



TRABAJO FINAL DE CARRERA

TDAH EN NIÑOS DE EDAD ESCOLAR

**Una comparación entre las técnicas de economía de fichas y
de autoinstrucciones**

Guadalupe Gallardo

Matrícula: 40221177

Tutor: Lic. Lucas Seoane

Noviembre 2020

Universidad de Belgrano

Facultad de Humanidades

Licenciatura en Psicología

Índice

Abstract:	4
Problema de Investigación	5
Preguntas de Investigación	6
Relevancia y Justificación de la Temática	6
Objetivos	7
Objetivo general:	7
Objetivos específicos:	7
Hipótesis	7
Alcances y limitaciones	8
Estado del arte	9
Marco Teórico	10
Capítulo 1	13
Concepto del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	13
Recorrido histórico del concepto TDAH.....	13
Cuadro clínico.....	14
Comorbilidad.....	14
Criterios diagnósticos para el TDAH	15
Causas del TDAH.....	20
Evaluación Diagnóstica.....	20
Problemas asociados al TDAH	21
Intervenciones.....	23
Capítulo 2	27
Terapia Conductual: Técnica economía de fichas	27
Bases teóricas de la Terapia Conductual y de la Técnica economía de fichas.....	27
Descripción de la Técnica Economía de Fichas	28
Elementos básicos.....	29
Principios básicos	30
Fases.....	30
Candidatos.....	32
Criterios para la implementación del Programa.....	32
Capítulo 3	33
Terapia Cognitiva: Técnica de autoinstrucciones	33
Bases teóricas de la Terapia Cognitiva y el Entrenamiento en Autoinstrucciones	33
Descripción del Entrenamiento en Autoinstrucciones	34

Funciones.....	34
Candidatos.....	35
Criterios de empleo.....	35
Procedimiento	35
Consideraciones para la aplicación de Autoinstrucciones en niños pequeños	38
Capítulo 4	39
Comparación de ambas técnicas	39
Investigaciones acerca de la eficacia de la Técnica Economía de Fichas	39
Investigaciones acerca de la eficacia de la Técnica de Autoinstrucciones.....	41
Comparación de ambas técnicas.....	42
Sugerencias a los profesores.....	43
Conclusiones	45
Bibliografía	47

“Enseñar no es transferir conocimiento,
sino crear las posibilidades para su
producción o su construcción”
(Paulo Freire)

Abstract:

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo, caracterizado por una disfunción cognitiva o neuropsicológica, cuyos síntomas principales son la inatención, hiperactividad e impulsividad, dando lugar a consecuencias en el desarrollo académico, conductual, regulación de emociones e interacción con el entorno.

En niños de edad escolar, este trastorno puede significar un deterioro para el desarrollo de las habilidades de comunicación, funciones ejecutivas y socioemocionales, influyendo en éstas la baja autoestima, falta de motivación y agresividad.

Con el presente trabajo se busca describir el trastorno y comparar, a partir de una revisión bibliográfica actualizada, las técnicas de intervención economía de fichas de la terapia conductual y autoinstrucciones de la terapia cognitivo-conductual.

Palabras clave: TDAH, atención, hiperactividad, técnica de economía de fichas, técnica de autoinstrucciones, escolaridad.

Problema de Investigación

Los niños con Trastorno por Déficit de Atención (TDAH) presentan síntomas tales como: la inatención, la excesiva actividad motora y dificultad en el control de impulsos, viéndose así significativamente afectadas las áreas cognitiva, emocional, conductual y social. Además, de manifestar una falta de autocontrol, conductas desorganizadas, falta de motivación, agresividad y baja autoestima.

La relación que el niño mantiene con sus familiares muchas veces se encuentra caracterizada por patrones de interacción coercitivos, donde el niño mantiene conductas percibidas como negativas, que pueden ser reforzadas por los cuidadores al evitar las confrontaciones, por incongruencia o una falta de perseverancia (Abad-Mas, Ruiz-Andrés, MorenoMadrid, Herrero, Suay, 2013). En este sentido, se puede decir que la dinámica familiar se ve afectada y comienza a girar en torno al niño diagnosticado de TDAH, provocando un desgaste en las relaciones familiares (Ramos, 2016).

De esta manera, se encuentran constantes conflictos y poca cohesión familiar, pudiendo los cuidadores presentar depresión, ansiedad y estrés, y sentirse estigmatizados dentro de los grupos sociales a los que pertenecen. Estos conflictos, a su vez, pueden estar correlacionados por el bajo rendimiento académico del niño (Young, Fitzgerald, y Postma, 2013).

A su vez, el bajo rendimiento escolar puede ser consecuencia del déficit de atención, impulsividad y falta de motivación para prestar atención en las clases o llevar a cabo diferentes tareas. Es de esta manera, que los niños suelen mostrar comportamientos problemáticos dentro de la escuela, son más propensos a suspender las asignaturas y a abandonar los estudios en un futuro (Booster, Dupaul, Eiraldi y Power, 2012).

Sin embargo, este no es un trastorno exclusivo de la niñez, ya que puede prevalecer en la vida adulta y de esta manera traer nuevas dificultades, como mantener una relación de pareja y buscar o mantener un trabajo (Barkley RA, Fischer, 2011; Young, S., Fitzgerald, M., & Postma, 2013). MB

Las intervenciones psicológicas disponibles para trabajar con niños que presentan Trastorno por Déficit de Atención son muy diversas. Dentro de las diferentes intervenciones, en muchos casos no exclusivas, existen la terapia farmacológica, psicopedagógica y psicológica, siendo esta última nuestro objeto de investigación.

En este sentido, se encuentran la Terapia Conductual y Cognitivo-Conductual como las más utilizadas para el manejo de los síntomas del TDAH, en cuyas técnicas basaremos nuestro trabajo. Sin embargo, tales marcos teóricos que dan lugar a los tipos de terapia mencionados

contemplan un gran conjunto de técnicas de intervención. En consecuencia, a los fines del presente trabajo académico, se han seleccionado la técnica de economía de fichas perteneciente a la Terapia Conductual y la técnica de autoinstrucciones de la Terapia Cognitivo-Conductual.

Preguntas de Investigación

Algunas de las preguntas que han guiado la investigación teórica han sido:

- ¿Qué consecuencias sociales, cognitivas y emocionales traen aparejadas para niños en edad escolar, el presentar un trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad?
- ¿Existen diferencias entre un tipo de intervención meramente conductual *versus* una que enfoque las capacidades cognitivas?
- ¿Cuáles aspectos priorizan o seleccionan cada una de estas técnicas?
- ¿Las técnicas conductuales y las cognitivas, deben pensarse en forma excluyente o exclusiva?
- ¿Existe alguna con mayor eficacia, respecto de la situación áulica del niño/a?

Relevancia y Justificación de la Temática

Existe una prevalencia en niños de edad escolar con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en los últimos años, siendo ésta de un 5,29% a nivel mundial, por lo que es considerado uno de los trastornos más frecuentes en la infancia (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman, & Rohde, 2007).

Éste impacta en áreas tales como, la familiar, la escolar y la social provocando ciertas repercusiones, como pueden ser, no poder o estar en capacidad para seguir la currícula educativa, lograr integrarse en el grupo de pares, organizarse o realizar planes (Rodríguez-Salinas Pérez, Navas García, González Rodríguez, Fominaya Gutiérrez y Duelo Marcos, 2006; Orrego Bravo, 2012). A su vez, esta dificultad de no estar integrados a un grupo y ser constantemente rechazados por sus compañeros, los niños que conviven con dicho trastorno, pueden presentar ansiedad, estrés y depresión (Young, Fitzgerald y Postma, 2013).

Para disminuir las repercusiones que pueden provocar los síntomas del TDAH, a lo largo del desarrollo del niño, es de gran importancia llevar a cabo una intervención temprana, por lo que es necesario conocer cuáles son las técnicas de intervención más adecuadas al contexto educativo y cuál de ellas se declara como la más eficaz a la hora de llevar a cabo un tratamiento con estos niños.

Objetivos

Objetivo general:

- Comparar las técnicas de intervención de economía de fichas de la terapia conductual y autoinstrucciones de la terapia cognitivo-conductual utilizadas para niños de edad escolar y diagnosticados de TDAH.

Objetivos específicos:

- Analizar la eficacia de las técnicas de economía de fichas y autoinstrucciones respecto del control de la agresividad y motivación.
- Describir los posibles efectos positivos de las técnicas economía de fichas y autoinstrucciones sobre el autoestima e impulsividad.
- Mostrar cuál de las dos técnicas podría llegar a ser la más adecuada al ámbito escolar en general y al contexto del aula en particular.

Hipótesis

- Las técnicas de la terapia cognitivo-conductual demostrarán ser más eficaces que las técnicas de la terapia conductual, ya que la primera no solo intenta reforzar o eliminar conductas, sino también modificar el procesamiento cognitivo del niño, para autorregular su comportamiento.
- La técnica de economía de fichas de la terapia conductual exhibirá mayor eficacia en el control de la agresividad y motivación, mientras que la técnica cognitivo-conductual de autoinstrucciones posee una menor eficacia en el control de la agresividad y de la impulsividad.

- Inversamente, la técnica cognitivo-conductual de autoinstrucciones produciría un efecto positivo mayor en el autoestima e impulsividad, mientras que la técnica conductual de economía de fichas mostraría un efecto menor.

Alcances y limitaciones

El TDAH es un trastorno con el cual se pueden trabajar diferentes áreas, siendo abordado desde un abanico de marcos teóricos dentro de la psicología. En esas áreas, se distinguen la organización, las técnicas de estudio, la atención, la impulsividad e hiperactividad, la modificación de la conducta y habilidades sociales, control de la ansiedad y gestión de la frustración.

Con respecto a los tratamientos existentes, ya se ha mencionado la existencia de las intervenciones farmacológica, psicopedagógica y psicológica, siendo esta última de nuestro interés. La intervención psicológica, abarca múltiples terapias que trabajan con la sintomatología del TDAH y las diversas áreas que este trastorno afecta. Las terapias que incluye son, la Terapia Conductual, la Terapia Cognitivo-Conductual, Coaching y Mindfulness.

Si bien los aspectos mencionados, deben ser considerados a la hora de desarrollar un plan de intervención para controlar la sintomatología del trastorno, éstos no serán tomados en cuenta en el desarrollo del presente trabajo.

De esta manera, se pretende comparar la técnica de economía de fichas de la terapia conductual y la técnica de autoinstrucciones de la terapia cognitivo-conductual utilizadas para niños de edad escolar diagnosticados de TDAH. Para ello, es necesario tener en cuenta la sintomatología referida a dicho trastorno, como así también, ciertas afecciones en las áreas social, cognitiva, emocional y familiar.

En este sentido, se buscará analizar y describir la eficacia de ambas técnicas de intervención con respecto del control de la agresividad, impulsividad, autoestima y motivación.

A su vez, se evidenciarán diferencias entre ambos modelos de intervención conductual y cognitivo-conductual, cuáles son los aspectos que priorizan cada uno y qué técnica de intervención podría llegar a ser más adecuada al ámbito escolar para los niños que presentan este trastorno.

Estado del arte

Debido a que el Trastorno por Déficit de Atención puede suponer conductas que son rechazadas por el entorno de estos niños y de esta manera presentarse como una dificultad en su vida cotidiana, se han descrito a continuación diferentes estudios con el objetivo de evidenciar la importancia de llevar a cabo una intervención que sea eficaz para los niños con este trastorno.

