evolucion_historica_del_concepto_tdah.html

- Hopkins, J. (1979). Cognitive style in adults originally diagnosed as hyperactives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 209-216.
- Hoza, B, Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Pelham, W. E., Molina, B. S. G., Abikoff, B. H., Epstein, J. N., Greenhill, L. L., Hetchman, L., Odbert, C., Swanson, J.M. y Wigal, T. (2004). *Self-perceptions of competence in children*, 72(3), pp. 382-391.
- Hurt, E. A., Hoza, B. y Pelham, W. E. (2007). Parenting, family loneliness and peer functioning in boys with Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, pp. 543-555.
- Iizuka, Y., Yamashita, Y., Nagamitsu, S., Yamashita y T. Araki (2010). Comparison of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) scores between children with high-functioning autism spectrum disorder (HFASD) and attention-deficit/hyperactivity disorder (AD/HD). *Brain and Development* 32, 609–612.
- Jara Jiménez, P., García Castellar, R. y Sánchez Chiva, D. (2011). Competencias sociales de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: valoración desde el entorno familiar y escolar. *Social and Behavioral Sciences*, 29, 544 – 551.
- Jarque, S. (2012). Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de Psicología*, 42(1), 19-33.
- Jensen, P. S., Shervette, R. E., Xenakis, S. N. y Richters, J. (1993). Anxiety and depressive disorders in attention deficit disorder with hyperactivity: new findings. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1203-1209.

- Jensen, S. A. y Rosen, L. A. (2004). Emotional reactivity in children with attention-Deficit/Hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*, N° 8, pp. 53-61.
- Jiménez, J. E., Rodríguez, C., Camacho, J., Afonso, M. y Artiles, C. (2012). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en población escolar de la Comunidad Autónoma de Canarias. *European Journal of Education and Psychology*, 5, 13-36.
- Johnson, D. E., Epstein, J. N., Waid, L. R., Latham, P. K., Voronin, K. E. y Anton, R. F. (2001). Neuropsychological performance deficits in adults with attention deficit/ hyperactivity disorder. *Arch Clin Neuropsychology*, 16, 587-604.
- Johnson, R. C. y Rosen, L. A. (2000). Sports behavior of ADHD children. *Journal Attention Disorder*, N° 4, pp. 150-160.
- Johnston, C. y Mash, E. J. (2001). Families with children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical of Child Family psychology Revision*, 4(3), 183-207.
- Johnston, C. y Pelham, W. E. (1986). Teacher ratings predict peer ratings of aggression at 3-year follow-up in boys with attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 571-572.
- Kadesjo, B. y Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 487-92.
- Kaidar, I., Weiner, J. y Tannock, R. (2003). The attributions of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder for their problem behaviors. *J Atten Disord*, 6(3), pp. 99-109.

- Kessler, R. C., Adler, L. y Barkley, R. A. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163, 716-723.
- Kessler, R.C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Howes, M. J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., Walters, E. E. y Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163, 716-723.
- Kifafi, S., Lizana, V. y Ortiz, R. (2012). Personalidad Eficaz y Rendimiento Académico en Estudiantes de Séptimo y Octavo Año de Educación Básica. *Revista de Psicología. Universidad Viña del Mar*, 2(1), pp. 30-45
- Klassen, A. F., Miller, A. y Fine, S. (2006). Agreement between parent and child report of quality of life in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Child Care Health Development*, 32, 397-406.
- Klein, R. G., Mannuzza, S., Olazagasti, M. A. y Roizen, E. (2012). Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity 33 years later. *Archives General Psychiatry*, 69(12), 1295-1303.
- Koonce, D.A., Cruce, M.K., Aldridge, J.O., Langford, C. A., Sporer, A. K. y Stinnett, T. A. (2004). The ADHD label, analogue methodology, and participants' geographic location on judgments of social and attentional skills. *Psychology Schools*, N° 41, pp. 221-234.

- Lambert, N. M. y Hartsough, C. S. (1998). Prospective study of tobacco smoking and substance dependence among samples of ADHD and non-ADHD subjects. *Journal of Learning Disabilities*, 31, 533- 544.
- Landgraf, J. M. y Abetz, L. N. (1997). Functional status and well-being of children representing 3 cultural groups: initial self reports using the CHQ-CF87. *Psychology Health*, 12, 839-854.
- Lara, F., Fuentes, M., de la Fuente, R., Pérez, F., Garrote, G. y Rodríguez, M. V. (2009). Uso y abuso de las TIC en la población escolarizada burgalesa de 10-18 años. Relación con otras variables psicosociales. Universidad de Burgos y Proyecto Hombre Burgos.
- Lavigne, R. y Romero, J. (2010). Theoretical model of Attention Deficit with Hyperactivity Disorder I: Operational Definition. *Electronic Journal in Educational Psychology*, 8 (3), pp. 1303-1338.
- Lawrence, C. A., Barry, R. J., Clarke, A. R., Johnstone, S. J., McCarthy, R., Selikowitz, M., et al. (2005). Methylphenidate effects in attention deficit/hyperactivity disorder: electrodermal and ERP measures during a continuous performance task. *Psychopharmacology*, N° 183, pp. 81-91.
- Lee, S. S., Humphreys, K. L. y Flory, K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse7dependence: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 31, 328-341.
- Lewis, M., Stanger, C. y Sullivan, M. W. (1989). Deception in 3 year-olds. *Developmental Psychology*, 25(3), pp. 439-443.

- Lichtenstein, P., Halldner, L. y Zetterqvist, J. (2012). Medication for attention-deficit/hyperactivity disorder and criminality. *New England Journal of Medicine*, 367, 2006-2014.
- Lima, R. F., Azoni, C. A. S. y Ciasca, S. M. (2011). Attentional performance and executive functions in children with learning difficulties. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(4), pp. 685-691.
- López Villalobos, J.A., Andrés de Llano, J.M. y Alberola López, S. (2008). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: orientaciones psicoeducativa para los padres. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 10(39), pp. 513-531.
- López-Martín, S., Albert, J., Fernández-Jaén, A. y Carretié, L. (2008). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. *Revista de Neurología*, 47(1), pp. 39-45.
- López-Martín, S., Albert, J., Fernández-Jaén, A. y Carretié, L. (2009). Neurociencia afectiva del TDAH: datos existentes y direcciones futuras. *Escritos de Psicología*, 3(2), pp. 17-29.
- López-Villalobos, J. A., Serrano-Pintado, I., Andrés-De Llano, J. M., Delgado Sánchez-Mateos, J., Alberola-López, S., y Sánchez-Azón, M. I. (2010). Utilidad del test de Stroop en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, Nº 50, pp. 333-340.
- López, J., Montes, J., y Sánchez, A. (2003). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: análisis discriminante por grupos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 3, pp. 108-119.

