

Desarrollo de la autonomía personal en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Autora: Alba Vila Paz

Tesis doctoral UDC / 2021

Directores: Prof. Dr. Sergio Santos del Riego
Prof.^a Dra. Pilar García de la Torre

**Programa Oficial de Doctorado en Desarrollo Psicológico,
Aprendizaje y Salud**



Informe de los directores de la tesis doctoral

El Dr. Sergio Eduardo Santos del Riego, Catedrático de Escuela Universitaria, Área de Radiología y Medicina Física, Departamento de Fisioterapia, Medicina y Ciencias Biomédicas, Universidade da Coruña, en calidad de director, y la Dra. María Pilar García de la Torre, Profesora Titular de Universidad, Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Departamento de Psicología, Universidade da Coruña, en calidad de directora,

Certifican:

Que Dña. Alba Vila Paz, graduada en Terapia Ocupacional, ha realizado el trabajo titulado **“Desarrollo de la autonomía personal en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad”**.

Que este trabajo reúne los requisitos teóricos, metodológicos y de rigor científico para ser defendido públicamente como Tesis Doctoral ante el Tribunal correspondiente de la Universidade da Coruña y optar al grado de Doctor.

Y para que conste a los efectos oportunos, firman el presente certificado en A Coruña, 2021.

Dr. Sergio Eduardo Santos del Riego

Dra. María Pilar García de la Torre

**Desarrollo de la autonomía personal en niños con Trastorno por Déficit de
Atención e Hiperactividad**

Tesis presentada para optar al grado de Doctor por
la Universidade da Coruña

Fdo.: Alba Vila Paz

"Dime y lo olvido, enséñame y lo recuerdo, involúcrame y lo aprendo"

Benjamín Franklin

*"El hombre utilizando sus manos que están bajo el control de la mente y la voluntad,
puede influir en el estado de su propia salud. La ocupación es un medio natural para
restablecer funciones"*

Mary Reilly

Agradecimientos

La finalización de una Tesis Doctoral indica el culmen de la etapa académica como estudiante universitaria. Supone un proceso de mucho esfuerzo y que requiere el apoyo y asesoramiento de profesionales y seres queridos. Por ello, quiero aprovechar esta oportunidad para agradecer a todas las personas que colaboraron en esta tesis en algún momento desde el inicio hasta el día de hoy.

Deseo expresar mi gratitud especial y sincera al Dr. Sergio Santos del Riego, por su mentoría y estímulo constantes desde mucho antes de tan siquiera imaginar el desarrollo de esta tesis. Por todo esto, y mucho más, gracias. También me gustaría agradecer a la Dra. Pilar García de la Torre el asesoramiento, consejos y orientación ofrecidos durante este estudio.

Esta investigación se ha desarrollado por el soporte de la institución ANHIDACORUÑA, por lo que agradezco a la junta directiva, a las familias y a los profesionales que me hayan permitido hacer esta labor de investigación e iniciar una etapa como terapeuta ocupacional en un ámbito todavía a explorar para esta disciplina.

Quisiera expresar mi reconocimiento a Dña. Pilar Castiñeira Chamorro por todos los consejos y apoyo en estos años. Los logros comienzan cuando alguien decide darte una oportunidad. Gracias.

Gracias en especial, a todos los participantes y a sus familias por su valiosa colaboración que hizo posible esta investigación. De manera muy generosa y altruista quisieron compartir conmigo su tiempo y experiencias con el TDAH en la vida diaria y mostraron un interés excepcional por la Terapia Ocupacional. Me han enseñado mucho y tengo presentes a todos y a cada uno de los niños que me han hecho disfrutar de mi faceta profesional en ANHIDACORUÑA.

A mis seres queridos, por estar, apoyar y confiar, que lo son todo. En concreto a mis padres, Manola y José, y a mi hermana Cristina, que me han infundido el valor de la familia y la importancia de crecer y superarse.

A Coruña, en abril de 2021

Resumen

Introducción: El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es una patología neuropsiquiátrica que produce una alteración en las acciones cotidianas de la persona y de su entorno inmediato, y cuya sintomatología repercute negativamente en el desempeño ocupacional diario. Se hace una revisión de la literatura científica sobre la autonomía personal y percepción del desempeño ocupacional de niños y niñas con TDAH y de la calidad de vida de los progenitores. La ausencia de intervenciones e investigaciones desde el fundamento de la Terapia Ocupacional justifica la necesidad de estudiar este trastorno y la relación con estas variables.

Objetivos: En esta investigación se ha elaborado y desarrollado un tratamiento cognitivo-conductual que se aborda desde Terapia Ocupacional para tratar el desempeño de las actividades de la vida diaria de autocuidado e instrumentales, mejorar el grado de autonomía de menores con TDAH, así como observar los resultados en la calidad de vida de los padres.

Material y métodos: Se realizó un estudio longitudinal cuasiexperimental de seis semanas de duración con una muestra de 36 niños y niñas con TDAH y con sus progenitores. Para ello se diseñó un tratamiento cognitivo-conductual con un fundamento ocupacional. Las herramientas de evaluación aplicadas fueron el Cuestionario para la evaluación de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación en niños con TDAH (CLARP), Autoevaluación ocupacional (COSA) y el Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud *Short Form-36* (SF-36).

Resultados: Se produjo una mejora significativa en la autonomía personal e independencia funcional tras la intervención ($p < 0,001$) y en el seguimiento a los 6 meses ($p = 0,001$). El análisis de los resultados mostró además los beneficios del programa en la percepción del desempeño ocupacional. Se observó también un aumento de la calidad de vida de los progenitores al finalizar la intervención ($p < 0,001$) que se mantenía en el seguimiento posterior ($p = 0,012$).

Conclusiones: El tratamiento cognitivo-conductual aplicado desde Terapia Ocupacional mejoró significativamente el nivel de autonomía de los menores con TDAH y la calidad de vida de los padres. Los efectos positivos del programa realizado se mantienen a largo plazo.

Palabras clave: Autonomía personal, tratamiento cognitivo-conductual, calidad de vida, TDAH, Terapia Ocupacional.

Resumo

Introdución: O Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividade (TDAH) é unha patoloxía neuropsiquiátrica que produce unha alteración nas accións cotiás da persoa e da súa contorna inmediata, e cuxa sintomatoloxía repercute negativamente no desempeño ocupacional diario. Faise unha revisión da literatura científica sobre a autonomía persoal e percepción do desempeño ocupacional de menos e nenas con TDAH e de calidade de vida dos proxenitores. A ausencia de intervencións e investigacións desde o fundamento da Terapia Ocupacional xustifica a necesidade de estudar este trastorno e a relación con estas variables.

Obxectivos: Nesta investigación elaborouse e desenvolveuse un tratamento cognitivo-conductual desde a Terapia Ocupacional para tratar o desempeño das actividades da vida diaria de autocoidado e instrumentais, mellorar o grao de autonomía de menores con TDAH, así como observar os resultados na calidade de vida dos pais.

Material e métodos: Realizouse un estudo lonxitudinal cuasiexperimental de seis semanas de duración cunha mostra de 36 nenos e nenas con TDAH e cos seus proxenitores. Para iso deseñouse un tratamento cognitivo-conductual cun fundamento ocupacional. As ferramentas de avaliación aplicadas foron o Cuestionario para a avaliación de limitacións na actividade e restricións na participación en nenos con TDAH (CLARP), a Autoavaliación ocupacional (COSA) e o Cuestionario de calidade de vida relacionada cá saúde *Short Form-36* (SF-36).

Resultados: Produciuse unha mellora significativa na autonomía persoal e independencia funcional tras a intervención ($p < 0,001$) e no seguimento aos 6 meses ($p = 0,001$). A análise dos resultados mostrou ademais os beneficios do programa na percepción do desempeño ocupacional. Observouse tamén un aumento da calidade de vida dos proxenitores ao finalizar a intervención ($p < 0,001$) que se mantiña no seguimento posterior ($p = 0,012$).

Conclusións: O tratamento cognitivo-conductual aplicado desde a Terapia Ocupacional mellorou significativamente o nivel de autonomía dos menores con TDAH e a calidade de vida dos pais. Os efectos positivos do programa realizado mantéñense a longo prazo.

Palabras chave: Autonomía persoal, tratamento cognitivo-conductual, calidade de vida, TDAH, Terapia Ocupacional.

Abstract

Introduction: The Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neuropsychiatric pathology that causes an alteration in the child's everyday actions and their immediate environment, and whose symptomatology has negative repercussions on daily occupational performance. Here a scientific literature review is done about the personal autonomy and occupational perception of children with ADHD, as well as the quality of life of the progenitors. Nevertheless, the absence of interventions and investigations based on Occupational Therapy principles justifies the need to study this disorder and its relation to these variables.

Objectives: In this investigation it has been developed a cognitive-conductual treatment from Occupational Therapy in order to treat the occupational performance in selfcare and instrumental activities of daily living, improve the autonomy degree of children with ADHD and also observe the results in parents' quality of life.

Materials and methods: A six-week quasi-experimental longitudinal study was conducted with a sample of 36 children with ADHD and with their parents. A cognitive-conductual treatment was designed with an occupational foundation. The assessment tools applied were the Questionnaire for evaluating activity limitations and participation restrictions in children with ADHD (CLARP), the Spanish Child Occupational Self-Assessment (COSA) and the Short-Form 36-Item Questionnaire to Measure Health-Related Quality of Life (SF-36).

Results: There was a significant improvement in personal autonomy and functional independence after the intervention ($p < 0,001$) and in the 6-month follow-up ($p = 0,001$). The analysis of the results also showed the benefits of the programme regarding the occupational performance's perception. An increase in the progenitor's quality of life was also observed at the end of the intervention ($p < 0,001$), which was maintained in the subsequent follow-up ($p = 0,012$).

Conclusions: The cognitive-conductual treatment developed from Occupational Therapy improved significantly the autonomy degree of children with ADHD and the quality of life of their parents. The positive effects of the programme that was carried out remain in the long term.

Key words: Personal autonomy, cognitive-conductual treatment, quality of life, ADHD, Occupational Therapy.

Índice

1. Introducción.....	23
1.1. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.....	23
1.1.1. Perspectiva histórica y marco conceptual	24
1.1.2. Etiología	29
1.1.3. Características clínicas y comorbilidad	35
1.1.4. Epidemiología.....	39
1.1.5. Diagnóstico, pronóstico y herramientas de valoración	42
1.1.6. Tratamiento y métodos de intervención.....	57
1.2. Autonomía personal en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia.....	96
1.3. La calidad de vida en padres de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.....	108
1.4. Justificación.....	121
2. Objetivos.....	127
3. Hipótesis.....	129
4. Metodología.....	131
4.1. Tipo de estudio.....	131
4.2. Periodo de estudio.....	131
4.3. Ámbito y muestra de estudio.....	132
Criterios de inclusión y de exclusión	133
4.4. Selección y características de la muestra.....	133
4.5. Procedimiento.....	135
4.6. Descripción de la intervención.....	138
4.7. Variables de estudio.....	140
4.8. Instrumentos para la recogida de información.....	141
4.9. Aspectos éticos y legales.....	142
4.10. Análisis estadístico.....	145
5. Resultados.....	148
5.1. Características sociodemográficas de los grupos objeto de estudio.....	148
5.2. Cálculo de normalidad y de homogeneidad de varianza.....	151
5.3. Efectos de la intervención en nivel de autonomía.....	152

5.3.1.	<i>Relación entre nivel de autonomía y las características sociodemográficas.....</i>	152
5.3.2.	<i>Resultados de la escala CLARP para los grupos de estudio.....</i>	153
5.4.	Efectos de la intervención en la percepción del desempeño ocupacional.	159
5.4.1.	<i>Relación entre la percepción del desempeño ocupacional y las características sociodemográficas.....</i>	159
5.4.2.	<i>Resultados de la escala COSA para los grupos de estudio.....</i>	167
5.5.	Efectos de la intervención en la percepción de calidad de vida de los padres.	179
5.5.1.	<i>Relación entre la calidad de vida de los padres y las características sociodemográficas.....</i>	179
5.5.2.	<i>Resultados de la escala SF-36 para los grupos de estudio.....</i>	180
5.6.	Relación entre el nivel de autonomía personal y la percepción del desempeño ocupacional.	184
5.7.	Relación entre la autonomía personal del niño y la calidad de vida de los padres.	188
6.	<i>Discusión.</i>	191
7.	<i>Conclusiones.</i>	222
8.	<i>Bibliografía</i>.....	225
	<i>Apéndices.</i>.....	305

Índice de tablas

Tabla 1 Proceso histórico del TDAH	24
Tabla 2 Comorbilidades del TDAH	38
Tabla 3 Tasas de prevalencia del TDAH en diferentes países.....	40
Tabla 4 Factores que influyen en la evolución del TDAH.....	42
Tabla 5 Síntomas requeridos para el diagnóstico del TDAH	43
Tabla 6 Diferentes manifestaciones diagnósticas del TDAH.....	45
Tabla 7 Principales manifestaciones en el transcurso evolutivo.....	46
Tabla 8 Relación de herramientas que permiten la valoración del TDAH	52
Tabla 9 Fármacos utilizados en el tratamiento del TDAH	62
Tabla 10 Diferentes abordajes de tratamiento no farmacológico en el TDAH	67
Tabla 11 Programas de intervención cognitivo-conductuales en niños con TDAH	81
Tabla 12 Clasificación de las áreas ocupacionales para las AVD básicas e instrumentales	85
Tabla 13 Hito de desarrollo motor y relación con el desempeño ocupacional según edad del niño	87
Tabla 14 Modelos de la Terapia Ocupacional que fundamentan la intervención cognitivo-conductual	92
Tabla 15 Distribución por dominios de la escala CLARP.....	104
Tabla 16 Resultados del CLARP según puntuación total del test	105
Tabla 17 Lista con los ítems de la escala COSA	106
Tabla 18 Puntuación de la escala COSA para el nivel de competencia.....	107
Tabla 19 Puntuación de la escala COSA para el nivel de importancia.....	107
Tabla 20 Dimensiones y dominios de la calidad de vida.	108
Tabla 21 Dimensiones de la calidad de vida según el Beach Center.....	114
Tabla 22 Herramientas específicas destinadas a la evaluación de la calidad de vida en el TDAH.....	117
Tabla 23 Dimensiones del cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36).....	118
Tabla 24 Criterios de inclusión y de exclusión para el conjunto de la muestra.	133
Tabla 25 Modalidades de intervención psicoterapéuticas interdisciplinarias.....	137
Tabla 26 Esquematación del trabajo con los grupos muestrales	138
Tabla 27 Organización de las sesiones con el grupo experimental	139
Tabla 28 Variables de estudio e instrumentos de medición.....	140