Hernández Martínez, Pastor Hernández, Pastor Durán, Boix Lluch, y Sans Fitó (2017) en su investigación: "Calidad de vida, en niños con trastorno de déficit de atención con hiperactividad" proponen evaluar el impacto que puede provocar el TDAH sobre las relaciones familiares, escolares y sociales de los niños. El estudio se aplicó a una muestra de 58 niños, divididos en un grupo experimental (niños que presentaban TDAH) y en un grupo control (niños que no presentaban TDAH), a los cuales se les administró el cuestionario KINDL conformado por 24 ítems distribuidos en seis dimensiones: bienestar físico, bienestar psicológico, autoestima, familia, amigos y escuela.

Los resultados, mostraron una diferencia altamente significativa entre el grupo control y experimental en todas las dimensiones del cuestionario KINDL, evidenciando de esta manera, una baja calidad de vida en los niños que presentan TDAH en comparación a aquellos niños que no lo padecen.

En estudios como el de Robledo-Ramon y García-Sánchez (2014), se comparan variables como el clima familiar, la implicación educativa parental y las expectativas académicas en 87 familias en las cuales los niños presentaban TDAH, dificultades de aprendizaje o un rendimiento normalizado. Esta comparación se realizó con el objetivo de conocer la forma en la que los cuidadores y los niños perciben las diferentes variables mencionadas. Para ello, los autores emplearon la escala Opiniones Familiares (FAOP), dando como resultado, que en las familias de niños que presentan TDAH hay menores expectativas académicas y una menor implicación educativa parental con respecto a las familias de niños con dificultades de aprendizaje o rendimiento normalizado. Además, se observa mayor hostilidad y un clima de mayor tensión en las familias de niños con TDAH.

Rodríguez-Hernández, Betancort-Montesinos y Peñate-Castro (2020), encuentran que fármacos como el metilfenidato equilibran el funcionamiento cerebral y por lo tanto los síntomas de los niños con TDAH. Estos autores, realizaron una investigación donde participaron 45 niños con edad escolar de entre 7 y 12 años con un diagnóstico de TDAH, con los cuales se comenzó un tratamiento farmacológico con metilfenidato. El estudio muestra como resultado un decrecimiento de la hiperactividad, una mejora en la atención y una autorregulación del comportamiento y las emociones.

Otras investigaciones como la Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA), llevada a cabo en Estados Unidos, con el objetivo de reducir los síntomas nucleares del TDAH, incluyó a 579 niños. Esos niños fueron asignados aleatoriamente a un tratamiento farmacológico y a un tratamiento psicosocial, encontrando luego de 14 meses que ambos grupos mejoraron la sintomatología, siendo el tratamiento farmacológico el que demostraba una diferencia significativa muy pequeña sobre el tratamiento psicosocial. Los autores hicieron un seguimiento al finalizar el estudio de los síntomas de los participantes, sin encontrar diferencias entre ambos grupos, pasados los 3 años de seguir cada uno con el tratamiento ya sea farmacológico o psicosocial (Saiz-Fernández, 2018).

Marco Teórico

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad se inicia en la infancia y sus manifestaciones deben presentarse antes de los siete años. Es definido como un trastorno del neurodesarrollo, que presenta un “patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo”. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013: 59).

Barkley (2011), lo define como un trastorno del desarrollo en el cual los niños presentan una deficiencia significativa en la atención, control de los impulsos y conducta que no son adecuadas para su edad.

Como un criterio diagnóstico del trastorno, podemos decir que, la *inatención* se caracteriza por la dificultad para mantener la atención y por el aburrimiento que se produce en un niño, al cabo de pocos minutos de iniciar una actividad. Por ello, este cambia frecuentemente de tareas, incluso de juegos, sobre todo si son monótonos o repetitivos. Mantiene la atención de forma automática y sin esfuerzo para las actividades y tareas que le gustan, pero la atención consciente y selectiva para completar las tareas habituales o para aprender algo nuevo se le dificulta (Hidalgo y Sánchez, 2014).

La *hiperactividad* se encuentra definida por una agitación y actividad motora disruptiva. Esto se suele demostrar, por ejemplo, cuando los niños que presentan este trastorno se levantan constantemente de sus asientos en situaciones en las que deberían permanecer sentados, en la interrupción de actividades de otros niños o adultos, en la incapacidad de respetar los turnos de juegos, etc (Carboni, 2011; Orjales, 2012; Hidalgo Vicario y Sánchez Santo, 2014).

En cuanto a la *impulsividad* se la puede definir como la dificultad para controlar los impulsos motores y emocionales, además de presentar carencia en el análisis de información (Rubio Zarzuela, 2015).

Otros aspectos que no son exclusivos del TDAH, pero que se deben considerar, son la autoestima, motivación y la agresividad. La *autoestima*, la cual es descrita por autores como Mejía y Pastrana, quienes la consideran como la valoración que una persona tiene de sí mismo y donde se ven involucradas emociones, sentimientos, pensamientos, actitudes y experiencias que va recogiendo a lo largo de su vida (Giraldo y Holguín, 2017).

La *motivación*, es el motor que mueve a una persona para llevar a cabo determinada conducta con el fin de lograr un objetivo (Guerrero-Tomas, Martín-Palacio, Di Giusto-Valle, De la Fuente-Anuncibay y González-Uriel, 2017).

En cuanto a la *agresividad*, Marina (2011) la define como aquella conducta que se manifiesta en oposición a un obstáculo para desahogarse, protestar, defenderse o atacar.

A partir de estos conceptos podemos pensar en intervenciones posibles dentro de marcos teóricos como el de la Psicología Conductual, la cual plantea la modificación del comportamiento de los niños, si se trabaja directamente sobre éste y a partir de asociaciones adecuadas (Loro-López, Quintero, García-Campos, Jiménez-Gómez, Pando, Varela-Casal, Campos y Correas-Lauffer, 2009).

Como figura clave aparece uno de los fundadores del conductismo en Estados Unidos, John. B Watson, quien propone un análisis funcional de la conducta en contraposición del estudio de la mente o consciencia y entiende como metas de esta teoría la predicción y el control de la conducta (Pellón, 2013).

Dentro de la Psicología Conductual, se encuentra la técnica de *economía de fichas*, en la cual se utilizan fichas o puntos que se van obteniendo por realizar conductas adecuadas y que se van intercambiando por premios o refuerzos (Loro-López, et al., 2009).

Por otro lado, la Psicología Cognitivo-Conductual busca normalizar la conducta y sentimientos, a través del cambio en la manera de percibir y juzgar la realidad, enfocándose en el cambio de pensamientos (Fenollar Iváñez, Gómez Sánchez, Muñoz Ruiz, 2015).

Beck, desarrolla su modelo de Psicoterapia Cognitiva, basándose en la depresión, planteando la hipótesis de que las percepciones influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. De este modo, los sentimientos estarían determinados por cómo las personas interpretan las situaciones (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

Entiende esta terapia como la manera de modificar los pensamientos y conductas disfuncionales; y a los trastornos como producto de alteraciones de los componentes cognitivos, comportamentales y emocionales (Gonzalez Tuta, Barreto Porez, y Salamanca Camargo, 2017).

Una de las técnicas que utiliza la Psicología Cognitivo-Conductual, a la hora de llevar a cabo una intervención, son las autoinstrucciones. Éstas buscan definir cuál es el problema y planificar una estrategia a través de la autoevaluación y autorefuero (Labrador, 2009).

Capítulo 1

Concepto del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Recorrido histórico del concepto TDAH.

A lo largo de la historia, encontramos como referencias diversos autores que fueron desarrollando el concepto sobre el TDAH. Uno de los primeros fue Hoffman, quien escribió libros infantiles donde se describían niños con las características del trastorno, aunque la conferencia de George Still en 1902, es considerada como la primera descripción clínica. En ella, Still describe a 43 niños que presentaban dificultades tanto atencionales como comportamentales, pero lo atribuía a una pequeña lesión cerebral, produciendo así, un déficit de control moral (Pelayo Terán, Trabajo Vega y Zapico Merayo, 2012). Durante la misma época, aparecen autores como Rodríguez Lafora, describiendo en su libro a niños “mentalmente anormales”. Para este autor, estos problemas se presentaban en mayor medida en países donde la asistencia escolar era obligatoria, atribuyendo al trastorno causas hereditarias y sociológicas (Pelayo Terán, Trabajo Vega y Zapico Merayo, 2012).

Para los años 30' se describe este trastorno desde una perspectiva orgánica (Cubero Venegas, 2006). Tredgold expone que los problemas de conducta, el poco control, la inestabilidad emocional y alteraciones propias del trastorno se debían a lesiones cerebrales tempranas (Pelayo Terán, Trabajo Vega y Zapico Merayo, 2012). En los años 40' se cree que la causa se debe a un síndrome cerebral, en los años 50' se habla de un síndrome de impulso hiperquinético, en los años 60' de una disfunción cerebral mínima y en los años 80' se comienza a pensar que la causa es debida a anomalías producidas en la función neurológica, relacionado a los procesos neuroquímicos de los neurotransmisores (Cubero Venegas, 2006).

Así, en 1980 se denomina a este trastorno como Déficit de atención (con o sin hiperactividad) en el DSM-III, dejando en un segundo plano a la hiperactividad (Pelayo Terán, Trabajo Vega y Zapico Merayo, 2012).

De esta manera, vemos cómo a lo largo de los años, fueron surgiendo diferentes conceptualizaciones sobre el TDAH hasta llegar a la que se conoce hoy en día descrita por el DSM-5. En él, se lo considera como un trastorno del neurodesarrollo, que presenta un “patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013: 59).

Cuadro clínico

Cuando se habla sobre el TDAH, hay tres características que se presentan como principales: inatención, hiperactividad e impulsividad.

La inatención se suele observar en aquellos niños que parecen distraídos constantemente y no suelen escuchar a los demás. Este síntoma presenta gran dificultad para concentrarse, prestar atención y por lo tanto para organizarse, seguir órdenes y finalizar actividades (Estéves y León-Guerrero, 2015).

En cuanto a la hiperactividad, se caracteriza por una actividad motora disruptiva y se observa cuando un niño no puede permanecer quieto en momentos en los que debería permanecer de esa manera, como por ejemplo en clase o durante una cena. Los niños que presentan este síntoma suelen hacer ruidos constantemente, hablar excesivamente, cambian de actividad sin haber finalizado la anterior y no presentan constancia en sus actividades (Vaquerizo-Madrid, 2005).

La impulsividad está definida como una preferencia hacia pequeñas recompensas que se obtienen con mayor rapidez sobre otras más grandes y demoradas, generando respuestas precipitadas sin inhibiciones. Se la define, también, como un estilo cognitivo, el cual carece de reflexividad, caracterizada por cuatro componentes: urgencia negativa, falta de perseverancia, falta de premeditación y búsqueda de sensaciones (excitantes) (Riaño-Hernandez, Riquelme, Buela-Casal, 2015).

Comorbilidad

La comorbilidad refiere a la presencia de diferentes trastornos que pueden presentarse en un mismo sujeto. En el caso del TDAH, existen diversos trastornos que pueden acompañarlo, afectando la esfera educativa, conductual y emocional (Del Río, 2014).

Trastornos como el Trastorno Específico del Desarrollo del Aprendizaje Escolar (Cálculo, Lectura y Ortografía), el Trastorno de Ansiedad y Depresión y el Trastorno Específico del Desarrollo de Habla y Lenguaje coexisten con TDAH. La sintomatología de estos trastornos asociados al TDAH, pueden llevar a un diagnóstico tardío o a un error en él (Collantes-Peñaherrera, 2015).