- Lora, J. A. y Moreno, I. (2008). Perfil social de los subtipos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Apuntes de Psicología*, 26(2), pp. 317-329.
- Luman, M. J., Oosterlaan, J. y Sergeant, J. (2005). The impact of reinforcement contingencies on ADHD: a review and theoretical appraisal. *Clinical Psychology Review*, 25 (2), pp. 183-213.
- Madrid, N. (2003). La autorregulación emocional como elemento central de la inteligencia emocional. *Psicología Online*. Recuperado en: <http://www.psicologia-online.com> › Artículos.
- Maedgen, J. W. y Carlson, C. L. (2000). Social functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder subtypes. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(1), pp. 30-42.
- Malhotra, N. K. (1997). *Investigación de Mercados. Un enfoque práctico*. (2º Ed). México: Prentice Hall.
- Mardomingo, M. J., Rodríguez, P. J. y Plaza, S. (2014). Impacto del TDAH en las relaciones sociales. En M. Casas, J. A. Alda, A. Fernández Jaén, J. Quintero y J. A. Ramos Quiroga (Eds.), *Impacto personal, social y económico del TDAH* (pp. 69-76). Plan de acción del proyecto PANDAH. Barcelona: EdikaMed.
- Martín del Buey, F., Fernández, A., Martín Palacio, E., Dapelo, B., Marcone, R. y Granados, P. (2006). Cuestionario de personalidad eficaz para la formación profesional. *Psicothema*, 18(1), pp. 130-134.
- Martín Del Buey, F. y Martín Palacio, M.E. (2000). El constructo de personalidad eficaz. Oviedo: Ed. Fmb.

- Martín del Buey, F. y Martín Palacio, M.E. (2012). Competencias personales y sociales: personalidad eficaz. Material inédito. Editado en formato digital sin finalidad venal.
- Martín, E., Dapelo, B. y Di Giusto, C. (2011). Tipologías modales multivariadas en competencias afectivas y sociales de personalidad eficaz: Implicaciones para la acción orientadora en contextos universitarios. *Revista de Orientación Educativa*, 25(47), p. 65-80.
- McKee, T. E., Harvey, E., Danforth, J. S., Ulaszek, W. R. y Friedman, J. L. (2004). The relation between parental coping styles and parent-child interactions before and after treatment for children with ADHD and oppositional behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), pp. 158-168.
- McLean, A., Dowson, J., Toone, B., Young, S., Bazanis, E., Robbins, T. W. et al. (2004). Characteristic neurocognitive profile associated with adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychol Med*, 34, 681-692.
- McLoughlin, J., Clark, F., Mauck, A. y Petrosko, J. (1987). A comparison of parent-child perceptions of students learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 20, 357-360.
- McMahon, R.J. y Wells, K.C. (1998). Conduct problems. En E.J. Mash y R.A.
- Meichenbaum, D. y Asarnow, J. (1979). Cognitive-Behavioural modification and metacognitive development: Implications for the classroom. En P. C. Kendall y S. D. Hollon (Comp.), *Cognitive-Behavioral Interventions*. New York: Academic Press.
- Meyers, L.S., Gamst, G. y Guarino, A.J. (2006). *Applied multivariate research*. Thousand Oaks, California: Sage.

- Michelson, D., Adler, L., Spencer, T., Reimherr, F. W., West, S. A., Allen, A. J. et al. (2003). Atomoxetine in adults with ADHD: two randomized, placebo-controlled studies. *Biol Psychiatry*, *Nº 53*, pp. 112-20.
- Millon, T.(1994). The avoidant Personality. En *Psychiatry*, J.P. Lippincott Company, 1(24) Philadelphia, Ed. Revised.
- Miranda Casas, A., Grau-Sevilla, D., Marco- Taberner, R. y Roselló, B. (2007). Estilos de disciplina en familias con hijos con trastorno por déficit de atención/ hiperactividad: influencia en la evolución del trastorno. *Revista de Neurología*, *44(2)*, pp. 23-25.
- Miranda Casas, A. y Soriano-Ferrer, M. (2010). Tratamientos Psicosociales Eficaces para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Información Psicológica*, *(100)*, pp. 100-114.
- Miranda, A. y Presentación, M. J. (2000). Efectos de un tratamiento cognitivo-conductual en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, agresivos y no agresivos. Cambio clínicamente significativo. *Infancia y aprendizaje*, *91*, 51-70.
- Miranda, A., Berenguer, C., Colomer, C. y Roselló, R. (2014). Influence of the symptoms of attention deficit hiperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders on functioning in adulthood. *Psicothema*, *26(4)*, pp. 471-476.
- Miranda, A., Félix, V., y Ávila, C. (2005). Validez de las tareas neuropsicológicas en la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, *58*, 297-308.

- Miranda, A., Fernández Andrés, M. I., García Castellar, R., Roselló, B. y Colomer, C. (2011). Habilidades lingüísticas y ejecutivas en el Trastorno por Déficit de Atención (TDAH) y en las Dificultades de Comprensión Lectora (DCL) *Psicothema* 23(4), 688-694.
- Miranda, A., Presentación, M.J., Gargallo, B., Soriano, M., Gil, M.D., y Jarque, S. (1999). *El niño hiperactivo (TDAH). Intervención en el aula. Un programa de formación para profesores*. Castellón: Servicio de Publicaciones de la Universidad Jaume I.
- Miranda, A., Presentación, M. J. y López, G. (1994). Social relationships in aggressive and non aggressive attention-deficit hyperactivity disorder children. *International Symposium Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*. 17-18 June. Amsterdam (The Netherlands).
- Miranda, A., Presentación, M.J. y López, C. (1995). Contexto familiar y escolar de niños con TDAH, agresivos y no agresivos. En F. Lara (Comp.), *Psicología Evolutiva y de la educación. Actas del IV Congreso INFAD* (pp. 469-480). Burgos: Universidad de Burgos.
- Miranda, A., Presentación, M.J., Siegentharler, R., Colomer, C., y Pinto, V. (2011). Comorbidity between attention deficit hyperactivity disorder and reading disabilities: Implications for assessment and treatment. En T.E. Sgruggs y M.A. Mastropieri (Eds.), *Advances in learning and behavioral disabilities, vol 24*. United Kingdon: Emerald.
- Miranda, A., Soriano, M. y García Castellar, R. (2002). Optimización del proceso de enseñanza/aprendizaje en estudiantes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *EduPsykhé, Vol. 1, No. 2*, pp. 249-274.