Tabla 29 Características sociodemográficas de los participantes.....	150
Tabla 30 Resultados para la homogeneidad entre grupos antes de la intervención.	151
Tabla 31 Resultados para la homogeneidad entre grupos después de la intervención....	151
Tabla 32 Resultados del cruce entre las variables sociodemográficas y la escala CLARP.....	153
Tabla 33 Valores en el nivel de autonomía para el grupo experimental antes y después de la intervención.....	154
Tabla 34 Valores en el nivel de autonomía para el grupo experimental antes y en el seguimiento de la intervención.....	154
Tabla 35 Valores en el nivel de autonomía para el grupo control antes y después de la intervención.....	156
Tabla 36 Comparativa del nivel de autonomía entre los grupos al finalizar la intervención.	156
Tabla 37 Resultados descriptivos para el nivel de autonomía en el grupo experimental.....	157
Tabla 38 Resultados descriptivos para el nivel de autonomía en el grupo control.....	157
Tabla 39 Categorías descriptivas según tipo de respuesta del CLARP en el grupo experimental.	158
Tabla 40 Categorías descriptivas según tipo de respuesta del CLARP para el grupo control.	158
Tabla 41 Relación entre las categorías de la escala COSA y las variables sociodemográficas para el grupo experimental antes de la intervención.....	162
Tabla 42 Relación entre las categorías de la escala COSA y las variables sociodemográficas para el grupo experimental después de la intervención.....	163
Tabla 43 Relación entre las categorías de la escala COSA y las variables sociodemográficas para el grupo experimental para el seguimiento.....	164
Tabla 44 Relación entre las categorías de la escala COSA y las variables sociodemográficas para el grupo control antes de la intervención.....	165
Tabla 45 Relación entre las categorías de la escala COSA y las variables sociodemográficas para el grupo control después de la intervención.....	166
Tabla 46 Resultados de las variables de la escala COSA para el grupo experimental para dos categorías pre y post intervención.....	171
Tabla 47 Resultados de las variables de la escala COSA para el grupo experimental para dos categorías post intervención y seguimiento.	173
Tabla 48 Resultados de las variables de la escala COSA para el grupo experimental para dos categorías pre intervención y seguimiento.....	175

Tabla 49 Resultados de las variables de la escala COSA para el grupo control para dos categorías de resultados pre y post intervención.....	177
Tabla 50 Resultados para las variables sociodemográficas según la calidad de vida.	180
Tabla 51 Valores en la calidad de vida para el grupo experimental antes y después de la intervención.....	181
Tabla 52 Valores en la calidad de vida para el grupo experimental antes y en el seguimiento de la intervención.....	182
Tabla 53 Valores en la calidad de vida para el grupo control antes y después de la intervención.....	182
Tabla 54 Resultados descriptivos para la calidad de vida para el grupo experimental.	183
Tabla 55 Resultados descriptivos para la calidad de vida para el grupo control.	183
Tabla 56 Correlación entre el nivel de autonomía personal y la percepción del desempeño para el grupo experimental.....	186
Tabla 57 Correlación entre el nivel de autonomía personal y la percepción del desempeño para el grupo control.....	187
Tabla 58 Relación entre el nivel de autonomía y la calidad de vida de los padres para el grupo experimental.....	188
Tabla 59 Relación entre el nivel de autonomía y la calidad de vida de los padres ocupacional para el grupo control.....	189
Tabla 60 Descriptivo de la escala COSA pre intervención para cuatro categorías.	371
Tabla 61 Descriptivo de la escala COSA post intervención para cuatro categorías.	374
Tabla 62 Descriptivo de la escala COSA al seguimiento para cuatro categorías de respuesta.	377
Tabla 63 Descriptivo de la escala COSA pre intervención para dos categorías.	380
Tabla 64 Descriptivo de la escala COSA post intervención para dos categorías.....	382
Tabla 65 Descriptivo de la escala COSA al seguimiento para dos categorías de respuesta.	384

Índice de figuras

Figura 1 Implicaciones del TDAH en los distintos dominios de la persona.....	98
Figura 2 Dimensiones del self según Baumeister.....	100
Figura 3 Procedimiento de selección de la muestra: Diagrama de flujo.....	134
Figura 4 Relación de variables independientes y dependientes.	140
Figura 5 Comparación del nivel de autonomía en los participantes con TDAH del grupo experimental antes y después de la intervención y en la medición de seguimiento a los seis meses.	155
Figura 6 Resultados según puntuación del CLARP grupo experimental.	157
Figura 7 Resultados según puntuación del CLARP grupo control.....	158
Figura 8 Frecuencias para el ítem "Mantengo mi concentración en lo que hago".	169
Figura 9 Frecuencias para el ítem "Hago mis tareas".	169
Figura 10 Frecuencias para el ítem "Me puedo calmar cuando me siento molesto".	170
Figura 11 Valores medios para el estado de salud pre y post intervención para ambos grupos.....	183

1. Introducción.

1.1. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es una afectación psiquiátrica compleja y heterogénea. Tiene un origen neurobiológico y produce alteraciones en las funciones ejecutivas, siendo muy característica la dificultad para centrar la atención en las acciones cotidianas, regular el nivel de actividad e inhibir el comportamiento motriz y/o cognitivo. El TDAH se manifiesta con tres síntomas nucleares: hiperactividad, impulsividad en intensidad variable y falta de atención, pero no se presentan necesariamente los tres de manera simultánea (American Psychiatric Association, 2014; Thapar y Cooper, 2016).

El TDAH es una de las condiciones psiquiátricas más frecuentes de inicio en la infancia que afecta aproximadamente al 5% de la población infantil y al 2,5% de la población adulta (Faraone et al., 2015). Se caracteriza por la aparición de síntomas conductuales prevalentes antes de los 12 años, con una implicación negativa en el funcionamiento académico, ocupacional y social (Saad et al., 2017). Estudios genéticos moleculares muestran que es altamente heredable, mientras que otros hallazgos han registrado complicaciones obstétricas y adversidades psicosociales como factores de riesgo predisponentes (Biederman y Faraone, 2005). Los síntomas principales y los trastornos asociados son un problema de salud pública porque imponen una carga para la sociedad en términos de disfunción de la calidad de vida (CV), de estrés en las familias y de grandes costes económicos (Cortese y Tessari, 2017; Quintero, Ramos-Quiroga, Sebastián, Montañés, Fernández-Jaén, Martínez-Raga et al., 2018).

1.1.1. Perspectiva histórica y marco conceptual

El concepto contemporáneo del TDAH es relativamente nuevo. La hiperactividad, la desatención y la impulsividad en la infancia se han descrito en la literatura desde el siglo XIX. Algunas de las primeras descripciones y teorías etiológicas de la hiperactividad fueron similares a las nociones actuales (Leahy, 2017). La Tabla 1 muestra los hitos más importantes en el desarrollo y la investigación sobre el TDAH.

Tabla 1
Proceso histórico del TDAH

AÑO	AUTOR	HITO
1847	Hoffman	Primera descripción* documental de un niño que padecía hiperactividad
1887	Bourneville	Nueva descripción de los síntomas hiperactivos según un caso clínico: gran actividad física, desasosiego psicológico e indicios de retraso intelectual
1902	Still	Descripción y clasificación más detallada y precisa, pero sin aportar datos significativos sobre las causas u origen del trastorno
1904	Meyer	Se acotan correlatos fisiológicos o causas orgánicas que tengan relación con los síntomas
1931	Shilder	Se detalla un síntoma constituido por gran actividad motriz y se relaciona con episodios de padecimiento perinatal
1934	Cohen y Kahn	Relación formal de la hiperactividad con causas de naturaleza orgánica
1957	Eisenberg	Descripción de síntomas de actividad motriz elevada y se denominan hiperquinésia
1966	Clements y Peters	Primeras referencias a “ <i>disfunción cerebral mínima</i> ” para referirse a la hiperactividad. Formulación de hipótesis sobre causas funcionales y del sistema nervioso. Uso del metilfenidato como tratamiento
1968	APA	El DSM II menciona la reacción hiperquinética de la infancia
1978	Organización Mundial de la Salud (OMS)	La CIE-9 introduce la hiperactividad y la denomina síndrome hiperquinético
1979	Saber y Allen	Se afirma que la hiperactividad es un retardo en el desarrollo y crea problemas de inhibición motora. El resultado es una elevada y desordenada actividad física
1982	Barkley	Se enuncian los primeros síntomas antes de los seis años y que la manifestación tiene repercusiones en el ámbito escolar
1987	APA	El DSM III define como trastorno por déficit de atención con hiperactividad
1991	Taylor	Definición de un patrón de conducta con tres síntomas: déficit de atención, inquietud y comportamiento antisocial, que se manifiesta en distintos ámbitos
1992	OMS	Se redefine el diagnóstico como trastorno hiperquinético

1994	APA	Se introducen los tres subtipos del TDAH
2014	APA	DSM-V. Ajusta a los criterios actuales. Mención al diagnóstico en adultos

Nota. Fuente: Elaboración propia y de Ramos, R.M. (2007). *Tratamiento de la hiperactividad. Un acercamiento a los trastornos de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Vigo: Ideaspropias.

*Existe controversia con la fecha exacta. Barkley y Peters (2012), sostienen que la primera descripción de los síntomas fue realizada en 1775 por Weikard.

Estudios detallados del comportamiento de niños hiperactivos y el conocimiento de la función cerebral han cambiado el concepto y los fundamentos neuropatológicos subyacentes del trastorno (Lange, Reichl, Lange, Tucha y Tucha, 2010).

En la evolución del TDAH, se distinguen dos perspectivas diferenciadas. La primera, se caracteriza por una consideración clínico-médica del trastorno, originada por una combinación de diversas afectaciones, tales como daño cerebral, alteraciones genéticas, déficit provocado por el entorno, entre otros, y cuya intervención se realiza mediante un abordaje farmacológico para controlar los efectos motrices que, en su origen, eran la característica principal de investigación. La segunda, se basa en un modelo psicoeducativo, centrado en el manejo conductual de las manifestaciones clínicas que presenta el niño con TDAH y del entorno. En este último modelo, se estructuran unos procedimientos de intervención que suelen incluir a las familias y se ofrecen pautas de modificación de conducta, mostrando que el trastorno tenía más complejidad de la que se pensaba (Stubbe, 2000; Soutollo y Díez, 2007; Matthews, Nigg y Fair, 2014).

En los años 30, se introduce el concepto de "daño cerebral mínimo" (Ougrin, Chatterton y Banarsee, 2010) tras observar perturbaciones del comportamiento por la pandemia de encefalitis en el 1920 o después de nacimientos traumáticos.

En los años 40, Bradley demostró que el uso de bencedrina en jóvenes con problemas conductuales mejoraba el comportamiento y aumentaba el rendimiento académico de manera considerable (Lange, Reichl, Lange, Tucha y Tucha, 2010). Posteriormente, se comienza a utilizar el metilfenidato como principio activo de los psicoestimulantes para el tratamiento de la población infantil con TDAH (Soutollo y Díez, 2007).

Durante los años 50, las investigaciones explican los síntomas como producto de un daño cerebral, pero ante la evidencia de menores que manifestaban los síntomas sin tener afectación aparente, se dio explicación mediante las teorías conductistas (Guerrero, 2016). A este conjunto de síntomas con causas aún desconocidas se denominó "disfunción cerebral mínima", definición que pretendía esclarecer los síntomas relacionándolos con un daño imperceptible. Posteriormente, se vuelve a cambiar la concepción a "síndrome hiperkinético" (Sandberg, Rutter y Taylor, 1978; Ramos, 2007; Taylor, 2011; Matthews, Nigg y Fair, 2014).

En los años 60, se acepta que el "síndrome en el niño hiperactivo" era ocasionado por un daño cerebral, aunque no se pudiera observar objetivamente. A finales de esta década, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), en la versión DSM-II, describe una "reacción hiperkinética de la infancia" como un trastorno benigno caracterizado por un *"exceso de actividad, inquietud y poca capacidad de atención, [...] que disminuía al llegar a la adolescencia"* (American Psychiatric Association, 1968).

En las últimas décadas se han producido avances importantes en la nosología del TDAH. Existen dos modelos importantes (Barkley, 2014; Brown, 2014) que consideran que los síntomas se producen por un déficit

en los procesos de inhibición por alteraciones en las funciones ejecutivas, siendo éste el problema central del TDAH (Lavigne y Romero, 2010; Amador, Forns y González, 2010; Taylor, 2011; Leahy, 2017). Estas teorías tienen implicaciones en la evolución y tratamiento del trastorno y proponen explicaciones e hipótesis plausibles sobre el origen, la organización y la expresión de los síntomas nucleares (Bonvicini, Faraone y Scassellati, 2017). Los circuitos neurobiológicos se asocian con las funciones ejecutivas, por lo que una modificación en los mismos puede explicar la alteración de conducta asociada al trastorno y las disfunciones cognitivas. Cada modelo teórico se ha centrado en uno o varios dominios de las funciones ejecutivas.

Barkley desarrolló las teorías comportamentales del trastorno que se conocen en la actualidad y diseñó nuevos métodos de intervención desde la clínica (Barkley, 2014). El Modelo Híbrido de Autorregulación y de las Funciones Ejecutivas explica los síntomas del TDAH debido a un funcionamiento ineficaz de las mismas (Barkley y Murphy, 2010). Existe un déficit en la inhibición conductual (autorregulación) que repercute de manera negativa en cuatro funciones neuropsicológicas que dependen de la inhibición conductual para una ejecución correcta. El déficit de autorregulación produce un impacto adverso sobre la memoria de trabajo verbal (interiorización del lenguaje); la memoria de trabajo no verbal; la autorregulación del afecto y la motivación; y la reconstitución o capacidad para recapacitar. El núcleo central del modelo es la afirmación de que el principal problema de las personas con TDAH se produce por el déficit para inhibir su conducta (Barkley, Fischer, Smallish y Fletcher, 2006; Kamradt, Ullsperger y Nikolas, 2014).

Brown presentó un modelo donde confrontaba estas alteraciones y exponía los síntomas a partir de una explicación de afectación en las capacidades cognitivas complejas. Las estructuras cerebrales que soportan las funciones ejecutivas no están desarrolladas del todo al nacer y continúan desarrollándose durante todas las etapas vitales (Brown, 2006; Brown, 2014). Dependen de la mielinización, de las conexiones sinápticas y de la maduración del sistema dopaminérgico y noradrenérgico. Así mismo, estos circuitos cerebrales se desarrollan, en gran medida, por factores genéticos y ambientales y pueden llegar a modificar la expresión genética moldeando, manteniendo o creando nuevas conexiones sinápticas. Este proceso crea el sustrato neuronal de los procesos cognitivos y de las funciones ejecutivas y compara este sistema con un “[...] *director de orquesta donde los procesos cognitivos son los músicos*” (Brown, 2014). En el TDAH, el problema no se debe al déficit en los procesos, sino a la regulación y al control que se produce en los mismos. Las conductas disruptivas y la incapacidad para inhibirlas no son el problema más importante. La afectación se debe al deterioro en la actuación conjunta y coordinada de estas capacidades. El modelo propone seis bloques generales que componen el sistema de la función ejecutiva: activación, concentración, esfuerzo, emoción, memoria y acción (Brown, 2006; Brown, 2014).

En el año 1980, la *American Psychiatric Association* (APA) publica una versión del DSM (DSM-III), que pone en común ambas líneas y define un trastorno de origen neuropsicológico que afecta a los procesos básicos de socialización, de expresión afectiva y de aprendizaje. En el año 2014, se publica la última versión del DSM, el DSM-V, que clasifica el TDAH en grado leve, moderado o severo atendiendo a los síntomas y en cómo interfieren en la vida cotidiana (American Psychiatric Association, 2014).

En los últimos 20 años se ha producido una evolución en el abordaje y tratamiento. Los principales investigadores dejaron de lado la antigua concepción de un trastorno, cuya génesis se producía como patología secundaria a otras, para centrarse en el abordaje del mismo de manera directa (Barnett, 2016; Leahy, 2017; Posner, Polanczyk y Sonuga-Barke, 2020). El TDAH era considerado como un trastorno que se limitaba a la infancia sin manifestaciones después de la adolescencia. Posteriormente se producía una remisión o evolucionaba a otras patologías. Esta perspectiva ha ido cambiando gradualmente debido a la evidencia de numerosas investigaciones (Wang et al., 2017), especialmente de aportaciones derivadas de estudios longitudinales, y la bibliografía actual demuestra una prevalencia elevada en la edad adulta (Ramos-Quiroga et al., 2012; Pollak, Shalit y Aran, 2017; Posner, Polanczyk y Sonuga-Barke, 2020).