Muy frecuentes (más del 50%)

- Trastornos de conducta. Conductas inadaptadas que violan normas, reglas y los derechos

<p>de los demás. Mayor riesgo de desajuste y rechazo social.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Trastorno negativista desafiante. desobediencia y hostilidad a figuras de autoridad. A veces, es la consecuencia de frustraciones repetidas.
<p>Frecuentes (hasta el 50%)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Trastornos específicos del aprendizaje: problemas de lectura (dislexia), en la escritura (disgrafía), alteraciones del cálculo matemático (discalculia), del lenguaje. ● Trastorno de ansiedad: por separación, por estrés psicosocial, fobias. ● Trastorno del desarrollo de la coordinación: hipotonía generalizada, torpeza en la psicomotricidad fina por impulsividad, inhabilidad para el deporte.
<p>Menos frecuentes (inferior al 20%)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Trastorno de tics. ● Trastorno depresivo y trastornos afectivos: se manifiestan por baja autoestima, irritabilidad, falta de energía, somatizaciones y problemas del sueño.
<p>Infrecuentes</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Trastornos del espectro autista. ● Discapacidad intelectual.

Figura n°1. Comorbilidad TDAH (Del Río, 2014).

Criterios diagnósticos para el TDAH

Criterios diagnósticos hace referencia a aquellos síntomas que se presentan como necesarios para que un trastorno sea identificado. Los dos sistemas de clasificación más utilizados son el DSM-5 y el CIE-10.

Para el Manual estadístico y de diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-5), el TDAH, presenta un patrón constante de falta de atención e hiperactividad/impulsividad que interviene en el desarrollo de la vida cotidiana (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Para su diagnóstico es necesario que se cumplan 6 o más de los síntomas descritos por el Manual, tales como inatención, hiperactividad e impulsividad. Además, dichos síntomas deben mantenerse por un período de al menos 6 meses y donde se vean afectado tanto las actividades sociales, como las actividades académicas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Los criterios que describe el DSM-5 se muestran en el cuadro que se presenta a continuación:

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):

Inatención:

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

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

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (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).

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 afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales.

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafiante o hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores o adultos (a partir de 17 años), 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: 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 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 nº2. Criterios médicos para la detección del TDAH (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)

Por otra parte, el Criterio Estadístico Internacional de Enfermedades (CIE-10), presentado por la Organización Mundial de la Salud, detalla los siguientes criterios de clasificación:

Déficit de atención (al menos 6 durante 6 meses)

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido

en las labores escolares y en otras actividades.

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

Hiperactividad (al menos 3 durante 6 meses)

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

Impulsividad (al menos 1 durante 6 meses)

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

Figura n°3. Criterios médicos para la detección del TDAH a partir del CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Los síntomas, mostrados en el cuadro, deben presentarse antes de los 7 años en dos o más aspectos de la vida del niño afectando los mismos (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Causas del TDAH

Como causas del TDAH encontramos una base genética y una base neurobiológica, las cuáles pueden verse influenciadas por factores ambientales (Del Río, 2014).

Dentro de la base genética, Del Río (2014) observa que el 70% de los niños con TDAH presentan una alteración en genes relacionados a la dopamina y noradrenalina, lo que trae consecuencias en el autocontrol, inhibición motora y función atencional.

Con respecto a la base neurobiológica, se identifican anomalías en el núcleo estriado y corteza prefrontal (Gómez-Díaz, Morán-Alvarado, Pereda-Moral, Pazos-Moreno, 2013).

En cuanto a los factores ambientales que pueden influenciar en el desarrollo del trastorno, se advierten la calidad de las relaciones familiares, trastornos psiquiátricos en alguno o en ambos cuidadores e inestabilidad familiar (Del Río, 2014; Gómez-Díaz et al., 2013).

Evaluación Diagnóstica

Diagnosticar a un niño con TDAH requiere que se realicen diferentes evaluaciones, como son entrevistas con los tutores y profesores, cuestionarios y escalas. Estas evaluaciones tienen el objetivo de obtener un registro de la intensidad y gravedad de los síntomas, pero éstos, deben

permanecer por más de 6 meses y afectar diferentes ambientes en la vida del niño. Además, es recomendable que un médico realice una valoración para descartar que se trate de una enfermedad médica que explique los síntomas que presenta el niño (Mena-Pujol, Nicolau-Palou, Salat-Foix, Tort-Almeida, Romero-Roca, 2006).

Una de las escalas más utilizadas para obtener la información necesaria de varias fuentes es la “Escala de Conners”, para niños de entre 3 y 17 años, la cual es administrada a padres y profesores, con una duración de aproximadamente 10 minutos, y teniendo como fin el recabar información y valorar las conductas con relación al TDAH. Esta escala se encuentra comprendida por 10 ítems que describen la conducta que suelen presentar los niños con TDAH. Las respuestas posibles para cada uno de los ítems son nada, poco, bastante y mucho, con una valoración de 0, 1, 2 y 3 respectivamente. Esta puntuación va a depender de la frecuencia con la que se presentan las conductas descritas en cada ítem (Alvárez Menéndez y Pinel González, 2015; Conners, 1989).

Otro instrumento por considerar es la escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (EDAH), dirigida a niños de 6 a 12 años, de una duración promedio de entre 5 y 10 minutos. Se administra a profesores del niño que se busca evaluar y su aplicación se realiza de manera individual. Pretende medir los principales rasgos del TDAH y de aquellos Trastornos de Conducta que estén vinculados con el TDAH. La prueba se encuentra compuesta por 20 preguntas, donde cada respuesta que se da tiene una valoración de entre cero y tres, dependiendo de la frecuencia con la que el niño realice tal conducta (Belmar Mellado, Holgado Tello, Navaz Martínez y Parada, 2015).

El Test de Atención D2, es otra herramienta a la hora de realizar una evaluación. Su aplicación puede ser tanto individual como colectiva, siendo su tiempo de duración estimado de 8 minutos. Corresponde a niños mayores de 8 años, adolescentes y adultos. Se encarga de la evaluación de la atención selectiva y de la concentración. Esta prueba ofrece una medida concisa de la velocidad de procesamiento, la atención selectiva y la concentración mental, mediante una tarea consistente en realizar una búsqueda selectiva de estímulos relevantes. Es una prueba de cancelación, en la que el sujeto debe en una hoja que se le entrega tachar aquellas letras d que aparezcan con dos rayas (Brickenkamp, 2012).

Problemas asociados al TDAH

Existen diferentes áreas que se ven afectadas en la vida cotidiana de un niño con TDAH, dentro de las cuales encontramos el área conductual, el emocional, académico y social.

El TDAH, según Barkley (1990), trae como consecuencia una deficiencia en la capacidad de mantener y regular el comportamiento, lo que, a su vez, se relaciona con problemas de inhibición, adherencia a reglas, inicio o sostenimiento de tareas y seguimiento de tareas que requieran de un tiempo prolongado (Rodríguez-Jimenez y Solano-Villanueva, 2009).

A su vez, estos niños, suelen presentar un escaso manejo de las emociones, lo que puede desencadenar en conductas agresivas, labilidad emocional, baja autoestima, desmoralización y una baja tolerancia a la frustración. Como consecuencia de los comportamientos disruptivos y agresivos que presentan estos niños, puede derivarse en un rechazo por parte de sus pares, familiares, u otros adultos (Alberdi-Páramo y Pelaz-Antolín, 2019).

Alberdi-Páramo y Pelaz-Antolín (2019), mencionan las dificultades que presentan estos niños en la cognición social, lo cual implica la representación en interpretación de las claves y la percepción de las emociones.

En cuanto al ámbito académico, es uno de los que se suele ver más afectados en este trastorno, y dentro de éste el rendimiento académico del niño.

Una de las características que suelen presentar los niños con TDAH, es la dificultad para organizarse en las diferentes tareas que se dan dentro del aula. Por otra parte, suelen evitar aquellas actividades que requieran sostener la atención sostenida, debido a la dificultad que presentan para mantener la atención durante largos períodos de tiempo (Torres Molina y Prego Beltrán, 2013).

Rubio (2017), afirma que el rendimiento académico se encuentra en gran parte afectado por uno de los principales síntomas del trastorno, la inatención.

En consecuencia, este bajo rendimiento en la escuela puede derivar en una baja autoestima y una falta de motivación. Miranda, Meliá, Presentación y Fernández (2009), identifican en niños con TDAH un estilo de motivación al cual llaman aversivo, ya que intentan constantemente evitar el fracaso, porque se frustran muy rápidamente si cometen un error, y por ello evitan tareas que supongan un reto.

Otra área que se ve afectada en la vida diaria de estos niños es la social, donde se observan dificultades de integración, ya sea en las relaciones con su familia, otros adultos o sus pares.

Por lo consiguiente, se suele observar dificultad en las habilidades sociales, como son, el autocontrol, elegir el comportamiento adecuado ante una determinada situación y asertividad (Russo, Arteaga, Rubiales, y Bakker, 2015). Estos problemas de conducta en niños con TDAH,

se relacionan con dificultades para poder relacionarse con sus compañeros y pueden devenir en una desaprobación del grupo y baja autoestima (Rodríguez-Salinas Pérez, Navas-García, González-Rodríguez, Fominaya-Gutiérrez, Duelo-Marcos, 2006).

Bauermeister (2001), plantea que con frecuencia estos niños se ven excluidos de los juegos por otros niños, debido a su agresividad (Rodríguez-Jiménez y Solano-Villanueva, 2009). Entonces, teniendo en cuenta esto, es que Quintero, Loro, Jiménez y García-Campos (2011), mencionan que niños con TDAH presentan problemas de disciplina y adaptación.

Es interesante pensar en la diferencia que plantea Cubero-Vegas (2006), sosteniendo que estos niños no presentan dificultad para ingresar a un grupo de pares, sino, para mantenerse en ellos, lo que es debido a su impulsividad para actuar y hablar.

Por otra parte, la encuesta LIS desarrollada en seis países de Europa, dirigida a cuidadores de niños con y sin TDAH, ha demostrado, que los niños con TDAH que mantienen buenas relaciones con sus hermanos y cuidadores son menores a los niños que no lo padecen (Young, Fitzgerald y Postma, 2013).

Intervenciones

Encontramos diferentes tipos de intervenciones para el TDAH, tales como el abordaje farmacológico, el pedagógico y el psicológico.

Cuando hablamos del **tratamiento farmacológico**, nos referimos a la administración de medicamentos como son, el metilfenidato y la atomoxetina, que actúan sobre los neurotransmisores de noradrenalina y dopamina. De esta manera se va regulando el funcionamiento cerebral, el comportamiento, la impulsividad y focalizando la atención de los niños que presentan TDAH. Al regularizarse la sintomatología, permite mejorar las relaciones familiares y escolares. (Fernández, Fernández, Calleja, Moreno y Muñoz, 2008; Wagner, Vallerand y McLennan, 2014).

La **intervención psicopedagógica**, se centra en la mejora del rendimiento académico del alumnado que presenta TDAH, su principal objetivo es favorecer las competencias académicas y potenciar el uso de los recursos educativos en el contexto escolar. Para ello, existen ciertas pautas metodológicas en el aula, como es sentar al niño que presenta TDAH lejos de los que pueden ser posibles distractores (ventanas, compañeros con problemas de comportamiento o puertas) y controlar que tenga los materiales que esté utilizando ordenados. Cuando una tarea resulte muy difícil se la puede subdividir en otras más sencillas y además se pueden utilizar recursos informáticos o de internet como incentivo y motivación (Fernández

Redondo, Del Caño Sánchez, Palazuelo Martínez, Marugán De Miguelsanz, 2011). También, se pueden llevar a cabo cambios en los patrones de comunicación haciendo preguntas frecuentes, ofreciendo retroalimentación inmediata de sus respuestas; repetir las cosas más veces. Utilizar frases cortas, claras y con construcciones sencillas, evitar dar varias premisas, proporcionar un esquema previo y ofrecer situaciones estructuradas. Y realizar una revisión diaria de la agenda para comprobar que ha apuntado sus deberes y está al corriente de las fechas de trabajos, excursiones, etc., además de utilizarla como una herramienta de comunicación positiva entre la escuela y la familia. (Abad-Mas, Ruiz-Andrés, MorenoMadrid, Herrero, Suay, 2013).