- Miranda, A., Soriano, M., Ygual, A. y Roselló, B. (1997). Tratamiento neurocognitivo de las dificultades de aprendizaje. *Revista de Neurología*, 25, 714-720.
- Mischel, W., Shoda, Y. y Rodríguez, M. L. (1989). Delay of gratification in children. *Science, New Series*, 244(4907), pp. 933-938.
- Molina, M. F. y Maglio, A. L. (2013). Características del autoconcepto y el ajuste en las autopercepciones de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad de Buenos Aires.
- Montáñez Gómez, M. I. (2014). Programa de intervención en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y familia. (Tesis doctoral). Universidad de Extremadura.
- Montesdeoca, R., Ruiz, G., Marchena, R. y Lasso, J. (2014). Alumnado con TDAH y deportes de lucha. *El Guiniguada Revista de investigaciones y experiencias en Ciencias de la Educación*, N° 23, pp. 135-148.
- Montiel C., Montiel, I. y Pena, J. (2005). Clima familiar en trastorno por déficit de atención hiperactividad. *Psicología Conductual*, 13, 297-310.
- Moral, J.C., Sánchez, J.C. y Villarreal, M.E. (2010). Desarrollo de una escala multidimensional breve de ajuste escolar. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 15(1), pp. 1-11.
- Morgado, I. (2005). Psicobiología del aprendizaje y la memoria: fundamentos y avances recientes. *Revista de Neurología*, N° 40, pp. 289-297.
- Mrug, S., Hoza, B. y Gerdes, C. (2001). Children with attention-deficit/hyperactivity disorder: peer relationships and peer-oriented interventions. *Child and Adolescence*, N° 91, pp. 51-77.

- Mrug, S., Molina, B. S., Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Hechtman, L. y Arnold, L. E. (2012). Peer rejection and friendship in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: contributions to long-term outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(6), 1013-1026.
- Mulas, F., Capilla, A., Fernández, S., Etchepareborda, M. C., Campo, P., Maestú, F. y Ortiz, T. (2006). Shifting-related brain magnetic activity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 59, 373-379.
- Muller, U., Liebermann, D., Carpendale, J., Hammond, S. y Bibok, M. (2012). Knowing minds, controlling actions: The developmental relations between theory of mind and executive function from 2 to 4 years of age. *Journal of Experimental Child Psychology*, 111, pp. 331-348.
- Murphy, P. (2002). Cognitive functioning in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal Attention Disorders*, 5, 203-209.
- Naranjo Pereira, M. L. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas. *Actualidades Investigativas en Educación*, 8(1), p. 10-27.
- Nixon, E. (2001). The social competence of children with attention deficit hyperactivity disorder: a review of the literature. *Child Psychology Psychiatry Rev*, N° 6, pp. 172-180.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Nunnally, J.C. y Bernstein, I.J. (1995). *Teoría Psicométrica*. México: McGraw-Hill.
- O' Connor, U., McConkey, R. y Hartop, B. (2005). Parental views on the statutory assessment and educational planning for children with special educational needs. *European Journal of Special Needs Education*, 20, 250-270.

- O'Neill, M.E. y Douglas, V.I. (1991). Study Strategies And Story Recall In Attention Deficit Disorder And Reading Disabilities. *Journal of Abnormal Child Psychology*, N° 19, pp. 671-692.
- Ochoa, S. y Cruz, I. (2006). Diagnóstico Neuropsicológico a partir del Wisconsin Card Sorting Test. Una revisión.
- Ochoa, S., Cruz, I. y Valencia, A. I. (2006). Las situaciones de resolución de problemas como estrategia de trabajo con niños diagnosticados con TDAH. *Pensamiento Psicológico*, 2(7), pp. 73-88.
- Ohan, J. L. y Johnston, C (2002). Are the performance overestimates given by boys with ADHD self-protective? *Journal of Clinical and Child Psychology*, 31(2), pp. 230-241.
- Ohan, J. y Johnston, C. (2011). Positive illusions of social competence in girls with and without ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(4), pp. 527-539.
- Organización Mundial de la Salud (1975). CIE-9: Novena revisión de la Clasificación Internacional de la Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10: Décima revisión de la Clasificación Internacional de la Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: Meditor.
- Orjales, I. (1998). *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Editorial CEPE.

- Orjales, I. (2000). Déficit de atención con hiperactividad: El modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley. *Revista Complutense de Educación*, 1(11), pp. 71-84.
- Orjales, I. (2004). Impacto y detección de niños con trastorno por déficit con hiperactividad. *Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, 10, 11-20.
- Orjales, I. y Polaino Lorente, A. (1988). Evaluación pediátrica de la eficacia terapéutica diferencial en el tratamiento de la hiperactividad infantil. *Acta Pediátrica Española*, 46(1), 39-54.
- Pardos, A., Fernández-Jaén, A. y Fernández- Mayoralas, M. (2009). Habilidades sociales en el Trastorno por Déficit de Atención/ Hiperactividad. *Revista de Neurología*, 48(2), pp. 107-111.
- Pelc, K., Kornreich, C., Foisy, M. L. y Dan, B. (2006). Recognition of emotional facial expressions in attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatric Neurology*, N° 35, pp. 93-97.
- Peña, J. A. y Montiel Nava, C. (2003). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿mito o realidad? *Revista de Neurología*, 36, 173-179.
- Pickering, S.J., Baqués, J., y Gathercole, S.E. (1999). *Batería de Tests de Memoria de Trabajo*. Laboratori de Memoria. Facultat de Psicologia Universitat Autònoma de Barcelona.
- Pineda, D. A. (2000). La función ejecutiva y sus trastornos. *Revista de Neurología*, 30(8), pp. 764-768.

- Pineda, D., Ardila, A. y Rosselli, M. (1999). Neuropsychological and behavioural assessment of ADHD in seven- to twelve-year-old children: a discriminant analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 32, 159-173.
- Pineda, D.A., Lopera, F., Henao, G. C., Palacio, J. D. y Castellanos, F.X. (2001). Confirmación de la elevada prevalencia del trastorno de déficit de atención en la comunidad Colombiana. *Revista de Neurología*, 32, 217-222.
- Pineda, W. F. y Puentes, P. (2013). Estudio ex-post facto de la teoría de la mente en niños escolarizados diagnosticados con trastorno por déficit de atención-hiperactividad. *Revista de la Facultad de Psicología*, 2(8), pp. 144-161.
- Polaino Lorente, A., Ávila de Encio, C., Cabanyes, J., García, D., Orjales, I. y Moreno, R. (1997). *Manual de Hiperactividad Infantil*. Unión Editorial.
- Polanczyk, G., Silva, M., Lessa, B., Bierderman, J. y Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal Psychiatry*, 164(6), pp. 942-948.
- Pope, A. W., Bierman, K. L. y Mumma, G. H. (1989). Relations between hyperactive and aggressive behavior and peer relations at three elementary grade levels. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 253-267.
- Portellano, J. A. (2005). *Introducción a la Neuropsicología*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Prasad, V., Brogan, E., Mulvaney, C., Grainge, M., Stanton, W. y Sayal, K. (2013). How effective are drug treatments for children with ADHD at improving on-task behavior and academic achievement in the school classroom? A systematic review and meta-analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22(4), 203-216.