1.1.2. Etiología

La literatura científica menciona que la aparición del trastorno se debe a la relación de factores genéticos, neurobiológicos, psicosociales y ambientales. El TDAH tiene un origen multicausal y cada factor contribuye a la manifestación del mismo. El componente genético supone más del 70% de la probabilidad de aparición. Estudios familiares o de adopciones demuestran que tiene un papel muy importante en la etiología del trastorno. El fenotipo del TDAH se asocia con mutaciones en el gen transportador y en el receptor de dopamina (DAT1 y D4). El consumo de alcohol o de tabaco, la exposición a niveles elevados de químicos y factores psicosociales son variables que predisponen el TDAH, desempeñan un papel importante y proporcionan una oportunidad para intervenir (Soutollo y Díez, 2007; Molano-Bilbao, Olano-Martín, Tejedor y

Ferrer-Alcón, 2008; Gómez Esteban, Sánchez Carrión, García Selgas y Segovia Guisado, 2017; Van derMeer et al., 2017).

Conviene distinguir que las investigaciones actuales sobre el tema no han asegurado una respuesta clarificadora que explique las causas exactas. El trastorno muestra una expresión clínica heterogénea, y se sabe con certeza que en la etiología están implicados factores genéticos y ambientales (Akutagava-Martins, Rohde y Hutz, 2016). Paralelamente, se han encontrado investigaciones que demuestran la existencia de múltiples variables que interactúan a distintos niveles e intensidad según el individuo (Miller, Iosif, Bell, Farquhar-Leicester, Hatch et al., 2020). Actualmente, se da gran énfasis al origen orgánico.

Factores genéticos

La genética es un factor importante en la transmisión del TDAH y durante años se ha investigado el rol que tiene en este trastorno. En la actualidad, no se ha identificado un gen responsable. La susceptibilidad genética se atribuye a las variantes de una amplia gama de genes relacionados principalmente con las vías de neurotransmisión y con el desarrollo neurológico (Akutagava-Martins, Rohde y Hutz, 2016). Existen pruebas concisas sobre la heredabilidad. Ser progenitor con TDAH establece un riesgo entre 2 y 8 veces superior (Bonvicini, Faraone y Scassellati, 2017).

Investigaciones con gemelos demostraron una heredabilidad con un porcentaje que superaba el 70% (Rietveld, Hudziak, Bartels, van Beijsterveldt y Boomsma, 2004). Lenh presentó una revisión de diferentes estudios donde relacionó la influencia genética con los síntomas y con los

factores ambientales (Lehn et al., 2017). Cuando un gemelo dicigótico presenta TDAH, la probabilidad de que el otro hermano tenga el trastorno es del 80% si crecen en un ambiente socioeconómico bajo o si el nivel educativo de los padres no es alto. Por el contrario, una investigación desarrollada por Sprich y colaboradores en niños adoptados con TDAH sugiere que la herencia tiene un papel importante y que el trastorno no proviene, en su mayoría, de influencias ambientales (Sprich, Biederman, Crawford, Mundy y Faraone, 2000). Las investigaciones en niños adoptados muestran la repercusión de los componentes genéticos en el trastorno.

A pesar de la identificación de varios genes, ninguno de ellos parece tener un efecto sustancial y exacto en la etiología subyacente del TDAH (Wallis, Russell y Muenke, 2008). Aunque la heredabilidad es alta, la identificación de genes susceptibles está siendo un proceso lento y difícil (Akutagawa-Martins, Salatino-Oliveira, Kieling, Rohde y Hutz, 2013; Middeldorp et al., 2016; Brum, Paixão-Côrtés, Carvalho, Martins-Silva, Carpena et al., 2020). Los estudios de genética molecular permitirán identificar marcadores biológicos para un diagnóstico específico en individuos con riesgo y en edades tempranas. Mejorar el abordaje fenotípico será clave para aplicar intervenciones que reduzcan la severidad de la sintomatología.

Los estudios de genética molecular representan un gran avance en la indagación de patologías con patrones hereditarios (Gizer, Ficks y Waldman, 2009). Diversas investigaciones han sugerido que el TDAH se puede presentar como herencia poligénica u oligogénica, ya que múltiples genes contribuirían a la expresión del trastorno.

La investigación en la genética del TDAH se orienta hacia cuatro líneas diferentes (Molano-Bilbao, Olano-Martín, Tejedor y Ferrer-Alcón, 2009): el

estudio de fenotipos; el uso de marcadores en los genes implicados para desarrollar nuevas técnicas de fenotipado y de algoritmos más precisos que detallen la implicación de los cromosomas; los estudios por asociación para cada subtipo y/o gravedad de sintomatología; y el aumento de la investigación en variables tales como la edad de diagnóstico del trastorno, el sexo relacionado con los genes del cromosoma X o los factores ambientales más importantes.

Factores neurobiológicos

La base neurobiológica del TDAH no se conoce con exactitud, pero en la actualidad existen dos hipótesis que tratan de explicar la etiología. La hipótesis fronto-estrial explica la disfunción en los circuitos frontoestriales a partir de hallazgos anatómicos y funcionales en estudios de neuroimagen (Quintero, Navas, Fernández y Ortiz, 2009). Esta región anatómica se considera la parte esencial del sustrato neurofisiológico de las funciones ejecutivas. La hipótesis cortical-posterior describe la existencia de alteraciones anatómicas y funcionales en las regiones corticales posteriores.

Existen estudios de neuroimagen realizados con tomografía por emisión de positrones que evidencian una alteración en la metabolización de la glucosa en el lóbulo frontal (Zamorano et al., 2017; Shang, Sheng, Yang, Chou y Gau, 2017). Otras investigaciones demostraron una variación en el flujo sanguíneo cerebral en regiones frontales del hemisferio derecho y la relación con los síntomas conductuales (Hermosillo, Mooney, Fezcko, Earl, Marr et al., 2020).

Estudios en pacientes con TDAH informaron sobre reducciones del volumen del cerebro en la corteza prefrontal, la corteza cingulada anterior, el núcleo caudado y la amígdala, así como un aumento marginal del volumen de núcleo accumbens (Franke et al., 2012). Datos neurofisiológicos muestran evidencia de deficiencias en la corteza prefrontal y en los ganglios basales. Estas áreas están relacionadas con las funciones ejecutivas (memoria de trabajo e inhibición conductual) y la motivación (Tripp y Wickens, 2009). Las investigaciones clínicas indican alteraciones en el funcionamiento de dos neurotransmisores de la dopamina que inciden directamente en varias áreas cerebrales (Shang, Lin y Gau, 2020).

Estudios mediante resonancia magnética nuclear hallaron diferencias consistentes entre los subtipos inatento y combinado. Estos trabajos mostraban alteraciones en áreas subcorticales que involucran regiones cerebrales clave en la red estructural y funcional. Esta alteración puede explicar los déficits funcionales en zonas encargadas de la conectividad y la organización de redes neuroanatómicas (Saad et al., 2017). Además, se identificaron volúmenes de materia gris significativamente más reducidos en los lóbulos frontal, parietal, temporal y occipital de pacientes de TDAH en comparación con grupos controles (de Mello, 2013).

Así mismo, las teorías cognitivas actuales y los datos que ofrecen las investigaciones neuropsicológicas, apoyan que la afectación central de este trastorno consiste en una alteración de las funciones ejecutivas que interfiere en los procesos cognitivos relacionados con la atención, la memoria y la planificación, la cual representa un déficit en el desempeño de las actividades de autocuidado, escolares y sociales (Lecciso y Colombo, 2019).

Factores psicosociales

Los predictores psicosociales no se han establecido de manera clara. Algunas investigaciones establecen una asociación entre TDAH y bajo nivel sociocultural, pero no se define como una causa de la génesis (Zeeuw, van Beijsterveldt, Ehli, de Geus y Boomsma, 2017; Oerbeck et al., 2017). Sin embargo, el trastorno puede agravarse ante un ambiente familiar inestable o marginal y un nivel socioeconómico bajo.

Los estilos de crianza, la falta de rutinas, la psicopatología parental (Gundel, Pedersen, Munk-Olsen y Dalsgaard, 2017), además de las circunstancias socioeconómicas desfavorecidas y el entorno doméstico se relacionan con el desarrollo de problemas emocionales y conductuales entre los menores con TDAH (Flouri, Midouhas, Ruddy y Moulton, 2017). Así mismo, no constan estudios que demuestren una relación clara con la dieta ni con los hábitos alimenticios (Pelsser, Frankena, Toorman y Rodrigues, 2017; Ríos-Hernández, Alda, Farran-Codina, Ferreira-García y Izquierdo-Pulido, 2017; Cagigal, Silva, Jesus y Silva, 2019; Uldall Torp y Thomsen, 2020). Tampoco se ha encontrado bibliografía científica que establezca una relación causal de estos factores, aunque sí pueden repercutir negativamente en los síntomas.

Factores ambientales

Los factores ambientales pre y perinatales no son determinantes, sino más bien predisponentes. Pueden aumentar la vulnerabilidad ante los demás factores. Actualmente se sabe que existe una correlación entre la hiperactividad y al tabaquismo. Fumar durante el embarazo se asocia con

determinados subtipos de TDAH cuando existe susceptibilidad genética debido a modificaciones de alelos del sistema dopaminérgico (Neuman et al., 2007; Minatoya, Araki, Itoh, Yamazaki, Kobayashi et al., 2019).

Otro estudio reciente corrobora que la exposición prenatal al alcohol o al consumo de tabaco afecta a regiones cerebrales receptoras de la dopamina D4 (DRD4) y a genes transportadores de dopamina (DAT1). Estos neurotransmisores pueden ser especialmente sensibles a los factores ambientales (van derMeer et al., 2017). El polimorfismo de los genes dopaminérgicos y la interacción con estos factores de riesgo, interfieren en la actividad de regiones cerebrales asociadas con la inhibición de respuesta (Bonvicini, Faraone y Scassellati, 2017).

Estudios de Indredavik (2010) y de Gómez (2017) muestran datos de que un peso bajo durante la gestación y un peso muy bajo al nacer (menor de 1.500 g) se asocia a riesgo mayor de desarrollar TDAH (Gómez Esteban, Sánchez Carrión, García Selgas y Segovia Guisado, 2017; Zavadenko y Davydova, 2019). La prevalencia de este trastorno en la población referida era del 7%. Entre otros factores de riesgo ambientales registrados, se encuentran la adversidad familiar y la exposición a determinados fármacos y a toxinas tales como pesticidas, plomo, arsénico, entre otros (Cooper, Eyre, Langley y Thapar, 2013; Kirkland, Langan, y Holton, 2020; Muñoz, Rubilar, Valdés, Muñoz-Quezada, Gómez et al., 2020).

1.1.3. Características clínicas y comorbilidad

Los síntomas nucleares son la inatención, la hiperactividad y la impulsividad, aunque no tienen que presentarse de manera simultánea (American Psychiatric Association, 2014). El subtipo de TDAH se definirá

según el síntoma más predominante. El cuadro clínico varía con la etapa del desarrollo. En los años preescolares, se caracteriza por excesiva actividad física, dificultad en la cooperación con los compañeros y para seguir pautas. En edad escolar, además de los síntomas nucleares, aparecen comportamientos desafiantes, surgen los conflictos con los compañeros y problemas académicos. En la adolescencia disminuye la hiperactividad, continúan los conflictos con los padres y aparecen conductas de alto riesgo (Koumoula, 2012; Philipp-Wiegmann, Retz-Junginger, Retz y Rösler, 2016).

Atendiendo a los criterios de clasificación del DSM-V, se describen las características clínicas fundamentales del trastorno.

La *inatención* es la dificultad para focalizar la atención en una actividad durante un período de tiempo largo (Soutollo y Díez, 2007). La falta de motivación en una tarea provoca el abandono y la búsqueda de otras actividades más placenteras, por lo que cualquier estímulo es relevante y funciona como un elemento distractor. El foco de atención se cambia continuamente sin concretar el objetivo final establecido. Los problemas se presentan más cuando la información que se debe procesar es repetida que cuando es algo novedoso. La desmotivación y el abandono están relacionados con la dificultad para el procesamiento de los estímulos (Fischer, Barkley, Smallish y Fletcher, 2005; Sokolova et al., 2016). Cuando el nivel de exigencia de una tarea es muy elevado, el niño necesita realizar un mayor esfuerzo para mantener la atención. Es frecuente que ante estas demandas se desmotiven y no terminen la actividad, aunque se trate de algo estimulante. El rendimiento disminuye ante tareas poco novedosas o repetitivas. Se sabe que las reacciones mejoran ante estímulos constantes como el color, los cambios de tamaño y el movimiento (Orjales, 2011;

American Academy of Pediatrics, 2019). Además, el niño no es capaz de establecer correctamente las prioridades ante estímulos que se le presenten.

La *hiperactividad* es el exceso de actividad con relación a la edad cognitiva y a la ejecución de una tarea. El exceso de actividad hace referencia a la excesiva movilidad motivada por diferentes causas y está presente en condiciones de normalidad y en cuadros clínicos (Soutollo y Díez, 2007; (Quintero, García, Unzeta, Pando y Herrera, 2010). El exceso de actividad motora no se corresponde con la edad ni con el nivel madurativo. Se manifiesta con una necesidad de movimiento constante y por la falta de autocontrol corporal y emocional. La actividad motriz puede aparecer al ser incitada por factores situacionales. Una hiperactividad excesiva es incompatible con el aprendizaje escolar y deteriora las relaciones con el entorno (compañeros de clase, docente o familia). La sensación de inquietud motora se manifiesta con movimientos excesivos de manos y pies, verborrea y con un tono de voz elevado (Ramos-Quiroga et al., 2012).

La *impulsividad* es la dificultad para inhibir o modular las respuestas o reacciones inmediatas. En la impulsividad se utilizan dos términos que conviene distinguir: la impulsividad cognitiva y la impulsividad motora o comportamental. La impulsividad cognitiva hace referencia a la rapidez y a los procesos de percepción y análisis para afrontar las tareas. La impulsividad motora o comportamental se asocia a una falta de control motriz y/o emocional. Las acciones se vinculan con una búsqueda de gratificación inmediata que hace que resulte muy difícil esperar y se actúa sin evaluar las consecuencias de los actos (Quintero et al., 2018). Existe una dificultad para tolerar la frustración y son muy impacientes (Thapar y Cooper, 2016). El grado de tolerancia a la frustración está relacionado con

la capacidad del niño para valorar una experiencia como frustrante. La impulsividad hace que el umbral sea más bajo. La conducta impulsiva se acentúa en situaciones que requieren un refuerzo positivo inmediato, ya sea de índole material o social. Esta conducta y la falta de conciencia de riesgo hacen que sean más propensos a los accidentes. No existe una competencia reflexiva para analizar situaciones reales e hipotéticas por lo que la conducta es normalmente inmadura e inadecuada (Gawrilow, Kühnhausen, Schmid y Stadler, 2014).