En cuanto a las **intervenciones psicológicas**, existen diferentes terapias dentro de las cuales podemos encontrar la Terapia Conductual, Terapia Cognitivo-Conductual, Coaching, Mindfulness y Multimodal.

La *Terapia conductual*, como lo indica su nombre, está orientada a la modificación de la conducta y para ello utiliza técnicas como:

1) Técnicas para incrementar conductas:

- a) *Refuerzo positivo*, según Diaz (2006) consiste en otorgar una recompensa al niño cuando realiza una conducta adecuada, con el fin de que la vuelva a reproducir en un futuro (como se cita en Álvarez Menéndez y Pinel González, 2015).
- b) *Economía de fichas*, es una técnica donde a medida que el niño realiza ciertas conductas esperadas, acumula fichas o puntos que luego podrá intercambiar por premios o refuerzos (Loro-López, et al., 2009).

2) Técnicas para reducir o eliminar conductas:

- a) *Tiempo fuera*, se suele utilizar para aislar al niño utilizando estos minutos para reflexionar (Loro-López, Quintero, García-Campos, Jiménez-Gómez, Pando, Varela-Casal, Campos y Correas-Lauffer, 2009).
- b) *Extinción*, radica según Diaz (2006) en identificar y eliminar aquellos reforzadores que den lugar a conductas inapropiadas (como se cita en Álvarez Menéndez y Pinel González, 2015).

- c) *Coste de respuesta*, se retiran los refuerzos positivos ante las conductas que no son deseadas (Loro-López, et al., 2009).

Por otro lado, la *Terapia Cognitivo-Conductual*, está dirigida a cambiar el estilo cognitivo, lo cual se entiende como un cambio en la percepción de la realidad, lo cual se logra a partir de un cambio de los pensamientos (Fenollar Iváñez, Gómez Sánchez, Muñoz Ruiz, 2015). Para lograr estos cambios, una de las técnicas más utilizadas por esta terapia, son las autoinstrucciones dentro de las cuáles se distinguen 5 etapas. La primera fase es la del modelado, donde por ejemplo ya sea el terapeuta o el profesor realizan una determinada tarea mientras que el niño observa. En la segunda fase denominada guía externa manifiesta o en voz alta, quien realiza la actividad es el niño al mismo tiempo que el terapeuta o profesor van diciendo las instrucciones a seguir en voz alta. Luego, la tercera fase consiste en autoinstrucciones manifiestas, en la cual el niño es quien verbaliza las instrucciones (antes enunciadas por el terapeuta o profesor) a la vez que realiza la acción. Siguiendo con una cuarta fase, donde se realizan autoinstrucciones enmascaradas, lo que significa que el niño realiza la tarea mientras en voz baja verbaliza las instrucciones. Por último, la quinta fase, correspondiente a las autoinstrucciones encubiertas, en la cual el niño realiza la acción ya sin una vocalización, sino con autoinstrucciones internas (Labrador, 2009).

Otra de las intervenciones que se utilizan para el tratamiento en TDAH es el *Coaching*, el cual se centra en ámbitos como son el relacional, la organización y laboral. En este último, se trabaja con aspectos como la planeación y las distracciones. El objetivo de esta disciplina es, ayudar a que la persona logre alcanzar sus metas y mejorar los resultados en su vida académica, social y profesional. Se centra en el presente, en las metas del cliente y en las formas en las que puede llegar a las mismas (Carballo, 2011; Orrego, 2012).

En cuanto al primer ámbito, el relacional, el coach evalúa las habilidades sociales que la persona posee, para luego trabajar en aquellas que se consideren deberán ser entrenadas.

Para trabajar el ámbito de la organización, el *Coaching*, utiliza herramientas como son las listas de jerarquías, listas de cosas por hacer y el planificador personal (Orrego, 2012).

Luego, para trabajar el ámbito laboral -el cual incluye características como la planificación- se utilizan diarios o libretas y agendas, donde se anoten aquellas tareas o actividades que debe realizar el cliente. Además, para determinar la importancia de cada tarea, se pueden utilizar letras como "u" -urgente- o "n" -no urgente- (Orrego, 2012).

En el caso en el que el niño presente TDAH, otra de las intervenciones que se suelen utilizar es el *Mindfulness*. Esta busca que las personas de manera consciente e intencionada relacionen sus pensamientos con el mundo que los rodea (Segal, Williams, y Teasdale, 2008). La implementación de esta intervención puede conducir al aumento de la concentración, lograr una mejoría en el control de las emociones y conductas. Algunas técnicas del *mindfulness* que se trabajan con estos niños son, la relajación y meditación como pueden ser ejercicios derivados del yoga o el *body scan*. Estas técnicas se pueden trabajar tanto dentro como fuera de la escuela. En esta última, la intervención se puede realizar cuando los niños entran al aula por la mañana, antes de comenzar con las clases, luego de un recreo o en momentos en los que el clima de trabajo no permita llevar adelante la clase (Bisquerra Alzina y Hernández Paniello, 2017).

A pesar de las diversas intervenciones que se pueden llevar a cabo con un niño que presenta TDAH, en los siguientes capítulos no centraremos, como ya se mencionó anteriormente, en la Terapia Conductual y Cognitivo-Conductual. Tampoco se desarrollarán todas las técnicas que presentan cada terapia, sino que nos enfocaremos en la Técnica de Economía de Fichas y la Técnica de Autoinstrucciones.

Capítulo 2

Terapia Conductual: Técnica economía de fichas

Bases teóricas de la Terapia Conductual y de la Técnica economía de fichas

La Terapia Conductual nace a mediados del siglo XX como una alternativa a las terapias de ese momento, considerando a la conducta como un pilar fundamental de análisis. Ésta parte de la idea de que toda conducta es aprendida y modificable mediante el aprendizaje y tiene como objeto de estudio la conducta humana y aceptan solo elementos objetivos como válidos, rechazando así la introspección (Heidbreder, 1985 y Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012). Algunos autores que son claros ejemplos de la historia y desarrollo de esta Terapia son Pavlov, Watson y Skinner.

Pavlov, un reflexólogo ruso, estudiaba la actividad cerebral a partir de los reflejos, para así comprender la conducta humana. Para ello utilizaba la técnica del reflejo condicionado, siendo un claro ejemplo de esto sus experimentos con perros. Los perros ante la presencia de alimento tienen una respuesta que es la salivación, donde el alimento actúa como estímulo y la salivación como respuesta ante ese estímulo. El experimento desarrollado por Pavlov con estos animales, consistía en hacer sonar una campana cada vez que se le presentaba la comida y luego de varias repeticiones, el solo sonido de la campana provocaba la salivación del perro, sin estar presente la comida (Heidbreder, 1985). En este último caso, la campana que es un estímulo que por sí solo no provocaba ninguna respuesta en el perro, luego de asociarlo a otro estímulo es capaz de producir la respuesta de salivación.

Por otro lado, Watson influenciado por los experimentos de Pavlov, comenzó la revolución conductista a mediados del siglo XX, en contraposición de corrientes como el estructuralismo y el funcionalismo, rechazando así, el estudio del pensamiento. Para él, la Psicología Cognitiva presenta como objeto de estudio la conducta manifiesta, la cual se explica a través del condicionamiento clásico (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2012). Es a partir de ello, que realiza un trabajo demostrando que es posible generalizar y condicionar el miedo a otros estímulos diferentes del originalmente condicionado. Este análisis surge de los resultados con el pequeño Albert, a quien se le presentaban diferentes estímulos a los que no les tenía miedo, como por ejemplo una rata. Pero cada vez que el bebé quería tocar a la rata se hacía sonar un ruido fuerte que lo asustaba, repitiéndose este procedimiento varias veces, provocando que el niño tenga miedo a las ratas (Heidbreder, 1985).

Con respecto a Skinner, este autor es el primero en utilizar el término “condicionamiento operante”, diferenciándose del condicionamiento clásico de Pavlov (Almendro-Marín, Erdocia-

Remacha, Díaz de Neira-Hernando, Jiménez-Cabre, 2018). El condicionamiento operante se presenta como una variable fundamental para su aplicación, el refuerzo. Con éste, se busca aumentar la intensidad, frecuencia o duración de una respuesta que lleve a lograr las conductas que se desean conseguir (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2012). Además, Skinner es quien desarrolla la técnica de manejo de contingencias, que es luego sistematizada por Ayllon y Azrin (Almendro-Marín, et al., 2018).

En el año 1956, Azrin y Lindsley, quienes fueron alumnos de Skinner, demostraron a partir de la entrega de golosinas a niños para que cooperaran en juegos, el funcionamiento de los reforzadores (Martin y Pear, 2008).

Por otra parte, en el año 1959 se llevaron demostraciones conductuales en una institución psiquiátrica de la mano de Ayllon, revelando que procedimientos como el reforzamiento podía ser utilizado por el personal sanitario para lograr la modificación de conductas de los pacientes (Martin y Pear, 2008).

De este modo, el Entrenamiento en Economía de Fichas se formaliza por los autores Azrin y Ayllon, en la década del 70. Ellos aplicaron este sistema, el cual se relaciona con el condicionamiento operante, en un hospital psiquiátrico utilizando reforzadores para condicionar conductas deseables (Collantes-Peñaherrera, 2015).

Ahora bien, ¿qué es la Economía de Fichas? Es una técnica considerada como uno de los principales sistemas de organización de contingencias, dentro de la Terapia Conductual. Estos sistemas de contingencias intentan controlar varias conductas de una misma persona a la vez, utilizan múltiples contingencias a la vez que pueden ser positivas o negativas y exigen un control relativamente amplio del ambiente (Labrador, 2009).

Casas y Soriano-Ferrer (2010), mencionan la importancia y utilidad de las técnicas de Modificación de la conducta en niños que padecen TDAH durante la etapa escolar, ya que estos niños suelen requerir ciertas contingencias para alcanzar los mismos resultados que otros niños sin este trastorno.

Descripción de la Técnica Economía de Fichas

Para los autores Loro-López, et al. (2009), consiste en utilizar fichas o puntos que se van obteniendo por realizar conductas adecuadas y que se van intercambiando por premios o refuerzos. Para ello, primero se determinan cuáles son las conductas inadecuadas, luego se plantea qué conductas se trabajarán, se establece el tipo de refuerzo secundario, se determina el valor de los puntos o fichas y de las conductas a alcanzar. Junto a los padres, profesores y el

niño se establece una lista de refuerzos positivos que se pueden intercambiar por las fichas y puntos obtenidos, luego se debe explicar al niño cómo puede conseguir esos puntos, y cada cuanto tiempo se podrán intercambiar por los refuerzos establecidos. Por último, se evalúa continuamente el programa.

Se debe recalcar la importancia del contacto entre familia y escuela, ya que permite que los tutores del niño conozcan el rendimiento de este en la escuela y puedan potenciarlo en casa. Así, se pueden premiar conductas realizadas en la escuela y en casa, siendo por ejemplo los maestros quienes realizan una lista con objetivos (conductuales y académicos) y quienes otorgan puntaje a cada uno de ellos, siendo luego intercambiados por refuerzos en el contexto familiar (Casas y Soriano-Ferrer, 2010).

Labrador (2009), plantea este programa como un sistema de organización de contingencias externas, que debe realizar un control sobre determinado ambiente, de forma que se puedan controlar las conductas de una persona o grupo de personas.

Este sistema, para el autor, debe tener un control que sea efectivo y exclusivo. Así, que el sistema sea efectivo, refiere a que todos los reforzadores de un ambiente determinado puedan ser controlados y exclusivo a que los reforzadores pueden ser entregados solamente por aquellas personas que aplican dicho programa (Labrador, 2009).