- Presentación, M. J. (1996). Efectos del entrenamiento en autocontrol en estudiantes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, agresivos y no agresivos. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.
- Presentación, M. J., García, R., Miranda, A., Siegenthaler, R. y Jara, P. (2006). Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. *Revista de Neurología*, 42 (3), pp. 137-143.
- Puche, N., Colinvaux, D., y Dibar, U. (2001). El niño que piensa: Un modelo de formación de maestros. Santiago de Cali: Ministerio de Educación Nacional.
- Puentes Rozo, P., Jiménez Figueroa, G., Pineda Alhucema, W., Pimienta Montoya, D., Acosta López, J., Cervantes Henríquez, M. L., 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), pp. 95-106.
- Puentes, P., Pineda, W., Jiménez, G., Pimienta, D. Acosta, J., Cervantes, M., Nuñez, M. y Sánchez, M. (2011). Déficit en habilidades sociales, detectadas mediante las escalas BASC padres y maestros, en una población de niños con TDAH escolarizados de Barranquilla, Colombia. En E. Herrera, et al. Neurociencia Social y Neurosiquiatría: avances en la investigación. Barranquilla: Uniautónoma.
- Putnins, A. L. (2005). Correlates and predictors of self-reported suicide attempts among incarcerated youths. *International Journal Offender ther Comp Criminology*, 49, 143.

- Ramos Quiroga, J. A., Bosch Munsó, R., Castells Cervelló, X., Nogueira Morais, M., García Giménez, E. y Casas Brugué, M. (2006). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. *Revista de Neurología*, 42, 600-606.
- Rapport, L. J., Friedman, S. R., Tzelepis, A. y Van Voorhis, A. (2002). Experienced emotion and affect recognition in adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, N° 16, pp. 102-110.
- Riccio, C. A., Wolfe, M. E., Romine, C., Davis, B. y Sullivan, J. R. (2004). The Tower of London and neuropsychological assessment of ADHD in adults. *Arch Clin Neuropsychol*, 19, 661-671.
- Richters, J., Arnold, L. y Abikoff, H. (1995). The National Institute of Mental Health Collaborative Multisite Multimodal Treatment Study of Children with Attention-Deficit Hiperactivity Disorder (MTA) I: background and rationale. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34, 987-1000.
- Riley, A. W., Forrest, C. B., Starfield, B., Rebok, G. W., Robertson, J. A. y Green, B. F. (2004). The parent report form of the CHIP-Child Edition: reliability and validity. *Medical Care*, 42(3), 210-220.
- Rinaldi, C. M. y Howe, N. (2011). Mother's and father's parenting styles and associations with toddler's externalizing, internalizing, and adaptive behaviors. *Early Childhood Research Quarterly*, N° 27, pp. 266-273.
- Robledo, P., García Sánchez, J. N. y Díez González, C. (2009). Relación entre tipología de alumnos y factores psicológicos parentales en familias de personas con y sin dificultades de aprendizaje y TDAH. *Análisis y Modificación de Conducta*, 35(152), 1-18.

- Rodríguez Hernández, P. J. y Méndez Cordovez, F. (2013). Nuevas medicaciones en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Canarias pediátrica*, 37(2), 130-134.
- Rodríguez Jiménez, R., Cubillo, A. I., Jiménez Arriero, M. A., Ponce, G., Aragüés Figuro, M. y Palomo, T. (2006). Disfunciones ejecutivas en adultos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*, 43(11), 678-684.
- Rodríguez, L., López, J. A., Garrido, M., Sacristán, A. M., Martínez, M. T. y Ruiz, F. (2009). Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Revista de Pediatría de Atención Primaria*, 11(42), 251-270.
- Romero Ayuso, D. M (2006). La motivación y el rendimiento ocupacional en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista gallega de Terapia Ocupacional*, N° 4, septiembre de 2006.
- Romero Ayuso, D. M., Maestú, F., González Marques, J., Romo Barrientos, C. y Andrade, J. M. (2006). Disfunción ejecutiva en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia. *Revista de Neurología*, 42, 265-271.
- Roselló, B., García-Castellar, R., Tárraga- Mínguez, R. y Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36 (1), pp. 79-84.
- Rubia, K. (2013). Functional neuroimaging across development: a review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22, 719-731.

- Rubia, K., Alegría, A. A. y Brinson, H. (2014). Anomalías cerebrales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: una revisión. *Revista de Neurología*, 58(1), 3-18.
- Russo, D., Arteaga, F., Rubiales, J. y Bakker, L. (2015). Competencia social y status sociométrico escolar en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), pp. 1081-1091.
- Sagvolden, T., Johansen, E. B., Aase, H. y Russell, V. A. (2005). A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes. *The Behavioral and Brain Sciences*, N° 28, pp. 397-419.
- San Sebastián, J. y Madrid, F. (2014). Delitos e impacto del TDAH en el sistema judicial. En M. Casas, J. A. Alda, A. Fernández Jaén, J. Quintero y J. A. Ramos Quiroga (Eds.), *Impacto personal, social y económico del TDAH* (pp. 57-68). Plan de acción del proyecto PANDAH. Barcelona: EdikaMed.
- Sánchez Carpintero, R. y Narbona, J. (2004). El sistema ejecutivo y las lesiones frontales en el niño. *Revista de Neurología*, 39, 188-191.
- Sánchez, R. y Narbona, J. (2001). Revisión conceptual del sistema ejecutivo y su estudio en el niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*, 33(1), pp. 47-53.
- Sans Fitó, A. y Montañés Rada, F. (2014). Impacto del tratamiento en la evolución del TDAH. En M. Casas, J. A. Alda, A. Fernández Jaén, J. Quintero y J. A. Ramos Quiroga (Eds.), *Impacto personal, social y económico del TDAH* (pp. 129-139). Plan de acción del proyecto PANDAH. Barcelona: EdikaMed.