Comorbilidad

La comorbilidad es alta, cursando en asociación con trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, dificultades de aprendizaje o incluso ansiedad, falta de autoestima y depresión (Anastopoulos et al., 2016; O'Rourke, Bray y Anastopoulos, 2017; Powell, Riglin, Hammerton, Eyre, Martin, Anney et al., 2020). La Tabla 2 enumera los trastornos comórbidos más habituales.

Tabla 2

Comorbilidades del TDAH

Muy frecuente (más del 50%)	Trastorno negativista desafiante Trastorno de conducta
Frecuentes (hasta el 50%)	Trastornos de ansiedad Trastornos del desarrollo de la coordinación, Trastornos específicos del aprendizaje
Menos frecuentes (del 20%)	Trastornos de tics: síndrome de Tourette, entre otros Depresión mayor y enfermedad bipolar Esquizofrenia
Infrecuentes	Trastorno generalizado del desarrollo, trastorno del Espectro del Autismo, síndrome de Asperger, entre otros

Nota. Fuente: Adaptado de Soutollo, E.C., y Díez, S.A. (2007). *Descripción clínica del TDAH*. En Soutollo, *Manual diagnóstico y Tratamiento del TDAH*. (págs. 33-37). Madrid: Medica Panamericana.

No es necesario que se presente un cuadro puro de síntomas específicos del TDAH y pueden aparecer conductas o trastornos en común con otras patologías (Brown, 2014; Canals, Morales-Hidalgo, Jané y Domènech,

2018). Si los síntomas no se tratan, pueden interferir en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del TDAH (Waxmonsky, 2003). Las repercusiones en el entorno del menor no son sólo económicas, sino que trascienden a la familia y en el ámbito educativo, siendo una de las principales causas de fracaso escolar. La percepción que tiene sobre su situación personal y sobre la CV puede estar afectada. Los trastornos comórbidos se observan en un gran porcentaje de la población infantil diagnosticada y sugieren una explicación a la evolución negativa de las conductas asociadas. Son necesarios más datos que confirmen si el TDAH con trastornos de conducta tiene características genéticas diferenciales o si es una categoría de TDAH más grave (García, Loro y Quintero, 2010).

1.1.4. Epidemiología

El TDAH se presenta de forma distinta en función del sexo y se puede manifestar durante cualquiera de las diferentes etapas de desarrollo, por lo que no resulta fácil reconocer los signos. El meta-análisis más reciente sobre la materia estima una prevalencia de 3,4% (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye y Rohde, 2015).

Comparaciones internacionales muestran que la prevalencia no varía según la ubicación geográfica, pero sí por la heterogeneidad de los métodos de evaluación y los criterios diagnósticos (Tabla 3). Actualmente, se utilizan el DSM-V y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (Meltzer, Gatward, Goodman y Ford, 2003).

Tabla 3
Tasas de prevalencia del TDAH en diferentes países

Autor	País	Tasa de prevalencia
De Ridder et al. (2008)	Bélgica	1-4,1%
Moulin et al. (2017)	Francia	1-7,1%
Faraone et al. (2003)	Países Bajos	1-3%
Tuithof et al. (2004)	Alemania	1-3%
Pereira et al. (2007)	Brasil	3-18%
Donfrancesco et al. (2015)	Italia	1-7,4%
Pham et al. (2015)	Vietnam	1-7,7%
Wang et al. (2017)	China	5,36-7,22%
Catalá-López et al. (2012)	España	3-8%
Faraone et al. (2003)	Australia	1-9%
Faraone et al. (2003)	Canadá	3-9%
Sayal et al. (2018)	EEUU	5-10%
Hassan et al. (2009)	Arabia Saudí	12-16%
Cornejo et al. (2005)	Colombia	12-20%

Nota. Fuente: Elaboración propia a partir de diversos estudios.

En España, se ha estimado una prevalencia en la población pediátrica en torno al 6,8% (Catalá-López et al., 2012), siendo uno de los trastornos más frecuentes en edad escolar.

Los estudios realizados en la última década muestran que el TDAH se desarrolla en todos los países y sin distinción de grupo étnico (Rowland et al., 2017). La tasa de prevalencia cambia si se utilizan los criterios diagnósticos del DSM o los de la CIE-10. En este último, los índices son más bajos. También se producen variaciones con el tipo de instrumento de evaluación, según el informante e incluso en función del ámbito geográfico o de la cultura. La tasa de prevalencia a partir de la información de los padres y/o profesores oscila entre el 1 y el 20%; cuando se obtiene de la persona que se evalúa es de 1 al 10% (Amador, Forns y González, 2010; Stickley et al., 2017).

El TDAH es considerado un trastorno crónico del desarrollo, puesto que el 65%-85% de los menores diagnosticados continuarán con los síntomas en

la edad adulta (Akutagava-Martins, Salatino-Oliveira, Kieling, Rohde y Hutz, 2013). Aparece generalmente antes de los 12 años de edad, en más de un ambiente (casa, escuela, entre otros) siendo la causa de problemas significativos en el entorno familiar, escolar y social (American Psychiatric Association, 2014). Se presenta entre el 2% y el 18% de la población infantil, con diferentes matices en forma muy particular (Rowland, Lesesne y Abramowitz, 2002). La prevalencia máxima se da entre los 6 y los 9 años, aunque es habitual alguna expresión en edad preescolar (Soutollo, 2013).

En cuanto a las diferencias entre sexos, la proporción de niños con respecto a las niñas con TDAH es entre 3:1 y 9:1 (Akutagava-Martins, Rohde y Hutz, 2016). La diferencia entre los géneros puede deberse a un sesgo relacionado con síntomas de trastornos de conducta disruptiva, puesto que los niños tienen más síntomas hiperactivo-impulsivos y conductas desafiantes. Las niñas muestran comportamientos como ansiedad o conductas de tipo obsesivo e hiperadaptación a las normas y es más predominante el déficit atencional (Orjales, 2011). Los síntomas de hiperactividad-impulsividad se observan y se valoran con más facilidad que los de inatención.

La mayoría de las investigaciones de prevalencia se han realizado con muestras clínicas en las que están más representados los niños, ya que son remitidos a consulta con más frecuencia que las niñas, debido a problemas de comportamiento y/o de aprendizaje (Amador, Forns y González, 2010; Sayal, Prasad, Daley, Ford y Coghill, 2017). Por otro lado, algunas investigaciones han demostrado que el fenotipo de las mujeres tiene un umbral más alto que el de los hombres para expresar el trastorno (Kim, Song, Kim, Sohn y Cheon, 2017). El componente genético que las mujeres deben recibir tiene que ser superior para que el trastorno se manifieste. Estas teorías permiten dar explicación a las diferencias entre sexos.

La prevalencia del TDAH se mantiene constante durante el desarrollo, aunque los síntomas pueden disminuir o aumentar, de hecho, las manifestaciones clínicas tienden a evolucionar con la edad (Murray, Booth, Eisner, Auyeung, Murray y Ribeaud, 2019). Según Barkley (1990), más del 80% de los niños y las niñas en edad escolar presentan el trastorno en la adolescencia, y entre el 30% y el 65% en la edad adulta. La Tabla 4 describe los diferentes factores que repercuten en la evolución del TDAH.

Tabla 4
Factores que influyen en la evolución del TDAH

Factores Positivos

- Detección temprana
- Tratamiento durante los primeros años de edad
- Información y conocimiento del trastorno por parte de la gente cercana
- Familia bien estructurada, con una buena comunicación, buenos valores, no sobreprotección, entre otros
- Refuerzo social y ausencia de castigo
- Nivel alto de habilidades cognitivas y de lenguaje en el niño
- Ausencia de negativismo, agresividad o trastornos asociados
- Colaboración entre escuela y alumno

Factores Negativos

- Ambiente familiar marcado por el estrés, la hostilidad, desacuerdo, entre otros
- Precedentes familiares de alcoholismo, conductas antisociales u otros trastornos mentales
- Estilo educativo parental permisivo o muy autoritario
- Sobreactividad permanente
- Bajo coeficiente intelectual
- Alteraciones de conducta asociadas
- Relaciones escolares y familiares difíciles

Nota. Fuente: Orjales, V.I. (2011). *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE.

1.1.5. Diagnóstico, pronóstico y herramientas de valoración

El TDAH es un trastorno conductual crónico de base neurológica. Está caracterizado por la incapacidad para regular el nivel de actividad, controlar la actividad motriz y focalizarse apropiadamente en tareas (Quintero, García, Unzeta, Pando y Herrera, 2010). El diagnóstico es clínico

y se realiza por un profesional con experiencia y visión holística y dimensional del problema. Complementaria a la exploración clínica, se indaga la presencia de patologías o disfunciones asociadas que pueden influir de modo concluyente en el planteamiento terapéutico o en el pronóstico.

Como todos los desórdenes complejos médicos y psiquiátricos, el TDAH muestra una heterogeneidad marcada por niveles clínicos, etiológicos y de psicopatología (Thapar y Cooper, 2016). Las combinaciones sintomáticas, junto con la comorbilidad, representan una afectación individual, familiar y social. La Tabla 5 muestra los síntomas diagnósticos que pueden estar presentes.

Tabla 5
Síntomas requeridos para el diagnóstico del TDAH

Inatención	Hiperactividad-Impulsividad
- Falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares o durante otras actividades	- Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento
- Tiene dificultades para mantener la atención durante un período de tiempo prolongado en tareas o actividades recreativas	- Se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado
- No sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares	- Corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado
- Tiene dificultad para organizar tareas y actividades	- Es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas
- Evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido	- Está “ocupado,” actuando como “si lo impulsara un motor”
- Pierde cosas necesarias para tareas o actividades	- Habla excesivamente
- Se distrae con facilidad por estímulos externos	- Responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.
- Olvida las actividades cotidianas	- Le es difícil esperar turnos
	- Interrumpe o se inmiscuye con otros

Nota. Fuente: American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (Vol. 5ª). Madrid: Panamericana.

Las clasificaciones diagnósticas estandarizadas actuales son dos: la CIE-10, de la OMS y el DSM-V, de la APA.

La CIE-10 denomina el TDAH como *trastorno hiperactivo-impulsivo*. Se define como un grupo de trastornos que combina un comportamiento hiperactivo y una falta de atención marcada. Se requiere la presencia de seis síntomas persistentes de inatención, tres de hiperactividad y uno de impulsividad en más de un ambiente. Se distinguen cuatro categorías diagnósticas (Organización Mundial de la Salud, 2001), según se especifica en la Tabla 6.

El DSM-V divide los síntomas en dos grupos, uno de inatención y otro hiperactivo-impulsivo, que generan diversos subtipos diagnósticos (American Psychiatric Association, 2014). Es necesario mostrar, al menos, seis síntomas de cada grupo por un período mínimo de seis meses. El patrón sintomático aparece antes de los 12 años, en un grado elevado que interfiere en el desarrollo y con afectación en varios entornos. Tras el diagnóstico, se hace una clasificación en un subgrupo según la manifestación de las conductas: tipo combinado, con predominio del déficit de atención o con predominio hiperactivo-impulsivo. El tipo combinado es el más frecuente tanto en niños como en niñas, 85% y 70 % respectivamente. El subtipo inatento es más habitual en niñas, 30%, mientras que en niños el porcentaje es menor, 15%. El tipo hiperactivo-impulsivo es el menos frecuente en los diagnósticos, puesto que la mayoría de los casos clínicos se presentan con problemas atencionales. El DSM-V es la herramienta más utilizada en la salud mental a nivel mundial. Confiere un diagnóstico más preciso y tiene más uso en la investigación clínica.

Tabla 6

Diferentes manifestaciones diagnósticas del TDAH

DSM-V	CIE-10
- TDAH-C: combinado	- Trastorno de la actividad y de la atención
- TDAH-I: predominio inatención	- Trastorno hiperactivo disocial
- TDAH-HI: predominio hiperactividad e impulsividad	- Otros trastornos hiperactivos
- TDAH sin especificar	- Trastornos hiperactivos sin especificar
- Clasificación fenotípica	

Nota. Fuente: Soutollo, E.C. (2013). *Informe PANDAH. El TDAH en España*. Madrid: Delphi; American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Vol. 5º)*. Madrid: Panamericana.

Pronóstico

Los síntomas se manifiestan con frecuencia en la primera infancia, pero sólo son evidentes cuando el niño se enfrenta a retos cotidianos y no es capaz de desarrollar una interacción con el entorno de manera adecuada. En el transcurso del proceso vital cualquier persona puede presentar cierto grado de síntomas. Se debe intervenir cuando el TDAH causa algún deterioro a nivel funcional (Faraone et al., 2015). Para constituir un valor diagnóstico tienen que generar dificultades en el desarrollo o en el funcionamiento ocupacional diario.

La expresión de los síntomas varía según la etapa de desarrollo y los contextos sociales y académicos. Aunque no hay ningún método "curativo" para el TDAH, sólo se pueden reducir notablemente los síntomas y los trastornos asociados con tratamientos basados en la evidencia (Faraone et al., 2015).

En comparación con niños con un desarrollo típico, los menores con TDAH tienen relaciones interpersonales con los padres y los hermanos más pobres o bajos resultados académicos que repercuten de manera negativa en la autoestima, en el autoconcepto, con más emociones negativas, entre

otros efectos (Shenaar-Golan, Wald y Yatzkar, 2017; Mofokeng y van derWath, 2017). La Tabla 7 detalla las principales manifestaciones de los síntomas nucleares en el desarrollo evolutivo del niño.

Tabla 7
Principales manifestaciones en el transcurso evolutivo

0-2 años	2-4 años	4-6 años	6-12 años	Adolescencia	Edad adulta
Se mueve intensamente en los brazos de la madre	Retraso en el desarrollo del lenguaje	Problemas de adaptación con los amigos y los profesores	Síntomas de trastorno disocial	Se atenúa la hiperactividad	Escasa inhibición, inatención y la impulsividad
Descargas mioclónicas durante el sueño	Intranquilidad. Actividad motora excesiva	Desobediencia	Empieza a consolidar el fracaso escolar	Persiste la impulsividad y el déficit atencional	Puede persistir la conducta antisocial
Apetito débil e irregular	Escasa conciencia de peligro	Conductas de oposición	Rechazo social	Conductas antisociales	Problemas de funcionamiento en el trabajo
Períodos cortos de sueño y despertar sobresaltado	Tendencia a sufrir accidentes	Dificultades en el seguimiento de normas		Consumo abusivo de alcohol y drogas ilegales	
Irritabilidad	Rabietas Desobediencia	Comportamiento disruptivo con iguales		Baja autoestima	

Nota. Fuente: Adaptado de Maciá, D.A. (2012). *TDAH en la infancia y la adolescencia: Concepto, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide Psicología.

En los primeros años de vida, pueden aparecer problemas asociados con la autorregulación emocional. Otros niños muestran deterioros significativos de las funciones ejecutivas que tienden a manifestarse durante la infancia (Leaberry, Rosen, Fogleman, Walerius y Slaughter, 2020). La hiperactividad y la impulsividad no son disruptivas y las dificultades en la autogestión emocional y funcional debutan cuando el niño tiene que permanecer en una postura o actividad durante periodos de tiempo prolongados. Sin embargo, en algunas personas, el desempeño de las funciones ejecutivas es acorde a las expectativas habituales para la edad. El deterioro no se

hace evidente hasta los primeros 7 años de edad, coincidiendo con los criterios diagnósticos del DMS-V. Los padres y los docentes son los primeros en observar los síntomas de inatención, actividad motriz o impulsividad, que pueden presentarse de forma conjunta (Shenaar-Golan, Wald y Yatzkar, 2017).