Elementos básicos

La Economía de fichas, según Labrador (2009) y Ruíz, Díaz, y Villalobos (2012), se encuentra compuesta por cuatro elementos básicos:

- 1) Fichas: es un material que actúa como un reforzador generalizado que será intercambiado por un reforzador de apoyo. Es aconsejable que estas fichas sean manipulables, atractivas, fácilmente entregables y ligeras.
- 2) Reforzadores de apoyo: son aquellos reforzadores por los cuales las fichas pueden ser intercambiadas.
- 3) Conductas: se especifican aquellas conductas que son deseadas y aquellas que no son deseadas.
- 4) Reglas: para llevar a cabo el Programa se siguen las siguientes reglas:
 - a) Cuáles son las conductas deseadas por las que se entregarán fichas y cuántas fichas se darán por cada una de ellas.

- b) Cuáles son las conductas no deseadas que pierden fichas y cuántas fichas se pierden por cada una de ellas. Este punto es opcional, se puede llevar a cabo una economía de fichas donde no se pierdan fichas.
- c) Cuáles son los reforzadores por los que se podrán intercambiar las fichas y cuántas fichas costará cada uno.

Principios básicos

Para llevar adelante un Programa de Economía de Fichas, para los autores Delgado-Mejía, Rubiales, Etchepareborda, Bakker y Zuluaga (2012), es necesario el cumplimiento de cuatro principios básicos:

- 1) Identificación de conductas que se buscan lograr y establecimiento de una jerarquía de aquellas conductas consideradas problemáticas.
- 2) Definición de las fichas. Las fichas deben tener características que estimulen por sí mismas al niño para realizar acciones o conductas deseadas.
- 3) Criterios de Reforzamiento. Se deben establecer normas para el intercambio de las fichas por refuerzos (la frecuencia y por qué tipo de refuerzo lo podrán intercambiar).
- 4) Tasa de cambio. Se deben establecer el número de fichas que puede ganar el niño por llevar a cabo una conducta deseada y el número de fichas necesarias para intercambiarlas por un reforzador.

Fases

Labrador (2009) describe 3 fases en la instalación de este Programa:

- 1) **Fase de muestreo.** Tiene el objetivo de establecer la ficha como un reforzador generalizado. Para ello, se la asocia con un reforzador de apoyo y se remarca el valor que posee de intercambio o simplemente se indica en qué momento esas fichas actúan como reforzadores y se “muestra la fichas”. Esto último, significa que se da una ficha a la persona sin solicitar ninguna conducta y se pide que la intercambie por un reforzador de apoyo, mientras se destaca el valor de ese intercambio.
- 2) **Fase de aplicación.** Se entregan las fichas de forma contingente con aquellas conductas que se desean establecer. Así, primero se deben delimitar y describir con precisión las

conductas que se desean alcanzar o modificar, segundo, se establece el número de fichas que se podrán obtener por realizar una conducta deseada, tercero, se seleccionan los reforzadores por los que será posible intercambiar las fichas.

Conducta deseada	Nº de fichas por conducta	Reforzador
Reducción de la impulsividad dentro y fuera de la escuela.	5	Escuchar música en clase en los momentos que deben realizar actividades que no requieran una explicación Tener 5 minutos más de recreo No realizar una tarea
Mantener la atención cuando realiza una tarea o se le habla.	4	
No interrumpir a los demás cuando hablan.	3	
Permanecer sentado durante la clase	2	

Cuadro nº4. Economía de fichas. Elaboración propia.

Luego se establece el lugar y el momento en el que serán entregadas las fichas, se proseguirá determinando un valor de intercambio de las fichas (cada reforzador costará una cierta cantidad de fichas), por ejemplo:

Reforzador	Valor de intercambio
Escuchar música en clase en los momentos que deben realizar actividades que no requieran una explicación	8 fichas
Tener 5 minutos más de recreo	14 fichas
No realizar una tarea	20 fichas

Cuadro nº5. Economía de fichas. Elaboración propia.

Para finalizar esta etapa, se eligen un lugar y momento para el intercambio de las fichas por los reforzadores, siendo al inicio conveniente que el intercambio sea tan pronto como la persona lo desee y a medida que se avanza en el programa, el intercambio debe darse en periodos de tiempo fijos.

- 3) **Fase de desvanecimiento o finalización.** Esta última fase supone que aquellas conductas que se buscaban alcanzar están ya consolidadas y de forma paulatina sustituir las fichas por otros reforzadores generalizados como pueden ser la aprobación, la atención que nos prestan los demás u otros.

Candidatos

- Puede aplicarse tanto individualmente como en grupo, siempre y cuando el grupo al que sea aplicado sea homogéneo y las conductas que se planteen como deseadas sean las mismas (Centro Acadia, 2015).
- Se puede emplear en el hogar, en instituciones escolares y en el ámbito clínico (Joseph, 2008).

Criterios para la implementación del Programa

A la hora de desarrollar un Entrenamiento en Economía de Fichas, se deben tener en cuenta algunas consideraciones, como las descritas por Jurado-López (2009) y Collantes-Peñaherrera (2015):

- Las conductas que se desean conseguir y los reforzadores deben estar bien definidos y pactados antes de comenzar con la aplicación del programa.
- Los objetivos que se establezcan deben ser acordes a la edad del niño. Por ejemplo, en niños muy pequeños es recomendable que no se establezcan objetivos a largo plazo, sino a medio plazo, e incrementar el tiempo a medida que el niño va creciendo.
- Quien vaya a aplicar la técnica debe tener un entrenamiento y capacitación en ella.
- Comprobar que el niño ha entendido la técnica antes de ser aplicada, para lo que se le puede solicitar que la explique.

Capítulo 3

Terapia Cognitiva: Técnica de autoinstrucciones

Bases teóricas de la Terapia Cognitiva y el Entrenamiento en Autoinstrucciones

La Terapia Cognitiva surge en la década de 1960, retomando aquellos fenómenos que habían sido dejados de lado por la psicología conductual. Éstos forma la cognición, y refieren al “conjunto de procesos por medio del cual el sujeto aprehende, procesa, categoriza y construye la realidad”. (Keegan, 2008) A partir de este enfoque, se buscaba promover la enseñanza de técnicas que resulten adecuadas para la resolución de problemas y manejo del autocontrol (Gutiérrez, 2010).

Durante la misma época, surgen autores como Aron Beck y Albert Ellis quienes desde un modelo cognitivo comienzan a pensar en los fenómenos psicopatológicos, ya que observan en sus pacientes procesamientos de la información prototípicos y diferentes a alguien que no presentaba síntomas (Keegan, 2008).

Por su parte, Beck desarrolla la Teoría Cognitiva de la Depresión, en donde explica que la depresión se debe a una alteración cognitiva en los esquemas de pensamiento. Años más tarde, generaliza su teoría a los trastornos de ansiedad (Gonzalez Tuta, Barreto Porez, y Salamanca Camargo, 2017). En su Teoría, Beck afirma que los individuos no responden automáticamente ante una situación, sino que primero perciben, luego clasifican aquello que perciben, lo interpretan, evalúan y a partir de ello le asignan un significado en función de sus creencias o esquemas cognitivos (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2012).

En cuanto a Ellis, desarrolla la Terapia Racional Emotiva Conductual, proponiendo que la conducta y la emoción derivan de la manera en que la persona interpreta un suceso. Para el autor, existen sucesos activadores, que son valorados por creencias, generando así consecuencias emocionales o conductuales (Díaz-Simón, Soto-Hernández y Ortega-Castillo, 2016). De esta manera, desarrolla el modelo ABC, donde se trabaja sobre las creencias irracionales que pueden llegar a obstruir las metas de un sujeto. Se le explica al sujeto con quien se vaya a utilizar el modelo, que A son los acontecimientos activadores refiriendo a un acontecimiento de la vida del sujeto, que B son los pensamientos irracionales que surgen a partir de esos acontecimientos y finalmente que C son las consecuencias ya sean conductuales o emocionales que aparecen a partir de la percepción de esos acontecimientos (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2012).

En esta misma línea de proceder, Ruíz, Díaz y Villalobos (2012) refieren como fuente principal de los orígenes de las autoinstrucciones a Luria. Para Luria, los niños aprenden a emitir o inhibir una conducta o respuesta voluntaria en 3 fases. La primera fase, implica que el lenguaje de los adultos sirve para controlar la conducta o respuesta de los niños, la segunda fase, se convierte en reguladora, el niño produce autoverbalizaciones en voz alta, y en la tercer fase, el niño autorregula su conducta a través de instrucciones subvocales encubiertas.

Pero es Meichenbaum quien, diseña el Entrenamiento en autoinstrucciones en 1969, con el objetivo de modificar el diálogo interno de las personas cuando este supone una interferencia en el desarrollo o ejecución de una tarea (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012).

Descripción del Entrenamiento en Autoinstrucciones

El Entrenamiento en Autoinstrucciones de Meichenbaum en sus inicios se encontraba dirigido a la población de niños agresivos e hiperactivos. Este modelo, considera que el lenguaje tiene la función de ordenar y guiar la conducta, para ello se requiere que el niño comience hablando en voz alta pronunciando ciertas instrucciones dadas por el psicólogo hasta internalizarlas y de esta manera incrementar el autocontrol (Rivera Flores, 2015).

Para Orjales (1999), el aprendizaje en autoinstrucciones consiste en realizar una serie de pasos que sirvan al niño con TDAH como una guía para resolver tareas académicas, cognitivas o problemas sociales.

Casas y Soriano-Ferrer (2010), consideran que el objetivo principal de esta herramienta es potenciar el pensamiento secuencial, el cual consiste en que el niño logre comprender las diferentes situaciones que se puedan presentar en su vida cotidiana y genere estrategias y mediadores para poder resolverlas.

El uso de las autoinstrucciones busca interrumpir la secuencia de pensamientos “incorrectos” que elaboran los niños con TDAH cuando deben buscar la solución a un problema. Con el entrenamiento de esta herramienta se intenta modificar esos pensamientos “incorrectos” por pensamientos “útiles” para poder resolver un problema (Orjales, 2007).

Ruíz, Díaz y Villalobos (2012), consideran a las autoinstrucciones como estrategias metacognitivas, que tienen como fin favorecer la autorregulación de la conducta y la confianza para poder hacerlo.

Funciones

Las principales funciones de las autoinstrucciones según Ruíz et al. (2012) son:

- Focalizar la atención.
- Preparar para hacer uso de las autoinstrucciones, según situación o momento, en el que sean más adecuadas.
- Guiar la conducta.
- Reducir la ansiedad.
- Proporcionar refuerzo y retroalimentación sobre la ejecución.
- Evaluar los resultados de dicha ejecución.

Candidatos

El Entrenamiento en Autoinstrucciones es una técnica recomendable para niños, adolescentes y adultos, cuya aplicación se puede realizar tanto individual como grupalmente; y en distintos ámbitos como son el educativo y el familiar (Ruiz et al., 2012).

Criterios de empleo

Para poder llevar adelante un Entrenamiento en Autoinstrucciones, es necesario realizar un análisis funcional sobre las autoverbalizaciones y conocer cómo el sujeto se enfrenta a los problemas (Casas et al., 2012).

Antes de implementar un Entrenamiento en Autoinstrucciones, se debe evaluar el diálogo que el niño mantiene consigo mismo durante las diferentes tareas. Para ello, se le indica realizar un autorregistro sobre su diálogo interno ante situaciones específicas, con el objetivo de evaluar cuáles son autoinstrucciones del niño consideradas adecuadas o no adecuadas (Ruiz et al., 2012).

Procedimiento

Meichenbaum y Goodman (1976) mencionan la secuencia autoinstruccional que se debería seguir para llevar a cabo las autoverbalizaciones:

- 1) Se define el problema: en el que el niño piensa ¿qué es lo que debe hacer?