- Santurde, E. y Del Barrio, J. A. (2010). *Los modelos de apego y los estilos educativos en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*.
- Sarkis, S. M., Sarkis, E. H., Marshall, D. y Archer, J. (2005). Self-regulation and inhibition in comorbid ADHD children: an evaluation of executive functions. *Journal of Attention Disorders*, 8, 96-108.
- Satterfield, J. H., Hoppe, C. M. y Schell, A. M. (1982). A prospective study of delinquency in 110 adolescent boys with attention deficit disorder and 88 normal adolescent boys. *American Journal of Psychiatry*, 139, 795-798.
- Saunders, B. y Chambers, S. M. (1996). A review of the literature in attention deficit hyperactivity disorder children: peer interaction and collaborative learning. *Psychology Schools*, N° 33, pp. 333-340.
- Schachter, H. M., Pham, B., King, J., Langford, S. y Moher, D. (2001). How efficacious and safe is short-acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescents? A meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, N° 165, pp. 1475-1488.
- Schafer, V. y Semrud Clikeman, M. (2008). Neuropsychological Functioning in Subgroups of Children With and Without Social Perception Deficits and/ or Hyperactivity–Impulsivity. *Journal of Attention Disorders*, 12(2), pp. 177-190.
- Scheres, A., Oosterlaan, J., Geurts, H., Morein Zamir, S., Meiran, N., Schut, H., et al. (2004). Executive functioning in boys with ADHD: primarily an inhibition deficit? *Arch Clinical Neuropsychology*, 19, 569-594.
- Schiefelbein E. (2007). Diez temas para investigar sobre los docentes y elevar la calidad de la educación. *Revista de Orientación Educativa*, 21(40), pp. 81-90.

- Seidman, L. J., Valera, E. M. y Makris, N. (2005). Structural brain imaging of attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, N° 57, pp. 1263-1272.
- Semrud-Clikeman, M., Biederman, J., Sprich-Buckminster, S., Lehman, B.K., Faraone, S.V. y Norman, D. (1992). Comorbidity between ADDH and learning disability: A review and report in a clinically referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, N° 31, pp. 439-448.
- Sergeant, J. A. (2000). The cognitive-energetic model: An empirical approach to attention deficit hyperactivity disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 7-12.
- Sergeant, J. A., Geurts, H. y Oosterlaan, J. (2002). How specific is a deficit of executive functioning for attention-deficit/hyperactivity disorder? *Behavior Brain Res*, 130, 3-28.
- Sergeant, J. A., Oosterlaan, J. y Van der Meere, J. J. (1999). Information processing and energetic factors in attention deficit/hyperactivity disorder. En H. C. Quay y A. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders* (pp. 75-104). Nueva York: Plenum Press.
- Shaw, M., Hodgkins, P., Caci, H., Young, S., Kahle, J., Woods, A. y Arnold, L. E. (2012). A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. *BMC Medicine*, 10(99), 1-15.
- Shaw, P., Malek, M., Watson, B., Greenstein, D., De Rossi, P. y Sharp, W. (2013). Trajectories of Cerebral cortical development in childhood and adolescence and adult attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Biological and Psychiatry*, 74, 599-606.

- Shroyer, C. y Zentall, S. S. (1986). Effects of rate, nonrelevant information and repetition on the listening comprehension of hyperactive children. *The Journal of Special Education, 20*, 231-239.
- Siegel, L.S., y Ryan, W.B. (1989). The development of working memory in normally achieving and subtypes of learning disabilities. *Child Development, 60*, 973-980.
- Silva, J. (2003). Biología de la regulación emocional: su impacto en la psicología del afecto y la psicoterapia. *Terapia psicológica, 22*(1), 163-172.
- Singh, S. D., Ellis, C. R., Winton, A. S., Singh, N. N., Leung, J. P. y Oswald, D. P. (1998). Recognition of facial expressions of emotion by children with attentiondeficit hyperactivity disorder. *Behav Modif, N° 22*, pp. 128-142.
- Sinzig, J., Morsch, D. y Lehmkuhl, G. (2008). Do hyperactivity, impulsivity and inattention have an impact on the ability of facial affect recognition in children with autism and ADHD? *Eur Child Adolesc Psychiatry, 17* (2), pp. 63-72.
- Slomkowski, C. H., Klein, R. G., y Mannuzza, S. (1995). Is self-esteem an important outcome in hyperactive children? *Journal of Abnormal Child Psychology, 23*, pp. 303-315.
- Solanto, M. V. (2000). Clinical Psychopharmacology of AD/HD: Implications for animal models. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 24*, 27-30.
- Solanto, M. V. (2002). Dopamine dysfunction in ADHD: Integrating clinical and basic neuroscience research. *Behavioral Brain Research, 130*, 65-71.

- Sonuga-Barke, E. J. S. (2003). The dual pathway model of AD/HD: An elaboration of neuro-developmental characteristics. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, N° 27, pp. 593-604.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Houlberg, K. y Hall, M. (1994). When is “impulsiveness” not impulsive? The case of hyperactive children’s cognitive style. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1247-1255.
- Sonuga-Barke, E. J., Taylor, E., Sembi, S. y Smith, J (1992). Hyperactivity and delay aversion. The effect of delay on choice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 387-398.
- Soriano, M., Ygual, A. y Pinto, V. (2014). Intervención en el rendimiento escolar de los niños con TDAH. En A. Miranda Casas (Coord). *Manual práctico de TDAH* (pp. 91-111). Editorial Síntesis.
- Soutullo C. y Díez, A. (2007). *Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Soutullo, C. (2014). Prólogo. En M. Casas, J. A. Alda, A. Fernández Jaén, J. Quintero y J. A. Ramos Quiroga (Eds.), *Impacto personal, social y económico del TDAH* (pp. XI-XIII). Plan de acción del proyecto PANDAH. Barcelona: EdikaMed.
- Soutullo, C., Barkley, R. A. y Mulas, F. (2014). Accidentes y TDAH. En M. Casas, J. A. Alda, A. Fernández Jaén, J. Quintero y J. A. Ramos Quiroga (Eds.), *Impacto personal, social y económico del TDAH* (pp. 41-56). Plan de acción del proyecto PANDAH. Barcelona: EdikaMed.
- Spann, S., Kohler, S. y Soenksen, D. (2003). Examining parents’ involvement in and perceptions of special education services: An interview with families in a