Los síntomas continúan durante la adolescencia. Las principales afectaciones se deben a dificultades de aprendizaje, por comportamientos antisociales, por contacto temprano con alcohol y otras drogas (Clark, de Wit y Iacono, 2014; Molina, Walther, Cheong, Pedersen, Gnagy y Pelham, 2014; Dirks, Scherbaum, Kis y Mette, 2017), o por problemas relacionados con conductas sexuales de riesgo, tales como prácticas sexuales en edades muy tempranas o embarazos no deseados (Harty, Galanopoulos, Newcorn, y Halperin, 2013; Meinzer, LeMoine, Howard, Stehli, Arnold, et al., 2020). Existen estudios que muestran diferencias significativas en el rendimiento académico, aun siendo el nivel de inteligencia similar a iguales (Moulin, Chollet, Ramos-Quiroga, Bouvard, Melchior y Galéra, 2017).

Las manifestaciones clínicas se prolongan en la edad adulta con implicaciones graves en el funcionamiento de la vida diaria (Sibley et al., 2012). Los adultos jóvenes que son diagnosticados con TDAH en la infancia son menos propensos a cursar estudios de educación superior, a mantener un trabajo constante, a responsabilizarse en la gestión de las finanzas y a conservar relaciones sociales adaptativas con los pares (Barkley, Fischer, Smallish y Fletcher, 2006). Cuando los síntomas persisten pueden conferir riesgos en la ejecución de diferentes áreas de desempeño ocupacional.

Varios estudios concluyeron que los problemas de conducta asociados con el TDAH y la presencia de hiperactividad-impulsividad eleva el riesgo de problemas relacionados con la conducción (Thompson, Molina, Pelham y Gnagy, 2007; Curry, Yerys, Metzger, Carey y Power, 2019). Así mismo, un ensayo clínico longitudinal estableció una relación entre el TDAH y la aparición de conductas antisociales, de trastornos por consumo de sustancias, existiendo mayor susceptibilidad para cometer conductas criminales en la adolescencia (Mannuzza, Klein y Moulton, 2008). Los metaanálisis más recientes sobre dependencias y nuevas tecnologías, relacionan el TDAH con una mayor predisposición a tener adicción a internet y a los videojuegos (Wang, Yao, Zhou, Liu y Lv, 2017; Razjouyan, Khademi, Dorandish y Davari-Ashtiani, 2020).

Herramientas complementarias de valoración

El cometido de la evaluación es describir el funcionamiento en los contextos para dictaminar las posibles intervenciones. La concepción principal es considerarlo como un trastorno biopsicosocial y la evaluación debe fundamentarse en una perspectiva amplia e incluir diferentes procedimientos con el fin de encontrar las manifestaciones principales y secundarias, la relación familiar y el funcionamiento biológico. Por otro lado, debido a que las condiciones del trastorno se pueden manifestar en distintas situaciones, se requiere una evaluación de diferentes ambientes.

La evaluación se realiza teniendo en consideración la situación clínica, el nivel intelectual y el rendimiento académico, los factores biológicos y la influencia del entorno familiar, escolar y social (Ramos, 2007; Ministerio de Sanidad, 2010). La situación clínica engloba la alteración comportamental y las anomalías psicológicas que tienen manifestación temporal. El nivel

intelectual y el rendimiento académico son las áreas principales donde debutan las manifestaciones clínicas. Es necesario clarificar la conducta del niño, el comportamiento y las habilidades para plantear y definir los problemas y los avances que se puedan experimentar. En cuanto a los factores biológicos, se hace una evaluación exhaustiva para identificar signos de alteraciones neurológicas, anomalías congénitas u otros indicios orgánicos que puedan ser relevantes para hallar el origen de la disfunción.

Actualmente, no existe ningún marcador biológico que pueda confirmar el diagnóstico del TDAH (Faraone, Bonvicini y Scassellati, 2014; Serrallach, 2016; Bonvicini, Faraone y Scassellati, 2017). El diagnóstico es clínico y se obtiene mediante una entrevista con los padres. El uso de pruebas complementarias se utiliza para apoyar la intervención y/o descartar otras causas. Estudios recientes han propuesto el uso de medidas focalizadas en las funciones ejecutivas (Wilkinson et al., 2017). Estas funciones se entienden como un conjunto de procesos que se vinculan con la regulación de la conducta y el pensamiento.

Las evaluaciones actuales se fundamentan en modelos empíricos y cognitivos con una orientación hacia una valoración multidimensional y multicontextualizada del comportamiento (Miranda, 2011). Debido a las características del TDAH, la información se obtiene de aspectos relacionados con a) la historia clínica y evolutiva, las estrategias disciplinarias que se utilizan, las tensiones familiares, las relaciones entre iguales, entre otros; b) el funcionamiento neurocognitivo relacionado con aspectos de capacidad atencional, el funcionamiento ejecutivo y las habilidades visomotoras; c) las dificultades asociadas, tales como problemas de aprendizaje, trastornos de conducta, trastornos emocionales, entre otros; d) las necesidades educativas relacionadas con la

baja productividad, la falta de motivación, incapacidad para seguir instrucciones, entre otras, que afectan el rendimiento académico en general; y e) los contextos de desarrollo del niño, con relación a la interacción que presenta en cada uno de ellos según las dificultades que el trastorno pueda ocasionar como la frecuencia, la intensidad o persistencia a través de cada contexto (Clavel, Carballo, García, Moeno y Quintero, 2008; Ministerio de Sanidad, 2010; Miranda, 2011).

En el modelo de desarrollo cognitivo-evolutivo, el niño en crecimiento percibe y construye la realidad basándose en la información ambiental circundante para construir sus representaciones internas (Cordeiro et al., 2010). La comprensión del desarrollo varía según como la persona en evolución sepa controlar el medio dinámico (Bronfenbrenner, 1986). La evaluación se enmarca en una concepción sistémica, preventiva y comunitaria (Lavigne y Romero, 2010).

Para la evaluación de las variables directamente relacionadas con el TDAH, se utilizan diferentes procedimientos e instrumentos, tales como entrevistas diagnósticas, escalas, evaluaciones de situaciones análogas, métodos de observación y test psicométricos de valoración neuropsicológica. Los datos se obtienen de diversos informantes, como la persona evaluada, padres o profesores y de distintas áreas de funcionamiento (Amador, Forns y González, 2010; Lavigne y Romero, 2010).

Las herramientas complementarias al diagnóstico, se utilizan para valorar constructos relacionados con las manifestaciones clínicas. La APA recomienda el uso de escalas para monitorizar la reducción de los síntomas. Los estudios que detallan la repercusión de los mismos son

numerosos, aunque es escasa la investigación que estudie los efectos del TDAH en otros aspectos de la salud del niño (*American Academy of Pediatrics*, 2011). El desarrollo de cuestionarios propios de CV relacionada con la salud ofrece la oportunidad de medir aspectos multidimensionales que afectan en otros constructos de la vida del niño y que no se tienen en consideración en las intervenciones actuales (Wallander, Schmitt y Koot, 2001; Pane, Solans, Gaité, Serra-Sutton, Estrada et al., 2006).

Tal y como predicen los dos modelos teóricos actuales, el Modelo Híbrido de Autorregulación y de las Funciones Ejecutivas sobre el TDAH y el Modelo de Alteración de las Funciones Ejecutivas (Barkley, Fischer, Smallish y Fletcher, 2006; Brown, 2006), los instrumentos revisados señalan la presencia de déficits en los procesos de atención, de capacidad para regular la conducta y de funcionalidad para dar respuesta a tareas metacognitivas de las funciones ejecutivas. A continuación (Tabla 8), se describen las dimensiones y los instrumentos que se pueden utilizar para realizar la valoración de este trastorno en distintos contextos de desarrollo del niño.

Tabla 8
Relación de herramientas que permiten la valoración complementaria del TDAH

	Prueba	Autor	Informante	Rango de edad	Breve descripción
Valoración neuropsicológica	Evaluación de la flexibilidad cognitiva				
	Escala Wechsler de Inteligencia para Niños (WISC IV)	Wechsler (2005)	Individual	De 6 a 16 años	Evaluación de capacidades cognoscitivas
	Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN)	Portellano et al. (2009)	Individual	De 6 a 12 años	Evaluación del nivel de madurez y del rendimiento cognitivo
	Evaluación del control inhibitorio				
	Wisconsin Card Sorting Test (WCST)	Heaton et al. (1993)	Individual	Desde los 6 años	Evaluación de la habilidad para la resolución conceptual de problemas y la flexibilidad e inhibición de respuestas
	Test de Colores y Palabras Stroop	Golden (1994)	Individual	Desde los 7 años	Evaluación de la ejecución en un proceso controlado de una tarea novedosa
	Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva (BRIEF-2)	Gioia, et al. (2015)	Individual	De 5 a 18 años	Evaluación de la regulación emocional, conductual y cognitiva
	Test de los Cinco Dígitos (FDT)	Sedó (2007)	Individual	Desde los 7 años	Evaluación del control atencional, la velocidad de procesamiento y la interferencia
	Evaluación de la organización y la planificación				
	Torre de Londres (TOL)	Shallice (1982)	Individual	De 7 a 14 años	Evaluación de los procesos de planificación y organización de tareas
	Evaluación de la memoria de trabajo				
	Figura compleja de Rey	Rey (1994)	Individual	Desde los 4 años	Evaluación de la capacidad visoperceptiva y visomotora y de la memoria visoespacial
	Memoria de Frases	Siegel y Ryan (1989)	Individual	Desde los 6 años	Evaluación de la memoria de trabajo verbal
	Test de Memoria y Aprendizaje (TOMAL)	Reynolds y Bigler (2001)	Individual	De 5 a 19 años	Evaluación de la memoria y el aprendizaje
Evaluación de la atención					

	Inventario de Trastornos de atención para niños	Barkley (1990)	Individual	Desde los 6 años	Evaluación de la capacidad atencional
	Conners Continuous Performance Test (CPT-II)	Conners (2000)	Individual	Desde los 6 años	Evaluación de la capacidad atencional global
	Protocolo Magallanes	García et al. (2011)	Padres y profesores	De 6 a 16 años	Evaluación de dificultades atencionales y otros síntomas de TDAH
	Tarea de Atención Sostenida en la Infancia–Revisada (CSAT-R)	Servera y Llabrés (2004)	Individual	De 6 a 10 años	Evaluación de la atención sostenida
	Test de Ejecución Continua (CPT-AX)	Ávila y Parcet (2001)	Individual	De 6 a 12 años	Evaluación de la atención sostenida
	Test de Percepción de Diferencias – Revisado (CARAS-R)	Thurstone y Yela (2012)	Individual	De 6 a 18 años	Evaluación de la atención y de la aptitud para percibir diferencias y patrones
	Test de Atención (d2)	Brickenkamp y Zillmer (1981)	Individual	De 8 a 10 años	Evaluación de la atención selectiva y de la concentración
	Test de Variables de Atención (TOVA)	Greenberg (1996)	Individual	Desde los 4 años	Evaluación de la atención sostenida
Herramientas complementarias	Barkley Home Situations Questionnaire (HSQ)	Barkley y Murphy (1998)	Padres	Desde los 6 años	Evaluación de síntomas y comportamientos relacionados con el TDAH en el contexto doméstico
	Formularios diagnósticos de Brown (ADD Diagnostic)	Brown (2001)	Individual	De 3 a 12 y de 12 a 18	Entrevista semiestructurada para la evaluación de la sospecha de trastorno de déficit de atención
	Diagnostic Interview for Children and adolescents-Revised (DICA-R)	Ezpeleta et al. (1997)	Individual y padres	De 6 a 12 años y de 13 a 17	Evaluación de problemas conductuales y emocionales
	Sistema de codificación de conductas hiperactivas de Barkley	Barkley (1990)	Maestros	Desde los 6 años	Observación de la conducta en el entorno escolar
	Conners' Parenting Rating Scale (Conners 3P-S)	Conners (2008)	Padres	De 6 a 11 años	Evaluación de problemas de conducta, hiperactividad, inatención e índice de TDAH
	Conners' Teacher Rating Scale (Conners 3T-S)	Conners (2008)	Profesores	De 6 a 11 años	Evaluación de problemas de conducta, hiperactividad, inatención e índice de TDAH
	Registro de conducta infantil (Child	Achenbach (1991)	Padres y maestros	De 6 a 16 años	Evaluación de conductas adaptativas

Behavior Check list)				
Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (EDAH)	Ferre y Narvona (2001)	Maestros	De 6 a 12 años	Evaluación de principales rasgos del TDAH y de comorbilidades conductuales
Formulacio diagnóstico de TDAH	Brown (1996)	Individual, padres y maestros	Desde los 6 años y adultos	Evaluación de síntomas relacionados con el TDAH
ADHD Rating Scale-IV	DuPaul (1997)	Padres y maestros	De 6 a 18 años	Cribado para la detección del TDAH
Entrevista Clínica Semiestructurada para TDAH de Barkley	Barkey (1991)	Padres	Desde 6 años	Evaluación de la sintomatología
Cuestionario TDAH	Amador et al. (2005)	Padres y maestros	De 4 a 12 años	Evaluación de los síntomas nucleares

Nota. Fuente: Elaboración propia.

La variabilidad de instrumentos permite una valoración más objetiva, cuantificable y fiable sobre la presencia de sintomatología y comorbilidad. Proporcionan, en definitiva, un recurso valioso de exploración sistemática, la medición de procesos con mayor precisión y la observación estandarizada y objetiva de la conducta (Quinlan, 2003).

El nivel intelectual no es un criterio diagnóstico para el TDAH, aunque es importante realizar la evaluación para enfocar la intervención. El uso de la *Escala Wechsler de Inteligencia para niños (WISC-IV)* (Corral, Arribas, Santamaría, Sueiro y Pereña, 2005) es una herramienta que permite conocer la capacidad intelectual. Ofrece índices de Comprensión Verbal, Razonamiento Perceptual, Memoria de Trabajo y Velocidad de Procesamiento.

La evaluación de las funciones ejecutivas es importante, ya que se ha obtenido información sobre la posible involucración en el origen del TDAH. La *Torre de Londres* (Injoque-Ricle y Burin, 2008) se utiliza para obtener información sobre la capacidad para la resolución de problemas, planificación de la ejecución y de la organización. El *Test de Colores y Palabras Stroop* (López-Villalobos et al., 2010) valora la capacidad para controlar respuestas automáticas e inhibir la interferencia de estímulos. El *Wisconsin Card Sorting Test* evalúa la capacidad de abstracción y de estrategias cognitivas como respuesta a los cambios que se producen en las contingencias ambientales (Areny-Balagueró, 2015).

La evaluación de la memoria de trabajo permite analizar y manejar la información para dar una respuesta acorde a las demandas del entorno y guiar una acción. El *Test de Copia de una Figura Compleja* (Rey, 1997) valora la exactitud, construcción y rapidez de constructos relacionados con

la actividad perceptiva, el control motor y la memoria visual. La prueba *Memoria de Frases* (Hernández et al., 2012) se centra en la memoria de trabajo verbal.

El *Test de Variables de Atención* (TOVA) (Greenblatt, Mattis y Trad, 1991) es un instrumento de utilización clínica que valora los procesos de atención sostenida visual y auditiva. Una de las ventajas es que los procedimientos no son mediante letras o números, por lo que es menos susceptible al efecto de las dificultades de aprendizaje.