- 2) Se planea la estrategia de acción: una vez que el niño sabe lo que tiene que hacer, piensa ¿cómo lo va a hacer?

- 3) Se focaliza la atención en las posibilidades de ejecución: el niño debe estar atento y observar todas las posibilidades para llegar a una solución.
- 4) Se elige una de las posibilidades de respuesta y se la evalúa: el niño elige una respuesta que piensa que es la correcta y evalúa si el resultado de ella ha salido bien o no.
- 5) Se realiza un autorrefuerzo y valoración de posibles alternativas de corrección de errores que se hayan cometido: si el resultado no salió bien, el niño piensa en que es lo que podría haber salido mal repasando todos los pasos, ¿por qué ha fallado?, para no volver a cometer el mismo error.

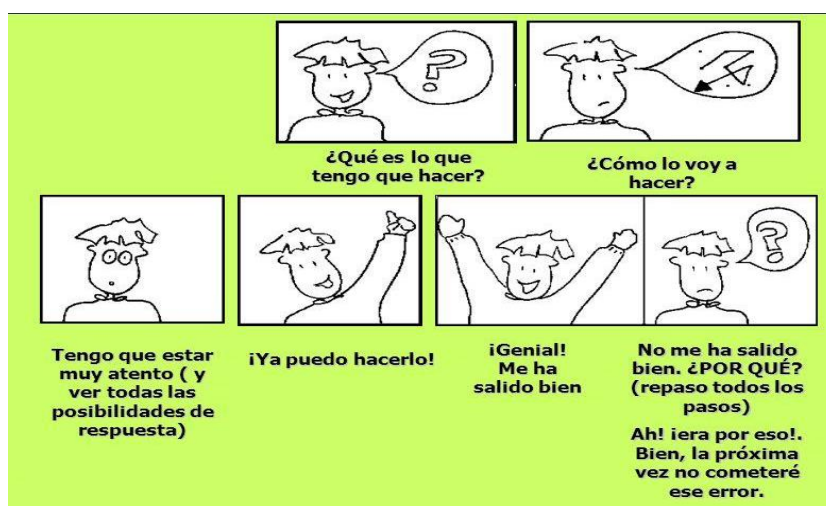


Imagen nº6. Esquema de Autoinstrucciones Adaptado de Meichenbaum (Orjales, 2008).

En su libro, Labrador (2009) expone que Meichenbaum divide el Entrenamiento en Autoinstrucciones en 5 etapas:

- 1) Modelado cognitivo: el terapeuta ejecuta una tarea a la vez que enuncia las instrucciones de cada paso que va haciendo, mientras el niño observa esta tarea.
- 2) Guía externa en voz alta: denominada guía externa manifiesta o en voz alta, quien realiza la actividad es el niño, al mismo tiempo que el terapeuta va diciendo las instrucciones a seguir en voz alta.
- 3) Autoinstrucciones en voz alta: consiste en autoinstrucciones manifiestas, en la cual el niño es quien verbaliza las instrucciones (antes enunciadas por el terapeuta) a la vez que realiza la acción.

- 4) Autoinstrucciones enmascaradas: el niño realiza la tarea sustituyendo las instrucciones en voz alta por murmullos.
- 5) Autoinstrucciones encubiertas: el niño ejecuta la acción ya sin una vocalización, sino con autoinstrucciones internas.

Un ejemplo del empleo de autoinstrucciones puede tener el objetivo de que el niño aprenda a preparar la mochila para ir al colegio:

- ✓ Los tutores del niño miran la agenda y el calendario para ver qué asignaturas tiene al día siguiente, para guardar los cuadernos y libros correspondientes, preparan la cartuchera y el cuaderno de comunicaciones y meten todo en la mochila. A medida que van haciendo cada uno de estos pasos, los tutores, van relatando en voz alta lo que están haciendo mientras que el niño observa.
- ✓ En esta segunda etapa, el niño mira la agenda y el calendario, tomó los cuadernos y libros de las asignaturas que tiene al día siguiente, la cartuchera y el cuaderno de comunicados, y guarda todo en la mochila. En este caso es el niño quien va diciendo en voz alta los pasos que va haciendo para el armado de la mochila.
- ✓ El niño sigue la misma secuencia que en la etapa anterior, revisa la agenda y el calendario, tomando los cuadernos y libros correspondientes, cartuchera y cuaderno de comunicados. La diferencia en esta es que el relato es en forma de murmullo.
- ✓ Por último, la preparación de la mochila se transforma en una tarea que el niño realiza de forma automática y donde las autoverbalizaciones que antes eran externas pasan a ser internas.

Este modelo fue adaptado por Orjales (2007), quien agregó un paso por lo que pasaron de ser 5 etapas a 6 etapas. Sus pasos son los siguientes:

- 1) El niño debe observar y decir todo lo que ve.
- 2) Consiste en que el niño piense qué es lo que tiene que hacer.
- 3) Aparece la pregunta ¿cómo lo va a hacer?
- 4) Pensar cuales son las posibilidades existentes de respuesta o acción.
- 5) Llevar a cabo la acción.
- 6) Si la tarea no ha salido como se esperaba, repasar los pasos que se han seguido y reflexionar sobre qué habrá podido producir ese efecto para volver a intentarlo.

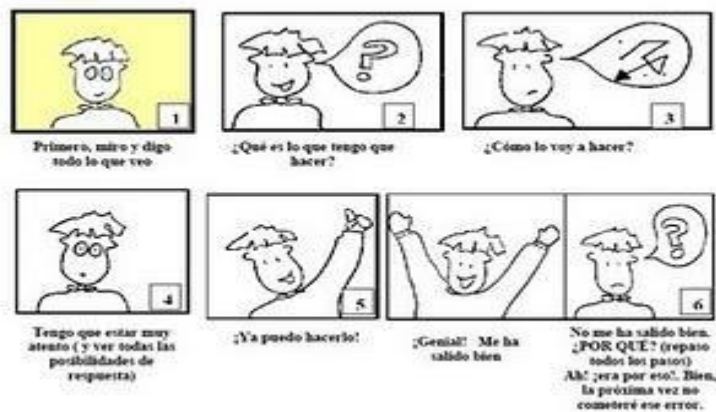


Imagen nº7. Esquema de Autoinstrucciones de Meichenbaum Ampliado por Orjales (Orjales, 2007).

Consideraciones para la aplicación de Autoinstrucciones en niños pequeños

Meichenbaum (1977), expone la necesidad de considerar las siguientes indicaciones, para facilitar el entrenamiento en autoinstrucciones en niños pequeños (como se cita en Ruiz et al., 2012):

- Comenzar el entrenamiento con juegos.
- Trabajar con 2 niños para que se sirvan de modelo.
- Procurar no forzar el ritmo del niño en el entrenamiento.
- Asegurarse de que el niño comprende la utilidad de las autoinstrucciones.
- Realizar un entrenamiento gradual, cuando se trabaje con tareas que generen ansiedad.
- Combinar este entrenamiento en autoinstrucciones con técnicas de reforzamiento.

Capítulo 4

Comparación de ambas técnicas

Investigaciones acerca de la eficacia de la Técnica Economía de Fichas

A lo largo de los años se han desarrollado diferentes investigaciones para comprobar la eficacia tanto de la Terapia Conductual como de la Terapia Cognitivo-Conductual en diferentes trastornos, ¿Pero se han realizado investigaciones sobre sus técnicas de economía de fichas y autoinstrucciones?, ¿Cuál de las dos técnicas podría llegar a ser más adecuada para el tratamiento en TDAH dentro del ámbito educativo?

En el desarrollo del capítulo se irán respondiendo estas preguntas orientadas al ámbito escolar en general y al contexto del aula en general. Se considera importante trabajar con este sector, ya que, como mencionan Amado, Jarque, Signes, Acereda y López (2014): “la figura del maestro es clave para que el proceso de detección, evaluación e intervención se lleve a cabo de una forma rigurosa y efectiva”, esto se debe a que pasan largos períodos de tiempo con los niños y tienen una muestra de pares para comparar (Mateu-Gollart y Sanahuja Ribés, 2020).

Para autores como DuPaul y Stoner (2003), el contexto escolar no sólo es indispensable para el diagnóstico del TDAH en niños, sino también lo es para realizar una intervención que favorezca la disminución de síntomas y desarrolle un progreso académico, personal y social (como se cita en Gil-Flores y Megías-Iglesias, 2017).

Comenzando por la Técnica de Economía de Fichas, encontramos diversos estudios como el de Soler, Herrera, Buitrago y Barón (2009), quienes aplicaron esta técnica con un niño que presentaba comportamientos disruptivos como el no seguir instrucciones, la desorganización, contestar de manera inadecuada y no realizar sus deberes. Con este programa no sólo se logró mejorar el comportamiento del niño, sino que también, se realizaron ajustes en el comportamiento de los familiares y profesores lo que derivó en una mejora en la comunicación del niño con ellos.

Como se ha mencionado en los capítulos anteriores, los niños que padecen de TDAH presentan síntomas de hiperactividad, impulsividad y falta de atención, además de exhibir características como la desorganización, agresividad, baja autoestima y falta de motivación.

Con respecto a la falta de motivación en niños con TDAH, algunos estudios, han demostrado que se atribuye a la dificultad de esperar un estímulo o recompensa que los estimule para realizar una tarea (Scheres, Milham, Knutson y Castellanos, 2007). Si tomamos en cuenta estos estudios, se podría utilizar un programa de Economía de Fichas para aumentar la

motivación de estos niños, ya que es un programa que ofrece recompensas para realizar diferentes tareas.

La aplicación de esta técnica en las instituciones escolares es de gran importancia según Gloria Cava (2013), para lograr una armonía en el aula. Para la autora, es aconsejable comenzar con su aplicación al comienzo del ciclo lectivo para lograr una disminución en la agresividad y comportamientos que no se consideren adecuados dentro del aula.

Aguilar y Navarro (2008), realizaron una intervención mediante economía de fichas en niños con conductas disruptivas en el entorno escolar, como hacer ruido constantemente y agredir verbalmente a sus compañeros y profesores. Como resultado se vio una disminución en estas conductas disruptivas y una mejora en la adaptación escolar.

Otros estudios, han demostrado que el Programa de Economía de Fichas produce mejoras en diferentes esferas como son la conducta adaptativa de los niños y las evaluaciones de los profesores con respecto al autocontrol, las habilidades sociales, la atención y la agresividad (Casas y Soriano, 2010).

En consecuencia, podemos considerar que el objetivo de la economía de fichas en el contexto escolar es favorecer las competencias académicas y potenciar el uso de los recursos educativos.

Por otro lado, autores como Vaughan, March y Kratochvil (2012), concluyen -a partir de sus investigaciones- que un plan de intervención eficaz para niños que padecen de TDAH debe incluir, una formación de los padres con respecto al cuadro que presentan sus hijos y cómo actuar frente a ello, terapias de modificación de conducta, una educación en habilidades sociales y una participación de la institución escolar. Todo eso, ofrece un beneficio para la mejora de los síntomas del TDAH, pero consideran que la efectividad de la Terapia Conductual, sin estas herramientas mencionadas, es limitada si se presenta como única terapia en casos donde los síntomas son severos.

Ahora bien, teniendo en cuenta las investigaciones y estudios mencionados, ¿En qué variables del TDAH demuestra ser eficaz la Técnica de Economía de Fichas dentro del ámbito académico?