- parent support group. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 18, 228–237.
- Sprich, S., Biederman, J., Crawford, M. H., Mundy, E. y Faraone, S. V. (2000). Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, N° 39, pp. 1432-1437.
- Stevens, J.P. (2009). *Applied multivariate statistics for the social science* (5th Ed.). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stoll, L. (2000). Accepting the diagnosis: an educational intervention for parents of children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 18, 151-153.
- Swanson, J., Castellanos, F. X., Murias, M., LaHoste, G. y Kennedy, J. (1998). Cognitive Neuroscience of attention deficit hyperactivity disorder and hyperkintetic disorder. *Current Opinion in Neurobiology*, 8(2), 263-271.
- Tannock, R. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder: advances in cognitive, neurobiological and genetic research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, N° 39, pp. 65-99.
- Tannock, R., Purvis, K. L. y Schachar, R.J. (1993). Narrative abilities in children with attention deficit hyperactivity disorder and normal peers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, N° 21, pp. 103-117.
- Tannock, R., Schachar, R. y Logan, G. D. (1995) Methylphenidate and cognitive flexibility: dissociated dose effects in hiperactive children. *J Abnorm Child Psychol*, 23, 235-267.

- Tarleton, R. y Ward, L. (2005). Changes and choices: finding out what information young people with learning disabilities, their parents and supporters need at transition. *British Journal of Learning Disabilities*, 33, 70-76.
- Thapar, A., Langley, K., Asherson, P. y Gill, M. (2007). Gene-environment interplay in attention-deficit hyperactivity disorder and the importance of a developmental perspective. *British Journal of Psychiatry*, 190, 1-3.
- Thornton, S. (1998). La resolución Infantil de Problemas. Madrid: Morata.
- Tirapú, J., Pérez, G., Erekatxo, M. y Pelegrín, C. (2007). ¿Qué es la Teoría de la Mente? *Revista de Neurología*, 44(8), pp. 479- 489.
- Toledo, M. M. (2006). Comparação do diagnóstico e resposta a um treino de atenção em crianças com os subtipos de transtorno e déficit de atenção/hiperatividade (Tese de doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil).
- Toplak, M., Bucciarelli, S., Jain, U., y Tannock, R. (2009). Executive functions: Performance-based measures and the Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) in adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Child Neuropsychology*, 15, 53-72.
- Trainor, A. (2005). Self-determination perceptions and behaviors of diverse students with LD during the transition planning process. *Journal of Learning Disabilities*, 38, 233-249.
- Trianes, M. V., Blanca, M. J., Muñoz, A., García, B., Cardelle-Elawar, M. y Infante, L. (2002). Relaciones entre evaluadores de la competencia social en preadolescentes: Profesores, iguales y autoinformes. *Anales de psicología*, 18 (2), pp. 197-214.

- Tripp, G. y Alsop, B (2001). Sensitivity to reward delay in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(5), pp. 691-698.
- Vaidya, C. J. y Stollstorff, M. (2008). Cognitive neuroscience of attention deficit hyperactivity disorder: Current status and working hypotheses. *Developmental Disabilities Research Reviews*, N° 14, pp. 261-267.
- Valdizán, J., Mercado, E. y Mercado- Undanivia, A. (2007). Características y variabilidad clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en niñas. *Revista de Neurología*, 44(2), pp. 27-30.
- Valera, Faraone, Murray, y Seidman (2007). Meta-analysis of structural imaging findings in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, N° 61, pp. 1361-1369.
- Vaquerizo Madrid, J. (2004). Hiperactividad en el niño preescolar: descripción clínica. *Revista de Neurología*, N° 39, pp. 263-296.
- Vaquerizo Madrid, J., Estévez Díaz, F. y Pozo García, A. (2005). El lenguaje en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: competencias narrativas. *Revista de Neurología*, 41(1), p. 83-89.
- Vaquerizo, J. y Estévez, L. (2006). Revisión del modelo de alerta e intervención psicolingüística en el trastorno de déficit de atención por hiperactividad. *Revolución Neurológica*, 2(2), pp. 53-61.
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Kollins, S. H., Wigal, T. L., Newcorn, J. H. y Telang, F. (2009). Evaluating dopamine reward pathway in ADHD: Clinical implications. *JAMA*, N° 302, pp. 1084-1091.

- Walcott, C. M. y Landau, S. (2004). The relation between disinhibition and emotion regulation in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, N° 53, pp. 772-782.
- Waters, E. y Sroufe, L. A. (1983). A developmental perspective on competence. *Developmental Review*, 3, pp. 79-97.
- Wechsler, D. (1980). *Escala de Inteligencia para niños de Wechsler Revisada (WISC-R)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Wehmeier, P. M., Schacht, A. y Barkley, R. A. (2010). Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *Journal of Adolescent Health*, 46(3), 209-217.
- Wehmeier, P. M., Schacht, A., Lehmann, M., Dittmann, R. W., Silva, S. G. y March, J. S. (2008). Emotional well-being in children and adolescents treated with atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder: Findings from a patient, parent and physician perspective using items from the pediatric adverse event rating scale (PAERS). *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, N° 2, p. 11.
- Weiss, G. Hechtman, L. y Perlman, T. (1979). Hyperactive as young adults. A controlled prospective ten-year follow-up of 75 children. *Archives of General Psychiatry*, 36, 675-681.
- Weiss, M., Hechtman, L.T. y Weiss, G. (2001). *ADHD in Adulthood*. London: The Johns Hopkins University Press.
- Weiss, M. y Murray, C. (2003). Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *CMAJ*, 168, 715-722.

- Wender, P. H., Reimherr, F. W., Wood, D y Ward, M. A. (1985). Controlled study of methylphenidate in the treatment of attention deficit disorder, residual type, in adults. *American Journal of Psychiatry*, N° 142, pp. 547-552.
- Whalen, C. K., Henker, B., Jamner, L. D., Ishikawa, S., Floro, J. N. y Swindle, R. (2006). Toward mapping daily challenges of living with ADHD: maternal and child perspectives using electronic diaries. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(1), 115-130.
- White, J. L., Moffit, T. E., Caspi, A., Hegum, D., Needles, D. y Stouthamer Loeber, M. (1994). Measuring impulsivity and examining its relation to delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 103, 192-205.
- White, R.W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66, pp. 297-333.
- Wicks Nelson, R. e Israel, A. C. (1997). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En R. Wicks Nelson y A. C. Israel (Eds.) *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice-Hall.
- Wilens, T. E., Faraone, S. V., Biederman, J. y Gunawardene, S. (2003). Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*, N° 111, pp. 179-185.
- Willcutt, E. G. (2012). The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*, 9, 490–499.
- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V. y Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biol Psychiatry*, 57, 1336-1346.

- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V. y Pennington, B. F. (2007). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biol Psychiatry*, 57, 1336-1346.
- Willcutt, E.G., y Pennington, B.F. (2000). Comorbidity of reading disability and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Differences by gender and subtype. *Journal of Learning Disabilities*, 33, 179-191.
- Williams, L. M., Hermens, D. F., Palmer, D., Kohn, M., Clarke, S., Keage, H., Clark, C. R. y Gordon, E. (2008). Misinterpreting emotional expressions in attention-Deficit/Hyperactivity disorder: Evidence for a neural marker and stimulant effects. *Biological Psychiatry*, N° 63, pp. 917-926.
- Wodushek, T. R. y Neumann, C. S. (2003). Inhibitory capacity in adults with symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Arch Clin Neuropsychology*, 18, 317-330.
- Wolraich, M. L., Hannah, J. N., Pinnock, T., Baumgaertel, A. y Brown, J. (1996). Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. *Journal of American Academy Child Adolescence Psychiatry*, 35, 319-324.
- Woods, S. P., Lovejoy, D. W. y Ball, J. D. (2002). Neuropsychological characteristics of adults with ADHD: a comprehensive review of initial studies. *Clinical Neuropsychology*, 16, 12-34.
- Young, S., Chadwick, O., Hepinstall, E. Taylor, E. y Sonuga-Barke, E. J. (2005). The adolescent outcome of hyperactive girls. Self-reported interpersonal relationships and coping mechanisms. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14(5), 245-253.

- Zavadenko, N., Lebedeva, T., Schasnaya, O., Zavadenko, A., Zlobina, O., Semenova, N. (2011). Attention Deficit Hyperactivity Syndrome: The Role of Parent and Teacher Questionnaires in Assessing the Social and Psychological Adaptation of Patients. *Neuroscience and Behavioral Physiology*. 41(1), 52-56.
- Zeidner, M., Matthews, G., Roberts, R. y Mac- Cann, C. (2003). Development of emotional intelligence: Towards a multi-level investment model. *Human Development*, 46, 69–96.
- Zentall, S.S. y Smith, Y.N. (1993). Mathematical performance and behavior of children with hyperactivity with and without coexisting aggression. *Behavior Research Therapy*, N° 31, pp. 701-710.
- Zentall, S.S., Smith, Y.N., Lee, Y.B. y Wieczorek, Ch. (1994). Mathematical Outcomes of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Learning Disabilities*, N° 27, pp. 510-519.
- Zoëga, H., Valdimarsdóttir, S. A. y Hernández Díaz, S. (2012). Age, academic performance and stimulant prescribing for ADHD: a nationwide cohort study. *Pediatrics*, 130(6), 1012-1018.

ANEXOS

Anexos

Anexo 1. Cuestionario de Personalidad Eficaz CPE-Es/Ch de Dapelo, Marcone, Martín del Buey, Martín Palacio y Fernández (2006).

Anexo 2. Carta informativa entregada a las familias

Anexo 3. Ejemplo de informe del CPE de una mujer de 13 años.

Anexo 4. Ejemplo de informe del CPE de un varón de 15 años.

**Anexo 1. Cuestionario de Personalidad Eficaz CPE-Es/Ch de Dapelo,
Marcone, Martín del Buey, Martín Palacio y Fernández (2006).**

Cuestionario CPE

Este cuestionario pretende obtener información acerca de cómo eres y cómo te desenvuelves en algunos aspectos de tu vida cotidiana. Todos los datos que aportes serán tratados de forma absolutamente confidencial, teniendo la posibilidad de recibir, si así lo deseas, un informe con los resultados obtenidos, por eso se te pide seas sincero en tus respuestas.

Antes de rellenar el cuestionario, se solicitan algunos datos personales. El cuestionario consta de 23 ítems a los que deberás responder haciendo un círculo en el número que consideras más adecuado:

1. NUNCA
2. POCAS VECES
3. ALGUNA VEZ
4. MUCHAS VECES
5. SIEMPRE

Muchas gracias por tu colaboración.

Identificación (a rellenar por el investigador):
Edad:
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
¿Recibes algún tratamiento psicológico fuera del colegio por tu TDAH? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Actualmente, ¿tomas medicación para el TDAH? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Deseas recibir un informe con los resultados del cuestionario?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Correo electrónico (rellenar sólo si quieres recibir el informe):

	Puntuación
1. Me acepto como soy, con mis cualidades, limitaciones y defectos	1 2 3 4 5
2. Estudio porque me interesa aprender cosas nuevas	1 2 3 4 5
3. Hago amigos/as con facilidad	1 2 3 4 5
4. Creo que soy una persona valiosa para los otros	1 2 3 4 5
5. Creo que aprobaré todas las asignaturas este trimestre.	1 2 3 4 5
6. Cuando tengo que tomar una decisión planifico cuidadosamente lo que voy a hacer	1 2 3 4 5
7. En general, me siento satisfecho/a conmigo mismo/a	1 2 3 4 5
8. Estudio porque me gusta superar los retos que me presentan las materias	1 2 3 4 5
9. Para tomar una decisión reúno toda la información que puedo encontrar	1 2 3 4 5
10. Mis éxitos en las relaciones con los demás se deben a mi habilidad para hacer amigos/as.	1 2 3 4 5
11. Mis éxitos en los estudios se deben a mi esfuerzo y dedicación.	1 2 3 4 5
12. Antes de tomar mis decisiones analizo las posibles consecuencias	1 2 3 4 5
13. Creo que, conociéndome como soy, tendré problemas en mis relaciones con los demás.	1 2 3 4 5
14. Me siento muy bien con mi aspecto físico.	1 2 3 4 5
15. Cuando tengo un problema dedico tiempo y esfuerzo a resolverlo	1 2 3 4 5
16. Estoy convencido/a que tendré éxito cuando trabaje.	1 2 3 4 5
17. Cuando tengo un problema trato de ver el lado positivo que tiene.	1 2 3 4 5
18. Me considero un buen/a estudiante	1 2 3 4 5
19. Mis fracasos en las relaciones con los demás se deben a mi falta de habilidad para hacer amigos.	1 2 3 4 5
20. Mi éxito en los estudios se debe a mi capacidad personal	1 2 3 4 5
21. Mis éxitos en las relaciones con los demás se deben a que son ellos los que toman la iniciativa.	1 2 3 4 5
22. Nadie me obliga a estudiar, estudio porque yo quiero hacerlo	1 2 3 4 5
23. Creo con toda seguridad que tendré éxito en mis relaciones con los demás.	1 2 3 4 5

Anexo 2. Carta informativa entregada a las familias

Estimada familia,

Nos ponemos en contacto con ustedes para informarles de un estudio que vamos a poner en marcha desde la Facultad de Educación de la Universidad Complutense de Madrid para evaluar algunas características sociales y emocionales en adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Entre ellas, se evaluarán aspectos tan relevantes como la autoestima, el autoconcepto, las relaciones sociales, las atribuciones y el estilo comunicativo de su hijo/a.