El *Protocolo Magallanes* (García y Magaz, 2011) está formado por una serie de preguntas que tienen por objetivo recabar datos sobre problemas de conducta y/o académicos relacionados con el déficit atencional. Los datos se obtienen del rendimiento que el niño presenta en actividades básicas de la vida diaria, en el manejo de contingencias en el colegio y en el tipo de relación social de acuerdo a la edad.

El *Registro de Conducta Infantil* (Achenbach, 1991) es una escala estandarizada que se utiliza para valorar manifestaciones psicológicas en ambientes clínicos y de investigación. Evalúa las capacidades del menor en las tareas de la vida diaria, en el ámbito social y el rendimiento académico. Cuenta con un test para valorar los síntomas de atención y de agresividad.

Los padres son la principal fuente de información y aportan datos sobre interacciones en el contexto familiar. Barkley solicita a los progenitores que identifiquen situaciones concretas y que sean problemáticas. Las entrevistas con el profesorado son importantes porque el colegio es el entorno donde los niños y las niñas pasan más tiempo y desarrollan las habilidades de socialización. La principal finalidad de evaluación son los

problemas de aprendizaje y las relaciones con iguales. Se recogen datos del desarrollo, historial médico y escolar, problemas de conducta, relaciones sociales y estrategias empleadas (Barkley, 2014). Esta herramienta es ampliamente utilizada para observar al niño en diferentes contextos y situaciones controladas.

Las *escalas de Conners* son los instrumentos que más se han empleado en el TDAH porque son fáciles de utilizar y tienen una validez adecuada (Farré-Riba y Narbona, 1997; Deb, Dhaliwal y Roy, 2008). Hay diferentes versiones de las escalas de calificación de conductas de Conners y tienen por objetivo extraer información de los padres y los profesores (Wicks-Nelson y Israel, 2005). También contiene una autoevaluación para los adolescentes.

Brown (2014) diseñó autoinformes que evalúan la inatención con un formato de entrevista clínica que pueden usarse en niños, adolescentes y adultos, aunque actualmente no está disponible la versión española de las herramientas.

1.1.6. Tratamiento y métodos de intervención

La conceptualización histórica del trastorno ha ejercido gran influencia en el tratamiento del TDAH debido a la importancia de los síntomas nucleares y por las distintas interpretaciones de la etiología (Antshel, Hargrave, Simonescu, Kaul, Hendricks y Faraone, 2011).

En los años 50, se plantearon dos enfoques distintos sobre el tratamiento inicialmente contrapuestos: el abordaje farmacológico y el tratamiento

psicológico. Bradley, en 1937, descubrió de manera fortuita el efecto del sulfato de anfetamina en los síntomas nucleares y es a partir de esta época cuando se generaliza su uso en el TDAH (Leahy, 2017).

En los años 70, aparecen otras alternativas de tratamiento basadas en las técnicas de modificación de conducta (Matthews, Nigg y Fair, 2014). La concepción inicial de un *daño cerebral* de etiología orgánica, cuyos déficits conductuales podían ser modificados, generó intervenciones aplicando técnicas operantes de modificación de conducta, tales como refuerzo positivo, extinción y economía de fichas, para reducir comportamientos inadecuados y fortalecer respuestas compatibles con la manifestación sintomática y la relación contextual.

En los años siguientes, se empiezan a desarrollar técnicas específicas para el abordaje del niño con TDAH tales como el entrenamiento en autoinstrucciones (Meichembaum y Goddman, 1971), el entrenamiento en habilidades cognitivas de resolución de problemas y estrategias basadas en los principios de modificación de conducta dirigidas al entrenamiento de padres (Forehand y MacMahon, 1981; O'Leary y Kaufman, 1983; Barkley, 1987).

Cada una de estas técnicas de intervención forma parte de un modelo de intervención dentro de un amplio espectro desde un enfoque cognitivo-conductual, el cual se combina cuando es necesario con tratamiento farmacológico.

A finales de los años 90, el *National Institute of Mental Health*, diseñó el primer estudio longitudinal multicéntrico para valorar los efectos de distintas intervenciones en este trastorno (*The MTA Cooperative Group*,

1999). La muestra estaba formada por 579 niños con TDAH combinado, de edades comprendidas entre los 7 y los 10 años y las intervenciones tuvieron un seguimiento de 14 meses. La distribución se realizó al azar en cuatro grupos de tratamiento con a) metilfenidato de liberación inmediata aplicado directamente por los equipos investigadores; b) tratamiento conductual basado en técnicas psicológicas estructuradas; c) metilfenidato de liberación inmediata administrado desde la comunidad sin un control exhaustivo; d) tratamiento combinado con las opciones a y b juntas. Los resultados mostraron que en todos los grupos se redujeron los síntomas, aunque las cifras en los grupos a y d fueron estadísticamente superiores. La opción combinada fue la medida terapéutica con más porcentaje de respuestas positivas. Este estudio afianzó la necesidad de implementar estudios multidisciplinares y realizar un abordaje integral que incluya medidas psicológicas, sociales y ocupacionales (The MTA Cooperative Group, 1999; Jensen et al., 2001; Quintero, Correas y Quintero, 2009).

Distintas investigaciones indican que la intervención terapéutica más adecuada es el tratamiento combinado que incide en la reducción de las manifestaciones sintomáticas y actúa en las complicaciones que puedan surgir (Brown, 2006; Posner, Polanczyk y Sonuga-Barke, 2020). El objetivo del tratamiento es reducir los síntomas, aumentar la funcionalidad diaria, adaptar el entorno a las necesidades del individuo y ofrecer una CV óptima. Las herramientas de evaluación se limitan a estudiar la reducción de los síntomas utilizando escalas de comportamiento que son completadas por los profesionales, padres o profesores (Kazdin, 2005; Ramos, 2007; Quintero, Correas y Quintero, 2009).

Según Barkley, Fischer, Smallish y Fletcher (2006), con niños menores de 5 años, el tratamiento se realiza mediante técnicas conductuales. Desde los 6

años, se combina el tratamiento farmacológico, y si es preciso, la terapia psicológica y las intervenciones psicoeducativas.

Pelham y Fabiano (2008) recomiendan que el trabajo terapéutico se oriente hacia una reorganización educativa y comportamental complementada con actividades de descarga motriz. Si el TDAH se presenta con otras disfunciones específicas, tales como trastorno del lenguaje, problemas de psicomotricidad, entre otros, se recomienda la rehabilitación, la estimulación cognitiva y la intervención psicopedagógica de otros profesionales, ya que el planteamiento terapéutico global constituye una parte esencial del abordaje.

Según Quintero (2008), la intervención se aplica atendiendo a lo recomendado por las guías clínicas y protocolos y con la intervención de distintos especialistas y profesionales en estrecha relación con el entorno familiar y escolar. Weis (2012) detalla que el tratamiento tiene que concebir la psicoeducación con los progenitores, la familia y el entorno escolar. Estos deben actuar como agentes con información sobre la naturaleza del trastorno, la clínica y la evolución. La primera fase de la intervención es el manejo de situaciones concretas y los problemas que se derivan de ellas.

1.1.6.1. Abordaje farmacológico.

La intervención farmacológica presenta una efectividad buena en cualquiera de los subtipos de TDAH. Está destinado al control, o en todo caso, a la mejoría de los síntomas nucleares. Las intervenciones farmacoterapéuticas con psicoestimulantes fueron durante mucho tiempo los fármacos de elección, aunque disminuyó la prescripción debido al

riesgo de producir alteraciones en el estado de ánimo, del sueño o del apetito, o la posible exacerbación de los tics (San Sebastián y Quintero, 2008).

Se han reportado estudios que demostraron que entre el 10 y el 30 % de los pacientes son resistentes al tratamiento. Este hecho alentó la búsqueda de métodos alternativos como el bupropión, el modafinilo, los antidepresivos tricíclicos o los noradrenérgicos alfa-2 (Kim, Sharma y Ryan, 2015). Sin embargo, la atomoxetina fue el primer fármaco no estimulante que ha demostrado su eficacia en niños y en adultos (Purper-Ouakil, Fourneret, Wohl y Rénéric, 2005).

Se sabe que los estudios de farmacogenética con metilfenidato se han visto obstaculizados por una serie de limitaciones y los resultados suelen ser inconsistentes (Froehlich et al., 2011; Unal, Unal, Alikasifoglu y Cetinkaya, 2016). La variación en el tamaño de la muestra, la composición y exposición a riesgos ambientales puede contribuir a las diferencias en los resultados.

Existe literatura científica (Froehlich, McGough y Stein, 2010) que contrapone estos hechos, y demuestra que el uso de medicamentos estimulantes en el TDAH ejerce efectos terapéuticos mediante el aumento de la cantidad de dopamina y noradrenalina en la sinapsis neuronal. De hecho, la medicación con psicoestimulantes es la que cuenta con más apoyo empírico sobre su eficacia y con mayor recomendación de guías clínicas europeas y americanas para el tratamiento del TDAH (Thome et al., 2012; National Institute on Drug Abuse, 2014; Wong et al., 2017). Según Barbaresi (2006), el 75% de los pacientes en edad infantil muestran una respuesta clínicamente significativa al tratamiento con medicación

estimulante. La Tabla 9 detalla el tipo de medicación que forma parte del procedimiento farmacológico.

Tabla 9
Fármacos utilizados en el tratamiento del TDAH

Tipo químico	Fármaco
Estimulantes	
Estimulantes	Metilfenidato*, lisdexanfetamina*, pemolina, dextroanfetamina, sales de anfetamina
Agentes dopaminérgicos	Modafinilo
No estimulantes	
Inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina	Atomoxetina*
Antidepresivos	Bupropión, antidepresivos, tricíclicos, IMAO
Agentes adrenérgicos	Clonidina, guanfacina*
Agentes nicotínicos	Nicotina, agonistas de la nicotina

Nota. Fuente: Adaptado de Amador, J.A., Forns, M., y González, M. (2010). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Madrid: Síntesis.

*Fármacos aprobados por la Agencia de Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para el TDAH en nuestro país.

Con respecto a la continuidad y adherencia al tratamiento, las complicaciones se relacionan con los problemas de abandono al tratarse de intervenciones prolongadas, con tasas del 50% en tratamientos superiores a los 6-9 meses (Bijlenga, Kulcu, van Gellecum, Eryigit y Kooij, 2017) y abandonos masivos durante la adolescencia y del 70% tras un período de medicación de 12 meses (Gajria et al., 2014).

Fármacos estimulantes

Los estudios de comparación entre la eficacia de fármacos estimulantes no han encontrado diferencias entre ellos (Newcorn et al., 2017). Tampoco se han encontrado entre las formulaciones de acción inmediata y las de liberación lenta (Soutullo et al., 2003). Con respecto a los subtipos de TDAH no se han reportado cambios significativos con relación a las categorías diagnósticas en respuesta al tratamiento con metilfenidato (Unal, Unal, Alikasifoglu y Cetinkaya, 2016; Gomez-Sanchez et al., 2017).

El metilfenidato, en la forma de liberación inmediata y en la prolongada, y la lisdexanfetamina son los únicos fármacos estimulantes aprobados para el tratamiento del TDAH en España (Hong, Dilla y Arellano, 2009; Frampton, 2018; Pérez-Lescure Picarzo, Centeno Malfaz, Collell Hernández, Crespo Marcos, Fernández Soria, Manso García et al., 2020). La absorción del metilfenidato de acción inmediata es rápida, la concentración plasmática se produce a la hora y la mejoría clínica aproximada de la dosis oscila entre dos y cuatro horas (Soutollo y Díez, 2007). La eficacia esperada para ambos tratamientos es similar y los resultados terapéuticos no muestran grandes diferencias (Coghill, Banaschewski, Lecendreux, Soutullo, Zuddas, Adeyi y Sorooshian, 2014).

Un estudio de Jensen (2001) evaluó durante 14 meses la eficacia de distintas intervenciones, tales como terapia de conducta altamente estructurada, terapia cognitivo-conductual y tratamiento con metilfenidato. Los resultados demostraron que el tratamiento combinado constituyó la medida terapéutica con mayor éxito. La combinación también mejoraba otros síntomas comórbidos como comportamientos desafiantes y agresivos, habilidades lectoras o las interacciones sociales.

La dextroanfetamina, la pemolina, la mezcla de sales de anfetamina o el modafinilo son fármacos que alcanzan su pico plasmático en dos horas y con un efecto entre siete y nueve horas por lo que se pueden suministrar en una dosis diaria (Soutollo y Díez, 2007; Stevens, Wilens y Stern, 2013; Bruxel et al., 2014; McCabe, Veliz, Wilens y Schulenberg, 2017). La dextroanfetamina se puede utilizar como primera elección o cuando no se responde de manera adecuada al metilfenidato.

El uso de la pemolina está limitado y desaconsejado debido a los efectos secundarios que provoca (Wilens y Morrison, 2012). Para la prescripción, los progenitores deben dar un consentimiento firmado y se obliga a una analítica cada dos semanas.

La mezcla de sales de amfetamina ejerce un efecto modulador sobre la dopamina y la noradrenalina. También se puede utilizar como primera opción o en pacientes que no responden al metilfenidato o a la dextroamfetamina.

El modafinilo es un estimulante no amfetamínico utilizado para la narcolepsia o alteraciones del sueño. El uso en el TDAH está relacionado con la reducción de los síntomas, aunque existen pocos estudios que demuestren la utilidad del modafinilo en este trastorno (Greenhill et al., 2006; Wang et al., 2017).

Menos del 4% de la población infantil que recibe tratamiento farmacológico suspende la medicación a causas de los efectos negativos (Dalsgaard, Nielsen y Simonsen, 2014; Catalá-López et al., 2017). Los efectos secundarios son escasos y los posibles efectos adversos más frecuentes se dan al inicio del tratamiento. Se han descrito casos de pérdida de apetito, náuseas o taquicardias; y en casos puntuales alucinaciones, tics o episodios psicóticos (Quintana et al., 2007). El efecto secundario más estudiado a largo plazo es el retraso en el aumento de peso y altura siendo menores con la atomoxetina que con el metilfenidato (Roskell, Setyawan, Zimovetz y Hodgkins, 2014).

Cuando se elimina el tratamiento farmacológico los cambios positivos no se mantienen en el tiempo. Tras el abandono de la farmacoterapia,

diversos estudios prospectivos (Storebø et al., 2015; Quinn et al., 2017) han demostrado que los problemas emocionales, académicos y derivados de los síntomas continúan en la adolescencia y edad adulta.

Fármacos no estimulantes

La respuesta clínica al metilfenidato puede estar ausente o ser insuficiente entre el 20-30% de los niños y niñas en tratamiento y la concurrencia de los efectos adversos del metilfenidato, tales como trastornos del sueño, pérdida del apetito, aumento de tics, entre otros, requiere una reducción de la dosis o incluso la suspensión del tratamiento.

La atomoxetina es un fármaco alternativo para el tratamiento del TDAH (Purper-Ouakil, Fournieret, Wohl y Rénéric, 2005). Es un inhibidor selectivo de la recaptación de la noradrenalina, mejora la concentración y la atención. Se ha comprobado que disminuye la hiperactividad y la agresividad y aumentan las conductas de atención. Está aprobada para el tratamiento del TDAH en España (Catalá-López, Hutton, Núñez-Beltrán, Page, Ridao, Macías, et al., 2017; Pérez-Lescure Picarzo, Centeno Malfaz, Collell Hernández, Crespo Marcos, Fernández Soria, Manso García, et al., 2020).