Los estudios han demostrado que es una técnica eficaz a la hora de trabajar dentro del aula con niños que presentan TDAH. La Economía de Fichas, se puede considerar como una herramienta que conlleva una disminución de la agresividad de los niños con TDAH y una modificación de su comportamiento dentro del aula. Esto conduce a una adaptación escolar, no solo en lo que respecta a poder seguir el currículum académico, sino también a no ser excluido por su grupo de pares y mantenerse en él. Al mismo tiempo, se motiva constantemente al niño a

lograr conductas deseadas, conductas consideradas positivas para afrontar las diferentes situaciones que se puedan presentar a lo largo de su vida. Como se ha mencionado anteriormente, esa motivación va a depender de las recompensas que se ofrezcan al niño para llevar adelante la conducta que se desea conseguir.

Investigaciones acerca de la eficacia de la Técnica de Autoinstrucciones

En cuanto a la Técnica de autoinstrucciones, se han realizado tratamientos que la incluyen como técnica principal. Estos tratamientos, han demostrado ser efectivos según Correa-Franco (2018) en personas con TDAH, reduciendo la impulsividad, mejorando las habilidades sociales, aumentando la capacidad de concentración y planificación, e incrementando el rendimiento académico.

Rivera Flores (2015) llevó a cabo un estudio con 10 niños diagnosticados con TDAH, cuyo objetivo era determinar si el aprendizaje en Autoinstrucciones de Meichenbaum y la adaptación realizada por Orjales, lograba disminuir la impulsividad a la hora de tener que resolver tareas que requerían de un esfuerzo cognitivo. Los resultados mostraron una disminución altamente significativa de la impulsividad luego de aplicar el entrenamiento autoinstruccional.

Estudios como el de Miranda y Presentación (2014), han demostrado que una intervención cognitivo-conductual dirigida a la reducción de los problemas conductuales, a una mejora en el rendimiento académico y a una incrementación en la adaptación social de estos niños, resulta eficaz. Su estudio fue dirigido a treinta y dos niños con TDAH, presentando o no manifestaciones de agresividad, siguiendo un programa que incluía un entrenamiento en autoinstrucciones y solución de problemas. Como resultado, se observó que las valoraciones de los padres y profesores identifican una mejora significativa en el comportamiento de los niños, con una diferencia en aquellos que presentaban agresividad, siendo menor el porcentaje que demostraron un cambio conductual.

Intervenciones como la llevada a cabo por Presentación-Herrero, Siegenthaler-Hierro, Pilar Jara Jiménez y Casas (2010), no sólo buscaban mejorar la sintomatología y el rendimiento académico, sino que se plantearon como objetivo demostrar que un tratamiento cognitivo-conductual mantendría dichos efectos en los niños con TDAH luego de un año de haber finalizado la intervención. Se implementó en 27 niños de 7 a 10 años con TDAH, durante 16 sesiones de 45 minutos, utilizando como técnica central las autoinstrucciones con el fin de potenciar el control inhibitorio, combinándolos con técnicas de resolución de problemas, habilidades sociales y control de la ira. Al finalizar la intervención, los niños mostraron mejoras significativas en el rendimiento académico y en la adaptación emocional y social, disminuyendo de esta forma la

ansiedad y la conducta agresiva. Luego de un año, se realizó un control, donde se demostró que todos los cambios producidos en los niños con TDAH al finalizar la intervención, se mantuvieron luego de un año de su aplicación.

De acuerdo a los estudios de autoinstrucciones descriptos, ¿En que variables del TDAH en niños ha demostrado ser eficaz dicha técnica?

Se observa que las Autoinstrucciones logran una reducción de la impulsividad, las conductas problemáticas y una adaptación emocional del niño dentro del aula. Por lo tanto, es una técnica que demuestra ser eficaz para trabajar en el ámbito académico, mejorando, de esta forma, la concentración, planificación, rendimiento académico y habilidades sociales del niño.

Comparación de ambas técnicas

A lo largo de los capítulos se ha visto que, tanto la Técnica de Economía de Fichas como la técnica de Autoinstrucciones, requieren de poco tiempo para su aplicación. Ambas dedican una breve explicación para que el niño pueda comprender cómo se van a emplear y sus instrucciones. Además, una vez que el niño interioriza las estrategias necesarias para que se lleven a cabo estas técnicas, las desarrolla sistemáticamente, sin consumir tiempo de la currícula.

Por lo tanto, encontramos que ambas técnicas comparten algunas ventajas, según Collantes-Peñaherrera (2015):

- Son de fácil manejo en cualquier ámbito, ya sea en la escuela, hospital o en el hogar.
- Hay una participación activa del niño y profesores.
- Permiten modificar y autorregular un conjunto de conductas.

A su vez, al trabajar con diferentes variables, como es el caso de la Técnica de Economía de Fichas, donde se busca motivar al niño y aumentar la autoestima, Collantes-Peñaherrera (2015), plantea las ventajas que se presentan a continuación:

- Es flexible, ya que se ajusta a cualquier objetivo.
- Hay un control muy amplio de contingencias.

En cambio, la Técnica de Autoinstrucciones que apunta a generar un cambio cognitivo, y se enfoca en variables como la agresividad, presenta según Teresa Escalonilla (2020), ventajas como las siguientes:

- Aumenta la autoconfianza.

- Disminuye sentimientos negativos.

En cuanto a desventajas, se observa que la Economía de Fichas debe mantener un suministro de material de cambio constante, mientras que las Autoinstrucciones no necesitan de ningún material para su aplicación. Así mismo, existe la posibilidad de obtener refuerzos fuera del programa de Economía de Fichas implementado por la escuela, obstáculo que en el entrenamiento de Autoinstrucciones no se presenta al no tener reforzadores.

Otra desventaja de la Economía de Fichas es que los niños pueden verse desmotivados, si las puntuaciones para obtener los refuerzos son muy altas y no logran llegar a ellos, mientras que en la Técnica de Autoinstrucciones no se reflejan evidencias referidas a la motivación.

Por otra parte, la Técnica de Autoinstrucciones podría presentar como una desventaja, la posibilidad de generar comportamientos rígidos en el niño en un futuro, no encontrando muestras de ello en la implementación de la Técnica de Economía de Fichas.

Por último, una desventaja que tienen en común ambas técnicas, es la necesidad de un entrenamiento y observación constante para que sea objetivo el registro de las conductas.

Sugerencias a los profesores

Estos deben conocer la sintomatología del trastorno y contar con un entrenamiento en las técnicas de Economía de Fichas y Autoinstrucciones, para poder desarrollarlas dentro del aula.

Se pueden hacer adaptaciones físicas y organizativas dentro del aula, no solo para disminuir las distracciones que se puedan presentar ante los niños con TDAH, sino además para poder aplicar las técnicas. Estas adaptaciones podrían ser las siguientes:

- Situar al niño en el frente para tener un contacto visual.
- Establecer de normas dentro del aula. Colgando un afiche en una pared del aula con estas normas.
- Las autoinstrucciones pueden ir acompañadas de imágenes que ayuden al niño a seguir las instrucciones.
- Fomentar el uso de agenda para una mayor organización de tareas, exámenes u otras metas.
- Mostrar una actitud paciente y flexible frente al niño.
- Elogiar las conductas deseadas.

- Dar tareas al niño que le permitan estar en movimiento, como por ejemplo, anotar la consiga de la tarea que se debe realizar en el pizarrón.
- Realizar informes o llevar una planilla con los avances del niño, ya que esto permite hacer un seguimiento de aquellas conductas que se deban seguir trabajando y fortalecer.

Conclusiones

El TDAH es un trastorno que ha demostrado tener una gran prevalencia en niños, presentando síntomas como la falta de atención, hiperactividad e impulsividad. Acompañando estos síntomas, en muchos casos, aparecen la baja autoestima, falta de motivación y agresividad, afectando el rendimiento académico y las relaciones dentro de su entorno familiar, social y escolar.

Distintas intervenciones han demostrado ser eficaces en su tratamiento, siendo la psicológica, aquella que nos facilita algunas técnicas y distintos enfoques para abordar esta problemática que tanto afecta a los niños. La Terapia Conductual y la Cognitivo Conductual con sus Técnicas de Economía de Fichas y Autoinstrucciones respectivamente, aplicadas al ámbito escolar, nos permiten elaborar un programa de intervención con niños con TDAH.

Las investigaciones expuestas, han demostrado que tanto la Técnica de Economía de Fichas como la Técnica de Autoinstrucciones, son ambas eficaces en la mejora de la sintomatología del TDAH y en la adaptación del niño en el ámbito escolar. La Técnica de Economía de Fichas permite que conductas no deseadas o que impiden la adaptación del niño en los diferentes ámbitos, vayan desapareciendo a medida que se van reforzando las conductas deseadas. Y la Técnica de Autoinstrucciones, colabora en la autorregulación y autoevaluación del comportamiento.

Mas, resultando ambas técnicas eficaces a la hora de trabajar con variables como la impulsividad, agresividad y motivación, no se han evidenciado estudios que respondan sobre la eficacia de estas técnicas con respecto a la autoestima.

Por lo tanto, podemos decir que ambas técnicas han demostrado ser eficaces respecto a la situación áulica del niño, pero ¿Existe alguna con mayor eficacia?

La Técnica de Economía de Fichas ha demostrado ser eficaz a la hora de trabajar la motivación, la agresividad y conductas disruptivas, mientras que la Técnica de Autoinstrucciones ha demostrado ser eficaz, evidenciando una reducción en la impulsividad, ansiedad, problemas conductuales y logrando una adaptación emocional.

Entendiendo que no existe una técnica con mayor eficacia que la otra, podemos decir que, al trabajar con variables diferentes, podrían complementarse para lograr una intervención que conduzca a una disminución de la sintomatología, a un buen rendimiento académico, a la inserción en su grupo de pares y a una mayor comunicación con sus cuidadores y profesores.

De esta manera, nos podemos preguntar: ¿Las técnicas conductuales y las cognitivas, deben pensarse en forma excluyente o exclusiva?

La respuesta es no, ninguna de las dos técnicas se puede pensar en forma excluyente o exclusiva. Como se pudo observar, ambas técnicas trabajan sobre diferentes variables y con pautas y procedimientos diferentes. Sin embargo, ambas apuntan a controlar la sintomatología del TDAH, modificar comportamientos considerados problemáticos, mejorar el rendimiento académico y las relaciones interpersonales.

Por último, es importante que la escuela pueda tener en cuenta la participación de las familias a la hora de elaborar un programa de intervención, las características de los niños y su contexto, y los docentes una formación específica respecto de este síndrome, pues estas técnicas sirven como herramientas para continuar trabajando en el hogar complementándose con los objetivos propuestos en la comunidad escolar. El éxito de una intervención incluye programas complementarios que puedan ser adaptados a las técnicas propuestas en el presente trabajo.

Bibliografía

- Abad-Mas, L., Ruiz-Andrés, R., MorenoMadrid, F., Herrero, R., Suay, E. (2013) Intervención psicopedagógica en el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad. En *Revista de Neurología*, 57 (1), 193-203. Recuperado de <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2013/10/Intervenci%C3%83%C2%B3n-psicopedag%C3%83%C2%B3gica-en-TDAH.pdf>
- Aguilar, C., Navarro, J. I. (2008). Análisis funcional e intervención con economía de fichas y contrato de contingencias en tres casos de conductas disruptivas en el entorno escolar. En *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(1), 133-139.
- Alberdi-Páramo, I y Pelaz-Antolín, A. (2019). Emocionalidad y temperamento en el trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad. En *Revista de Neurología*, 69(08), 337-341.
- Almendo-Marín, M., Erdocia-Remacha, A., Díaz de Neira-Hernando, M. y Jiménez-Cabre, G. (2018). *Psicoterapias (5ta ed.)*. Madrid: CEDE.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and stational manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric.
- Barkley,R. A., Fischer, M. (2011). Predicting impairment in major life activities and occupational functioning in hyperactive children as adults: self-reported executive function (EF) deficits versus EF tests. En *Neuropsychol*, 36(2), 137-61.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Descleé de Brower.
- Booster, G. D., Dupaul, G. J., Eiraldi, R., Power, T. J. (2012). Functional impairments in children with ADHD: unique effects of age and comorbid status. En *J Atten Disord*, 16(3):179-189. doi:10.1177/1087054710383239
- Brickenkamp, R (2012). *D2, Test de Atención*. Madrid: TEA ediciones.
- Carboni, A. (2011). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(3), 95-131. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475847405007>
- Casas, A. M y Soriano Ferrer, M. (2010). Tratamientos Psicosociales Eficaces para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. En *Información psicológica*, 100, 100-114.