La participación en este estudio es completamente voluntaria y anónima. La investigación pretende estudiar la relación entre las variables socio-emocionales comentadas anteriormente y la población adolescente con TDAH. El cuestionario debe ser rellenado por el propio adolescente (12-18 años) y consta de un total de 23 preguntas que se deben contestar en una escala de entre 1 y 5. Es muy sencillo y se rellena en 2-3 minutos.

La prueba de evaluación es el Cuestionario de Personalidad Eficaz (CPE), elaborado por los profesores Francisco Martín del Buey (Catedrático de la Universidad de Oviedo) y M^a Eugenia Martín Palacio (Profesora Titular de la Universidad Complutense de Madrid). Ambas universidades están al mando de este estudio en población adolescente con TDAH que nos parece tan interesante y útil.

La manera que tenemos de agradecerle su confianza y el tiempo empleado en este estudio es otorgándole al final del estudio un informe con los resultados de su hijo/a. Dicho informe incluye datos y conclusiones interesantes sobre su hijo/a para que puedan ser tenidas en cuenta en el ámbito familiar y en el escolar para un mejor funcionamiento en las áreas emocionales y de las relaciones sociales.

Rafael Guerrero Tomás

Profesor de la Facultad de Educación de la Universidad Complutense

rafaelgu@ucm.es

Anexo 3. Ejemplo de informe del CPE de una mujer de 13 años.



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
DE MADRID

INFORME DE LA PERSONALIDAD EFICAZ

Correo: elena.velasco@hotmail.com

Edad: 13 años **Género:** Mujer

PERSONALIDAD EFICAZ

	Min:	Max:	P.D.	
Fortalezas del yo:	4	20	16	Medio
Evalúa el concepto que la persona tiene de sí mismo y su autoestima				
Demandas del yo:	8	40	21	Bajo
Evalúa la motivación académica, las expectativas y las atribuciones de desempeño que tiene la persona				
Retos del yo:	5	25	9	Bajo
Evalúa si la persona afronta sus problemas y realiza la toma de decisiones de manera eficaz				
Relaciones del yo:	6	30	15	Bajo
Evalúa las habilidades de comunicación, la empatía y la asertividad de la persona				

Te consideras una persona con un autoconcepto y una autoestima adecuadas. Te caracterizas por tener una imagen aceptable de ti misma, tanto física como emocional. Te valoras tal como eres y te sientes una persona bastante importante para los demás.

Presentas escasa motivación hacia las tareas escolares y no sueles realizar atribuciones de tus éxitos ni a tus esfuerzos, ni a tus buenas capacidades, atribuyéndolos a causas externas a ti. Quizá por ello presentes bajas expectativas de éxito académico futuro. Pareces tener ciertas dificultades a la hora de saber “qué” quieres, “cómo” puedes conseguirlo y “qué expectativas” tienes de alcanzarlo.

Presentas dificultades para decidir por ti misma, optando por un estilo pasivo (esperas que el problema se resuelva por sí mismo o crees que es mejor no hacer nada), evitativo (escapas de los problemas) o impulsivo a la hora de abordar tus problemas y tomar decisiones.

Con respecto a la relación con los iguales te percibes con pocas amistades y dificultad para relacionarte con ellos. Manifiestas expectativas de fracaso en las relaciones sociales hipotéticas futuras. Y refieres problemas a la hora de desenvolverte en situaciones sociales.

P.D.: puntuación directa obtenida en el test

Informe elaborado por el Grupo de Orientación y Atención a la Diversidad (GOYAD), Facultad de Psicología de Oviedo.
Director: Dr. Francisco de Asís Martín del Buey (Universidad de Oviedo)
Directora: Dra. María Eugenia Martín Palacio (Universidad Complutense de Madrid)

Anexo 4. Ejemplo de informe del CPE de un varón de 15 años.



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
DE MADRID

INFORME DE LA PERSONALIDAD EFICAZ

Correo: albertochivato@gmdelyser.com

Edad: 15 años **Género:** Hombre

PERSONALIDAD EFICAZ

	Min:	Max:	P.D.	
Fortalezas del yo:	4	20	18	Alto
Evalúa el concepto que la persona tiene de sí mismo y su autoestima				
Demandas del yo:	8	40	21	Bajo
Evalúa la motivación académica, las expectativas y las atribuciones de desempeño que tiene la persona				
Retos del yo:	5	25	17	Medio
Evalúa si la persona afronta sus problemas y realiza la toma de decisiones de manera eficaz				
Relaciones del yo:	6	30	28	Alto
Evalúa las habilidades de comunicación, la empatía y la asertividad de la persona				

Te consideras una persona con buen autoconcepto y autoestima. Te caracterizas por tener una buena imagen de ti mismo, tanto física como emocional. Te valoras tal como eres y te sientes una persona importante para los demás.

Presentas escasa motivación hacia las tareas escolares y no sueles realizar atribuciones de tus éxitos ni a tus esfuerzos, ni a tus buenas capacidades, atribuyéndolos a causas externas a ti. Quizá por ello presentes bajas expectativas de éxito académico futuro. Pareces tener ciertas dificultades a la hora de saber “qué” quieres, “cómo” puedes conseguirlo y “qué expectativas” tienes de alcanzarlo.

Tienes un adecuado estilo resolutivo a la hora de abordar tus problemas y tomar decisiones en la mayoría de situaciones. Reflexionando antes de tomar una decisión o actuar; cayendo puntualmente en posturas pasivas (esperas que el problema se resuelva por sí mismo o crees que es mejor no hacer nada) o evitativas (escapas de los problemas).

Con respecto a la relación con tus iguales demuestras ser socialmente competente: te percibes como extrovertido, con un buen número de amistades y con expectativas de éxito en las relaciones sociales que estableces. Muestras gran capacidad empática, asertiva y comunicativa.

P.D.: puntuación directa obtenida en el test

Informe elaborado por el Grupo de Orientación y Atención a la Diversidad (GOYAD), Facultad de Psicología de Oviedo.
Director: Dr. Francisco de Asís Martín del Buey (Universidad de Oviedo)
Directora: Dra. María Eugenia Martín Palacio (Universidad Complutense de Madrid)