El bupropión es una medicación antidepresiva con un efecto positivo sobre la hiperactividad (ThaDeang et al., 2011; Cortese et al., 2017). Actúa como un agente inhibidor de la recaptación de noradrenalina-dopamina y los efectos aparecen tras tres semanas de inicio del tratamiento. Se ha demostrado que existe riesgo de convulsiones epilépticas que desaparecen tras abandonar la medicación.

La guanfacina es un fármaco antihipertensivo que también se utiliza para el tratamiento de los síntomas del TDAH (Catalá-López et al., 2017). Es útil mejorar el rendimiento en tareas y en las funciones ejecutivas. Algunos estudios han demostrado que la guanfacina reduce la sintomatología de manera significativa con respecto al placebo en adultos (Joseph et al., 2017). Está aprobada para el tratamiento del TDAH en España (Catalá-López, Hutton, Núñez-Beltrán, Page, Ridaó, Macías et al., 2017; Pérez-Lescure Picarzo, Centeno Malfaz, Collell Hernández, Crespo Marcos, Fernández Soria, Manso García et al., 2020).

1.1.6.2. Modalidades de intervención no farmacológica.

El abordaje debe incluir unos objetivos fundamentales ajustados a las necesidades específicas de cada individuo. Con el fin de enfatizar las necesidades del tratamiento combinado se han detallado unas líneas de actuación a tener en consideración (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, 2010; National Institute for Health and Care Excellence, 2015): aportar información sobre la naturaleza, causas y evolución del trastorno y los beneficios y riesgos de las opciones terapéuticas más actuales; registro de la medicación y ajuste del mismo; proporcionar intervención cognitivo-conductual; tratar los trastornos comórbidos si interfieren significativamente; y enseñar habilidades y estrategias para el manejo en el día a día, incluyendo el entorno familiar y escolar.

La finalidad del tratamiento es conseguir la máxima autonomía en la regulación comportamental, como la adaptación a normas o la aceptación de límites; la autonomía físico-funcional, como unos hábitos de vida independientes; la autonomía cognitiva, como la capacidad autorreflexiva

o de autocorrección; y la autonomía emocional, teniendo en consideración las relaciones satisfactorias con el entorno. En la Tabla 10 se nombran intervenciones no farmacológicas en el trastorno.

Tabla 10
Diferentes abordajes de tratamiento no farmacológico en el TDAH

Tipo de abordaje	Intervención	
Intervención comportamental-educativa	Técnicas para fortalecer conductas existentes <hr/> <i>Reforzamiento positivo</i> <hr/> <i>Rol asignado</i>	
	Técnicas operantes de modificación de conducta <hr/> Técnicas para reducir y/o eliminar conductas <hr/> <i>Extinción</i> <hr/> <i>Práctica positiva</i> <hr/> <i>Castigo negativo</i> <i>Tiempo fuera</i> <hr/> <i>Reforzamiento diferencial</i>	
	<hr/> Técnica de elogio y extinción <hr/>	
	<hr/> Programa de economía de fichas <hr/>	
	<hr/> Contrato de contingencia <hr/>	
	<hr/> Sobrecorrección <hr/>	
	Intervenciones cognitivas específicas dirigidas al niño	Estrategias de autorregulación y conductuales <hr/> Autoobservación y autoevaluación <hr/> Entrenamiento en autoinstrucciones <hr/> Entrenamiento en autocontrol <hr/> Desarrollo de habilidades metacognitivas: técnicas de resolución de problemas <hr/> Entrenamiento en habilidades sociales <hr/>
<hr/> Programa de intervención cognitivo-conductual en niños <hr/>		
Programas de entrenamiento parental		Protocolos de entrenamiento parental <hr/>

Nota. Fuente: elaboración propia a partir de Maciá, D.A. (2012). *TDAH en la infancia y la adolescencia: Concepto, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide Psicología; National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): The NICE guideline on diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*. London: NICE.

El TDAH produce un deterioro importante en el niño y en los entornos del mismo. Las dificultades pueden llegar a manifestarse en el rendimiento escolar, en las relaciones interpersonales con iguales, siendo característica la baja autoestima. En este ámbito, el tratamiento cognitivo-conductual ha demostrado una eficacia elevada (Pelham, Fabiano, Waxmonsky, Greiner, Gnagy et al., 2016; Coles, Pelham, Fabiano, Gnagy, Burrows-MacLean et al.,

2019). Se centra en el niño y en sus entornos. La aplicación se prolonga durante todo el desarrollo y utiliza como agentes del cambio a los progenitores, al propio implicado y al entorno escolar.

Intervención comportamental-educativa

La intervención comportamental-educativa se realiza mediante el entrenamiento de los padres y profesores en técnicas para modificar la conducta (Maciá, 2012). Este entrenamiento dota de recursos teóricos y técnicos y se utiliza para modificar el comportamiento social y reducir las conductas desadaptativas actuales o para prevenir la aparición de otras.

El comportamiento de un niño con TDAH genera relaciones deterioradas con los padres y también con hermanos (Kvist, Nielsen y Simonsen, 2013; Peasgood, et al., 2016). Otros estudios también detallan estrés, ansiedad o depresión (Segenreich, Paez, Regalla, Fortes, Faraone, Sergeant y Mattos, 2015; Agha, Zammit, Thapar y Langley, 2017).

La modificación de conducta infantil con técnicas operantes es un procedimiento con varias ventajas. Se interviene en el ambiente natural donde se aprenden y ejemplifican; los logros alcanzados se mantienen con más facilidad en el tiempo porque se desarrollan en el contexto de aprendizaje natural; y la intervención se realiza en el contexto donde el niño pasa más tiempo y con quienes tienen mayor control sobre la conducta del menor.

Martin y Pear (1999), detallan que las técnicas operantes son el instrumento más utilizado en niños con TDAH. Los progenitores y

profesores actúan como coterapeutas. Estas se agrupan en las que son utilizadas para fortalecer conductas existentes y en las que ponen en práctica para reducir o eliminar conductas desadaptativas.

a) Técnicas para fortalecer conductas existentes.

Las técnicas operantes son las más utilizadas habitualmente para el incremento o el mantenimiento de la conducta (Ruíz, Días, y Vilalobos, 2012). Se deben comentar tres conceptos clave: el refuerzo, el reforzamiento y el reforzador. El refuerzo es el proceso de aprendizaje relacionado con la probabilidad de la conducta por una asociación con un estímulo. El reforzamiento es el procedimiento que se utiliza para llegar al aprendizaje. El reforzador es estímulo empleado que acompaña al reforzamiento. Las técnicas más utilizadas para modificar la conducta en la población infantil con TDAH son el *reforzamiento positivo* y el *rol asignado*.

En el *reforzamiento positivo*, se presenta un estímulo contingente tras la presencia de una conducta para aumentar la probabilidad de que se repita de nuevo. Se usa el refuerzo positivo ante conductas que se consideran adecuadas y que ya están presentes en el comportamiento del niño. Un estímulo que se introduce tras la ejecución de una conducta deseable aumenta la frecuencia e incrementará previsiblemente la autonomía del niño.

Son diversos los autores que proporcionan recomendaciones para potenciar la eficacia del reforzamiento positivo (Mayer, 1995; Gelfand, y Hartmann, 2008; Maciá, 2012). Las directrices tienen por objetivo

garantizar la implementación de la estrategia y detallar los pasos a seguir desde el inicio hasta que se logre el efecto deseado.

Para que sea efectivo se deben emplear distintos tipos de reforzadores. Guerrero (2016) describe una clasificación en cuatro grupos según su naturaleza: materiales, comestibles, afectivos/sociales y de actividad. Los refuerzos materiales son las consecuencias de tipo físico. Tienen una efectividad alta y funcionan a largo plazo. Los refuerzos comestibles son los más utilizados y requiere que sean apetecibles para el niño. Los refuerzos afectivos y sociales son muy efectivos y tienen gran relevancia en la autoestima, aumentando la motivación intrínseca. Se puede aplicar desde un guiño o una sonrisa hasta un abrazo o alabanzas en público. Los refuerzos de actividad consisten en realizar actividades o juegos que resulten motivantes.

El *rol asignado* se trata de un principio de reforzamiento positivo muy sencillo, pero con unos resultados efectivos que dependen de la capacidad de los adultos para interferir en la conducta del niño. El uso se puede generalizar para incrementar conductas positivas o eliminar aquellas que no son deseables.

Se comenta ante el niño la conducta que se espera de él, cerciorándose de que lo escucha, pero no se le hace partícipe en la conversación. Se hacen elogios hacia una conducta y el cambio positivo que se ha observado. Se le encasilla en un rol determinado por el que es valorado y elogiado por los adultos. El comentario está fundamentado en un hecho real y por lo tanto se aplica a conductas muy concretas para reforzar las positivas o para extinguir las indeseables.

b) Técnicas para reducir y/o eliminar conductas.

El aprendizaje surge del supuesto de que las conductas se prolongan o mantienen por las consecuencias que producen, por lo tanto, la conducta desaparece cuando produce consecuencias desagradables.

El castigo es una experiencia contigua a una conducta que hace que disminuya la probabilidad de la repetición en el futuro. Debe suponer una señal que indique que se ha sobrepasado un límite impuesto a una conducta o norma.

I. Extinción.

El objetivo de la extinción es eliminar o disminuir una conducta disruptiva. Se identifican los reforzadores que hacen que la conducta se prolongue y se retiran. La atención o el contacto físico de los adultos funcionan como un reforzador positivo y posibilitan que la conducta incremente en frecuencia. Por el contrario, ignorar conductas inadecuadas provoca la reducción a corto plazo y/o desaparición del comportamiento inapropiado. El niño no obtiene "recompensas" que sigan a las conductas problemáticas por lo que terminan extinguiéndose. La eficacia de esta técnica se incrementa cuando se emplea con el refuerzo positivo.

El proceso de extinción es gradual, por lo que no es una herramienta adecuada para la reducción de conductas agresivas o lesivas. Cuando se comienza a utilizar, la ausencia del reforzamiento de una conducta produce un incremento significativo de la intensidad o de la frecuencia de aparición (Ruíz, Días y Vilalobos, 2012). En ocasiones, la conducta negativa

desaparece durante un tempo por falta de reforzamiento, no obstante, si se mantiene la ausencia del mismo, volverá a desaparecer.

En algunos niños se produce el "efecto pared". La presencia de los padres refuerza el comportamiento-problema, por lo que se utiliza un programa con directrices concretas para extinguir las conductas inadecuadas.

II. Práctica positiva.

La práctica positiva, o castigo positivo, consiste en efectuar con mayor intensidad una conducta que fue incumplida o realizarla de forma exagerada con consecuencias en las que adquiera un aprendizaje para ocasiones futuras. Para hacer que disminuya, se aplica un estímulo aversivo inmediato, ya que se produce una interrupción de la conducta-problema.

El estímulo aversivo y el grado de malestar que genera varía en cada individuo. Del mismo modo, para que actúe como castigo depende de la situación en la que se aplique, quien lo suministre y si el estímulo aversivo que se aplica en la conducta a extinguir se mantiene por un reforzamiento más potente.

III. Castigo negativo.

En el castigo negativo, se retiran los refuerzos positivos tras la conducta no deseada para disminuir su aparición y eliminarla. Existen dos técnicas de modificación conductual: el tiempo fuera y el coste de respuesta (detallado en punto d) Programa de economía de fichas).

- Time out (tiempo fuera).

El tiempo fuera tiene por objetivo eliminar los comportamientos negativos que están originados por llamadas de atención al entorno (padres, compañeros, profesores, entre otros). Se procede a la retirada de atención y se saca al niño del lugar. Se le explica porqué está fuera con un lenguaje claro, con un tono tranquilo y se le informa que podrá entrar cuando esté más calmado. Durante el *time out* las conductas alternativas adecuadas se refuerzan. Se recomienda que el tiempo fuera tenga una duración igual a la edad del niño.

IV. Reforzamiento diferencial.

Esta estrategia de modificación se utiliza para ignorar las conductas inadecuadas y reforzar las positivas. Resulta apropiado combinarla con la extinción y el refuerzo positivo de una conducta deseable que se produzca de forma alternativa.

c) Técnica de elogio y extinción.

La extinción tiene por objetivo ignorar de manera continua una conducta hasta que desaparezca por sí misma de forma natural. Es una estrategia que requiere gran capacidad de autocontrol por parte de quienes la pongan en práctica. El elogio de conductas positivas contribuye a reforzar el buen comportamiento, así como la desaparición de los incorrectos.

d) Programa de economía de fichas.

El objetivo de esta herramienta es fomentar, entrenar e implantar unas conductas deseables y positivas que fomenten la tolerancia de normas o límites en el hogar o en el colegio e inicien la autonomía personal en el día a día. Los refuerzos (premios) se administran utilizando estímulos (fichas o puntos) que actúan como reforzadores simbólicos y son otorgados tras comportamientos adecuados previamente pactados con el niño. Cada estímulo se intercambia por un refuerzo que se ha elegido con el niño antes de poner en práctica la técnica.

Esta herramienta, aunque requiere una programación adecuada, permite trabajar distintos puntos simultáneamente. Consta de dos etapas: en la primera se identifican las conductas a cambiar o las responsabilidades que serán trabajadas, a posteriori, se seleccionan unos reforzadores que sean atractivos y motivadores para el niño. Es recomendable que antes de empezar se detallen las condiciones para conseguir los premios y se elabore un registro que sea claro y visual. En la segunda, se procede a la retirada paulatina del sistema de fichas y se instauran nuevas conductas o responsabilidades que se deseen introducir.

e) Contrato de contingencias.

En el contrato de contingencias se detalla de manera concreta y sencilla el comportamiento que se espera del niño y las consecuencias positivas y negativas que ocurrirán. Es un documento que está firmado por ambas partes, progenitores, profesores o terapeuta, y el niño. Se especifican fechas a corto y largo plazo para revisar si los objetivos se están cumpliendo.

El contrato debe proveer refuerzos continuos de las conductas que se acercan gradualmente al comportamiento deseado, para evitar que el niño se desmotive y abandone. Si fuera necesario aplicar penalizaciones, no serán excesivamente sancionadoras.

f) Sobrecorrección.

Kazdin (2012) detalla que es un procedimiento que se emplea para reducir conductas con la realización de las tareas que pueden ser molestas o suponer algún tipo de esfuerzo. A diferencia del castigo negativo, la sobrecorrección tiene una función educativa que incluye la puesta en práctica de conductas alternativas o incompatibles con la conducta inapropiada (Ruíz, Días y Vilalobos, 2012).

Según Labrador (2011), la sobrecorrección puede ser restitutiva o positiva. La primera garantiza un aprendizaje correcto de una acción que se está realizando de manera inadecuada. La segunda permite nuevos aprendizajes mediante la repetición de acciones de forma reiterada.

A diferencia de otras técnicas, cuyas normas son guiadas por el adulto, en esta el control lo ejerce el niño. Luria (1986), estableció las fases que regulan la propia conducta mediante el lenguaje interno: a) el adulto dirige al niño mediante directrices auditivas; b) el niño sigue la orden dirigiéndose el mismo en voz baja según la premisa del adulto; c) repite la orden la voz alta; d) interioriza la orden y el niño se autodirige mediante el lenguaje interno.

A continuación se explica la intervención comportamental-educativa aplicada en el entorno escolar. El contexto educativo es una de las bases centrales en la evolución psicológica, social y emocional del niño puesto que es el entorno donde pasa más tiempo. El aula constituye un lugar donde los síntomas se pronuncian de forma más acuciada debido a las exigencias que el medio requiere, motivo por el cual es importante la colaboración de los tutores y profesores con los otros agentes que intervienen con el niño con TDAH.