- Cava, G. (2 de diciembre de 2013). Modificación de conducta en la escuela. *Máster de Resolución de Conflictos en el Aula*. <https://online.ucv.es/resolucion/modificacion-de-conducta-en-la-escuela-economia-de-fichas-por-gloria-cava/>
- Collantes-Peñaherrera, M. A. (2015). *Eficacia de la Economía de Fichas de Ayllon y Azrin, en la modificación de conducta como Técnica Psicoterapéutica en niños con Trastorno Hiperactivo*. (Trabajo de grado). Universidad Central del Ecuador, Perú, Ecuador.
- Correa Franco, S. (2018). *Alcances y nivel de efectividad en tratamientos para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Revisión de literatura*. (Tesis de grado). Universidad EAFIT, Medellín, Colombia.
- Cubero Venegas, C. M. (2006). Los trastornos de la atención con o sin hiperactividad: una mirada teórica desde lo pedagógico. En *Revista Electrónica "Actualidades investigativas en educación"*, 6(1), 0. [Fecha de Consulta 29 de Septiembre de 2020]. ISSN: Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=447/44760113>
- Delgado-Mejía, I. D., Rubiales, J., Etchepareborda, M. C., Bakker, L. y Zuluaga, J. B. (2012). Intervención Multimodal del tdah: El papel coterapéutico de la familia. En *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXI(1), 45-51.
- Del Río, J. E. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). En *Cuadernos del Tomás*, (6), 117-130.
- Díaz-Simón, N., Soto-Hernández, H. y Ortega-Castillo, G. (2016). Terapias Cognitivas y Psicología Basada en la Evidencia. Su especificidad en el mundo infantil. En *Revista electrónica de estudiantes Escuela de Psicología*, 11(1), 19-38.
- Escalonilla, T. (7 de octubre de 2020). *El efecto de las autoinstrucciones*. PSIKIDS. <https://psikids.es/el-efecto-de-las-autoinstrucciones/>
- Estévez-Estévez, B. y León-Guerrero, M. J. (2015). Inclusión educativa del alumnado con TDAH. Estrategias didácticas generales y organizativas de aula. En *Revista nacional e internacional de educación inclusiva*, 8(3), 89-106.
- Fenollar Iváñez, F., Gómez Sánchez, J. A., y Muñoz Ruiz, A. (2015). Tratamiento no farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y su abordaje en el entorno escolar. En *Revista Española de Psiquiatría*, 71(2), 90-97.
- Gil-Flores, J y Megías-Iglesias, A. (2017). Conocimientos sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en futuros profesionales del ámbito escolar. En *Bordón Revista de Pedagogía*, 69(3), 145-159.

- Giraldo, K. P., & Holguín, M. J. A. (2017). La autoestima, proceso humano. En *Revista Electrónica Psyconex*, 9(14), 1-9.
- Gómez-Díaz, I. C., Morán-Alvarado, V., Pereda-Moral, M. y Pazos-Moreno, E. (2013). TDAH y su relación con la motivación en el contexto educativo. En *Reidocrea*, 2(12), 100-105.
- Gonzalez Tuta, D. F., Barreto Porez, A. P., y Salamanca Camargo, Y. (2017). Terapia cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología [investigación documental]. En *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10(2), 201-207.
- Guerrero-Tomas, Martín-Palacio, Di Giusto-Valle, De la Fuente-Anuncibay y González-Uriel, (2017). La personalidad eficaz en adolescentes diagnosticados de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): diferencias de género. En *Revista de Orientación Educativa*, 31(59),38-52.
- Gutiérrez, M. (2010) Estudio comparativo del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia: Análisis de variables psicoeducativas. disponible en <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/6642/1/18971829.pdf>
- Heidbreder, E. (1985). *Psicologías del siglo XX*. México: Paidós.
- Hernández Martínez, M., Pastor Hernández, N., Pastor Durán, X., Boix Lluch, C., & Sans Fitó, A. (2017). Quality of life in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). En *Pediatría Atención Primaria*, 19(73), 31-39. Recuperado en 18 de agosto de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000100005&lng=es&tlng=en.
- Hilario Vicario, M.I., Sánchez Santos, L. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Manifestaciones clínicas y evolución. Diagnóstico desde la evidencia científica. En *Revista Pediatría Integral*. 18(9), 1-15.
- Joseph, G. (2008). *Modificación de conducta*. Madrid: Pearson educación, S.A.
- Jurado López, R.L. (2009). Técnicas para la disminución y/o restauración de conductas. En *Revista de Innovación y Experiencias Educativas*, 16.
- Keegan, E. (2008). *Escritos de Psicoterapia Cognitiva*. Buenos Aires: Eudeba.
- Labrador, F. J. (2009). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.

- Loro-López, M., Quintero, J., García-Campos, N., Jiménez-Gómez, B., Pando, F., Varela-Casal, P., Campos, J. A., Correas-Lauffer, J. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. En *Revista de neurología*, 49(5), 257-264.
- Marina, J. A. (2011). Brújula para educadores: El niño agresivo. En *Revista de Pediatría Integral*, XV(4), 374-378.
- Martin, G y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Pearson Educación.
- Mateu-Gollart, L., Sanahuja Ribés, A. (2020). Evaluación e intervención en TDAH y TND: Un caso abordado en el contexto escolar. En *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(1), 52-58.
- Meichenbaum, D. y Goodman, J. (1971). Impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. En *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126.
- Mena-Pujol, B., Nicolau-Palou, R., Salat-Foix, L., Tort-Almeida, P., y Romero-Roca, B. (2006). *Guía Práctica para educadores: El alumno con TDAH*. Madrid: Mayo Ediciones.
- Miranda, A., Meliá, A., Presentación, M. J., Fernández, M. I. (2009). Estudiantes con TDAH y dificultades de aprendizaje, ¿tienen mayor riesgo de experimentar problemas motivacionales? En *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1) 577-584.
- Miranda, A y Presentación, M. J. (2014) Efectos de un tratamiento cognitivo-conductual en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, agresivos y no agresivos. Cambio clínicamente significativo. En *Infancia y Aprendizaje*, 23(92), 51-70. DOI: 10.1174/021037000760087775
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Orjales Villar, I. (1999). *Déficit de Atención con Hiperactividad. "Manual para padres y educadores"*. Madrid: CEPE.
- Orjales Villar, I. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones. En *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 19-30.

- Orjales Villar, I. (2012). *TDAH Elegir colegio, afrontar los deberes y prevenir el fracaso escolar*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Orrego Bravo, J. (2012). *Coaching para jóvenes y adultos con Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*. Madrid: Createspace Independent Publishing Platform.
- Pelayo Terán, J., Trabajo Vega, P. y Zapico Merayo, Y. (2012). Aspectos históricos y evolución del concepto de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Mitos y realidades. En *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 11(1), 7-35.
- Pellón, R. (2013). Watson, Skinner y algunas disputas dentro del conductismo. En *Revista Colombiana de Psicología*, 22(2), 389-399.
- Polanczyk, G., de Lima, S. M., Lessa Horta, B., Biederman, J., y Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. En *American Journal of Psychiatry*, 164, 942-948.
- Presentación, M.J., Siegenthaler, R., Jara, P. y Miranda, A. (2010). Seguimiento de los efectos de una intervención psicosocial sobre la adaptación académica, emocional y social de niños con TDAH. *Psicothema* (4), 778-783.
- Quintero, J. Loro, M., Jiménez, B y García-Campos, M. (2011). Aspectos evolutivos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): de los factores de riesgo al impacto socioacadémico y a la comorbilidad. En *Revista Argentina de Psiquiatría*, XXII, 101-108.
- Ramos-Galarza, C. (2016). La cara oculta del tdah. En *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 6(1), 226-253.
- Riaño-Hernández, D., Riquelme, A. G., Buela-Casal, G. (2015). Conceptualización y evaluación de la impulsividad en adolescentes: una revisión sistemática. En *Universitas Psychologica*, 14(3), 1077-1090. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-3.ceia>
- Rivera Flores, G. W. (2015). Entrenamiento cognitivo autoinstruccional para reducir el estilo cognitivo impulsivo en niños con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. En *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 13(1), 27-46. <http://dx.doi.org/10.14204/ejrep.35.13051>
- Robledo-Ramón, P., García-Sánchez, J. N. (2014). Contexto familiar del alumnado con dificultades de aprendizaje o TDAH, percepciones de padres e hijos. En *Estudios sobre educación*, 26, 149-173.

- Rodríguez-Hernández, P. J., Betancort-Montesinos, M., Peñate-Castro, W. (2020). Progresión de los síntomas en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en tratamiento con metilfenidato. En *Medicina*, 80 (II), 72-75. Recuperado de <http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/32150718.pdf>
- Rodríguez-Jiménez, S. y Solano-Villanueva, K. A. (2009). *Consecuencias familiares y escolares en los hogares de 12 niños/as diagnosticados con TDAH de la corporación HIDEA* (Tesis de grado). Corporación Universitaria Minuto de Dios, Bogotá, Colombia.
- Rodríguez-Salinas Pérez, E., Navas-García, M., González-Rodríguez, P., Fominaya-Gutiérrez, S., y Duelo-Marcos, M. (2006). La escuela y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH). En *Revista Pediatría de Atención Primaria*, VIII (4), 175-198.
- Rubio Zarzuela, E. (2015). Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la escuela. En Aires González, M.M., Herrero Remuzgo, S., Padilla Muñoz, E.M., Rubio Zarzuela, E. M. *Psicopatología en el contexto escolar*. (pp. 95-114). Madrid: Pirámide.
- Rubio, C. A. (2017). ¿Magia y TDAH? En *Journal of Parents and Teachers*, (370), 50-54.
- Ruíz, M. A., Díaz, M. I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Russo, D., Arteaga, F., Rubiales, J. y Bakker, L. (2015). Competencia social y status sociométrico escolar en niños y niñas con TDAH. En *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 1081-1091.
- Saiz-Fernández, L. C. (2018). Psicoestimulantes para el TDAH: análisis integral para una medicina basada en la prudencia. En *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 301-330.
- Scheres, A., Milham, M. P., Knutson, B., & Castellanos, F. X. (2007). Ventral striatal hyporesponsiveness during reward anticipation in attention-deficit/hyperactivity disorder. En *Biological psychiatry*, 61(5), 720-724.
- Torres Molina, A., y Prego Beltrán, C. (2013). Trastorno por déficit de atención y síndrome de apnea obstructiva del sueño en la edad pediátrica. En *Medisur*, 11(1), 61-68.
- Vaquerizo-Madrid, J. (2005). Hiperactividad en el niño preescolar: descripción clínica. En *Revista de Neurología*, 40 (1), S25-S32. Recuperado de <http://files.psicodesarrollo.webnode.es/200000082-2c9742cefb/TDAH%20em%20pre-escolares.pdf>

Vaughan, B., March, J., Kratochvil, J. (2012). The evidence-based pharmacological treatment of paediatric ADHD. En *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 15, 27-39.

Young, S., Fitzgerald, M., & Postma, M. J. (2013). TDAH: hacer visible lo invisible. *Libro Blanco sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): propuestas políticas para abordar el impacto social, el coste y los resultados a largo plazo en apoyo a los afectados.*