Para el profesorado, hay herramientas psicoeducativas que se utilizan para detectar la sintomatología y manejar las conductas problemáticas, empleando técnicas cognitivo-conductuales aplicadas en el aula. Se enseñan, también, estrategias para emplear adaptaciones psicopedagógicas adaptadas para el aprendizaje de los menores con TDAH (Fundación CADAH, 2012; Orjales, 2012).

Se han encontrado varias investigaciones que muestran una relación positiva entre los conocimientos sobre el TDAH del profesorado y la eficacia de las intervenciones que realizan en el aula (Vereb, y DiPerna, 2004; Lawrence, Estrada y McCormick, 2017).

Las *estrategias educativas en el aula* son intervenciones que tienen por objetivo asesorar y orientar al profesorado para que ejerza un papel activo en la atención a la diversidad y, en concreto, a las necesidades del alumnado con TDAH. Los programas se centran en la adquisición de nociones sobre la etiología del trastorno, en el entrenamiento y aplicación de técnicas operantes para un manejo correcto de situaciones disruptivas en el aula, instrucciones en habilidades de autorregulación y destrezas de conflictos en las relaciones interpersonales con el alumno; así como en la

potenciación del aprendizaje mediante modificaciones curriculares adaptadas a la capacidad y potencial del niño con TDAH.

Según DuPaul (2014), la implicación y la predisposición del profesorado son necesarias para que el niño tenga experiencias exitosas en el colegio. Los programas implantados en el ámbito escolar han demostrado eficacia en el control de la sintomatología y en los problemas derivados (Anhalt, McNeil y Bahl, 1998; Fernandez, Gold, Hirsch y Miller, 2014).

El entrenamiento se sustenta en los mismos principios que en el programa de padres, utilizando estrategias similares. Los objetivos varían y se centran en las dificultades que se manifiestan en el aula (Gureasko-Moore, DuPaul y White, 2007; Evans, Langberg, Egan y Molitor, 2014), como adaptarse a normas, seguir instrucciones de clase y de comportamiento y planificar y organizar el trabajo escolar. A nivel social, se trabaja la interacción adecuada con compañeros y profesores. Si en un aula está un niño con necesidades educativas específicas, se forma al docente para que sea capaz de utilizar estrategias que ayuden a lograr los objetivos generales del grupo y del niño con TDAH.

Las *técnicas cognitivo-conductuales en el aula* ofrecen herramientas al niño para que sea capaz de valorar de forma más objetiva su comportamiento y las actuaciones ante ciertas conductas que se consideran problemáticas. Se recomienda el uso con todo el alumnado y posteriormente, si fuese necesario, continuar trabajando de forma individual con la persona con TDAH (Anhalt, McNeil y Bahl, 1998; Gerber y Solari, 2005; DuPaul y Evans, 2008; Raggi, Chronis-Tuscano, Fishbein y Groomes, 2009). De esta manera, el menor es capaz de interiorizar los

conceptos sin sentirse estigmatizado o con sentimiento de culpa o acusación por parte de compañeros o profesores.

Intervenciones cognitivas específicas dirigidas al niño

Los objetivos de la intervención específica en el niño tratan de reducir la conducta impulsiva, optimizar la atención sostenida, controlar la aparición de conductas disruptivas y facilitar la interacción familiar y escolar.

La configuración del programa es individual e incluye estrategias de tratamiento conductual y de autorregulación (Gerber y Solari, 2005; Maciá, 2012).

- a) Estrategias de autorregulación y conductuales.
 - I. Autoobservación y autoevaluación.

Sipos (2009), citado en Maciá (2012), recomienda el uso de técnicas cognitivo-conductuales con una implicación activa del niño utilizando la autoobservación. De esta forma, el niño es consciente de sus capacidades, limitaciones y habilidades.

- II. Entrenamiento en autoinstrucciones.

Meichembaum y Goodman (1971), desarrollan esta estrategia como método de entrenamiento en niños con TDAH. Tiene por objetivo facilitar la adquisición de habilidades para realizar tareas que requieren distintos grados de planificación y organización. La actividad se desglosa en tantas

etapas como sean necesarias para que el niño sea capaz de ejecutarla de forma independiente.

El aprendizaje se produce por modelado a efectos de modificar el comportamiento impulsivo. Este procedimiento está estructurado en varias fases (Maciá, 2012): a) para el modelado cognitivo, el terapeuta muestra cómo se hace una tarea mientras lo narra en voz alta y el niño observa; b) a continuación el niño hace la tarea mientras el terapeuta actúa como un guía externo instruyéndolo en voz alta; c) el niño actúa como un autoguía realizando la tarea y pronuncia las instrucciones en voz alta; d) se repite el paso anterior pero susurrando las instrucciones; e) el niño interioriza las diversas fases (autoinstrucción encubierta), siendo capaz de guiar su conducta.

El entrenamiento permite aprender a priorizar, a cómo proceder ante obstáculos, a observar qué errores se han cometido, funcionando como un autorreforzador al objetivar los logros conseguidos. Puede ser un proceso largo porque requiere la automatización e interiorización de cada etapa, recomendándose dar las instrucciones mediante pequeñas ayudas visuales que pueda consultar cuando sea necesario (Orjales, 2007).

III. Entrenamiento en autocontrol emocional.

Los niños y las niñas con TDAH presentan respuestas agresivas en las relaciones interpersonales que terminan por convertirse en conductas desadaptativas e ineficaces (Miranda, 2011). Schneider y Robin (1990), diseñaron una herramienta para el control de la ira en niños con el objetivo de proporcionar un medio para canalizar la agresividad. La "*Técnica de la tortuga*" enseña a analizar y responder de forma

autocontrolada en distintas situaciones, implementándose en cuatro fases durante seis semanas.

Hughes (1888), desarrolló otra técnica de "*control de la ira*" para entrenar el control de la agresividad. Se estructura en siete fases para trabajar el razonamiento y la reestructuración cognitiva utilizando autoinstrucciones y relajación.

IV. Desarrollo de habilidades metacognitivas: Técnicas de resolución de problemas.

El entrenamiento en resolución de problemas dota al niño de técnicas destinadas a resolver eficazmente situaciones conflictivas que puedan surgir en la cotidianidad.

V. Entrenamiento en habilidades sociales.

Debido a los síntomas, las personas con TDAH suelen presentar problemas en las relaciones sociales, llegando incluso a producir rechazos en el colegio por la forma de relacionarse derivada de la impulsividad, la hiperactividad y la incapacidad para la gestión afectiva.

El objetivo de la intervención es dotar al niño de estrategias necesarias para que mejore las relaciones con iguales y con adultos. Según Caballo, los componentes básicos que figuran en un programa de entrenamiento de habilidades sociales son las autoinstrucciones, el ensayo de la conducta, el reforzamiento social y la práctica en un ambiente natural (Caballo, 2007).

Existen otros programas específicos como la "*Escuela Dinosaurio*" de Webster-Stratton et al. (Barkley, 2014) que tiene por objetivo el entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas.

b) Programas de intervención cognitivo-conductual en niños.

Los programas cognitivo-conductuales están formados por una compilación de estrategias para trabajar los déficits relacionados con el funcionamiento conductual, con los procesos atencionales o con la interacción social. En la Tabla 11 se presentan programas de intervención cognitivo-conductual de uso en el TDAH.

Tabla 11

Programas de intervención cognitivo-conductuales en niños con TDAH

Programa	Tipo de intervención
Programa cognitivo-conductual de Kendal, Padawer y Zupan	Uso del modelado mediante autoinstrucciones para el manejo de la impulsividad
Entrenamiento en autoinstrucciones verbales de Kirby y Grimley	Manejo de los síntomas mediante el modelado y autoinstrucciones
Modelo cognitivo-conductual integrado de Goldstein	Uso de refuerzos y fraccionamiento de tareas para conseguir las habilidades propuestas
Programa de entrenamiento en habilidades sociales de Goldstein y Pollock	Uso de estrategias destinadas a mejorar y desarrollar las habilidades sociales
Programa de entrenamiento en solución de problemas grupales de Goldstein y Pollock	Entrenamiento en técnicas de resolución de conflictos dirigido a niños con TDAH
Programa de intervención en el aula de Miranda et al.	Psicoeducación con el profesorado y uso de técnicas de control conductual en el aula
Programa de intervención educativa para aumentar la atención y la reflexividad de Gallardo	Uso de técnicas para incrementar la atención, la impulsividad y la reflexividad
Programa de entrenamiento para descifrar instrucciones escritas de Orjales	Entrenamiento en el manejo de contingencias y habilidades de atención
Programa para el entrenamiento en planificación de Orjales	Entrenamiento en habilidades de planificación
Párate y Piensa de Kendall, Padever y Zupan	Programa para incrementar estrategias cognitivas y habilidades sociales
PEMPA: Para, Escucha, Mira, Piensa y Actúa de Bornas et al.	Desarrollo de la reflexividad y el autocontrol
ENFOCATE Programa de entrenamiento en focalización de la atención de García	Entrenamiento de las dificultades atencionales en general
ESCUCHA Programa de mejora de la atención auditiva de Cañoto y López	Entrenamiento en mejora de la memoria auditiva

Nota. Fuente: elaboración propia a partir de Orjales, V.I; Polaino, L.A. (2004). *Programas de intervención cognitivo-conductual en niños con déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: CEPE; Labrador, E.F.J. (2011). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.

Estos programas describen diversas intervenciones directas que se pueden poner en práctica en el ámbito clínico y/o en el colegio. La intervención es específica para cada niño, incluyendo estrategias de tratamiento conductual y de autorregulación.

Programas de entrenamiento parental

Las intervenciones familiares se realizan enseñando a los progenitores las técnicas generales de manejo del TDAH que puedan aplicar en el domicilio, para que las herramientas trasciendan fuera del ámbito clínico y la modificación del comportamiento se aplique en todos los entornos de niño. El objetivo es dotar a los padres de herramientas teóricas y técnicas que garanticen el desarrollo de habilidades y destrezas para modificar la conducta de los hijos en casa.

La ventaja de este procedimiento es que se aplica en el entorno natural, donde se adquieren las conductas inadecuadas y la modificación en este medio permite que los logros se mantengan a largo plazo.

El entrenamiento de los padres en técnicas cognitivo-conductuales se considera eficaz. La implementación conjunta de un programa de entrenamiento parental y la terapia farmacológica permite realizar un abordaje completo y asumir una intervención que abarca todo un nuevo contexto del niño (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009). Se instruye a los progenitores en métodos para el manejo y control de la conducta diaria de los hijos, que es muy útil para las relaciones y el desarrollo de la vida diaria.

En los subtipos combinado e hiperactivo, están presentes conductas opositoras y desafiantes que complican la crianza si no se manejan y, en ocasiones, confiere un gran nivel de estrés para los padres en la rutina cotidiana. Esta sensación, hace que se planteen las competencias que poseen para la crianza (Orjales, Polaino, 2004; Amador, Forns y González, 2010). Las habilidades y competencias que adquieren en estos programas facilitan el manejo de los niños y las niñas, aumentando la sensación de capacidad educativa.

Diversos autores han demostrado una eficacia empírica para el tratamiento del TDAH (Barkley, 2014; Hosainzadeh-Maleki, Mashhadi, Soltanifar, Moharreri y Ghanaei-Ghamanabad, 2014). Amador (2010), detalla que los objetivos del tratamiento son ofrecer información sobre la sintomatología nuclear y las causas y conductas alteradas del TDAH para mejorar las habilidades que manejen las conductas del niño; aumentar y enseñar a delimitar y cumplir las normas; y aprender estrategias educativas para mejorar la relación en el hogar.

Los programas de entrenamiento parental están formados por tres fases: psicoeducativa, entrenamiento en técnicas y aplicación en el hogar. En la primera, psicoeducativa, se ofrece información sobre la aceptación y el manejo del problema. La segunda es de entrenamiento en técnicas y adquisición de competencias mediante un aprendizaje estructurado. La última fase corresponde a la aplicación en el hogar. Entre cada sesión los padres tienen "tareas para casa" que aplican en un entorno controlado y seguro para el niño.

El planteamiento terapéutico es clave para una adecuada educación psicoemocional. Cuando los padres entienden el trasfondo que tiene el

problema (Quintero et al., 2009) están empoderados para manejar las conductas disruptivas y ejercer como agentes terapéuticos durante el proceso de tratamiento.

1.1.6.3. Intervención cognitivo-conductual en el tratamiento del TDAH desde la Terapia Ocupacional.

Los profesionales implicados en el abordaje del TDAH son de distintos ámbitos. Las intervenciones se basan en evidencias y con una colaboración entre los profesionales implicados y con el entorno del sujeto (Wolraich et al., 2011).

Como se ha mencionado, se recomienda el tratamiento combinado con medicación e intervenciones o técnicas psicoeducativas. El tratamiento farmacológico controla los síntomas nucleares. Los tratamientos psicológicos y psicopedagógicos se centran en los problemas de conducta y de aprendizaje (Baweja, Mattison y Waxmonsky, 2015).

Se ha observado que la medicación presenta un efecto positivo a corto plazo en el rendimiento escolar y mejora las habilidades académicas (Clemow, Bushe, Mancini, Ossipov y Upadhyaya, 2017). La psicoeducación tiene por objetivo enseñar el manejo del TDAH. Si es posible, se aplica con la familia y el entorno escolar. Con el niño sólo se interviene si tiene la edad adecuada. La comunicación entre los distintos contextos debe ser fluida y coordinada y las pautas de actuación homogéneas.

La aproximación desde diferentes áreas garantiza una intervención focalizada y centrada en nuevos aspectos, que en la clínica actual pasan en ocasiones desapercibidos. La Terapia Ocupacional (TO) tiene como

objetivo conseguir la máxima independencia funcional, ajustándose a las demandas de la actividad, del entorno y de las características de la persona (American Occupational Therapy Association, 2016).

Desde la perspectiva de una disciplina sanitaria aplicada, la TO promueve la participación en distintas actividades de la vida diaria (AVD) que tengan un significado para la persona (Reed y Sanderson, 1999; Kielhofner, 2009). La *American Occupational Therapy Association* (AOTA) ha establecido ocho áreas de ocupación o de desempeño ocupacional: AVD básicas, AVD instrumentales, educación, trabajo, descanso/sueño, ocio/tiempo libre, participación social y juego (Tabla 12).

Tabla 12
Clasificación de las áreas ocupacionales para las AVD básicas e instrumentales

Actividades de la vida diaria básicas	Actividades de la vida diaria instrumentales
<ul style="list-style-type: none"> • Bañarse/ ducharse • Ir al baño e higiene en el inodoro • Vestirse • Deglutir/comer • Alimentación • Movilidad funcional • Cuidados de los dispositivos de atención personal • Higiene y arreglo personal • Actividad sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de otros • Cuidado de mascotas • Facilitar la crianza de hijos • Gestión de la comunicación • Conducir y movilidad en la comunidad • Uso de la gestión financiera • Gestión y mantenimiento de la salud • Establecimiento del hogar • Preparación de la comida y la limpieza • Actividades y expresión religiosa y espiritual • Mantenimiento de la seguridad y responder a la emergencia • Compras

Nota. Fuente: elaboración propia.

Las AVD básicas (AVDB) se definen como actividades orientadas a cuidar el propio cuerpo. Están formadas por nueve categorías. Las AVD instrumentales (AVDI) engloban las ocupaciones que permiten la interacción con el entorno y son más complejas que las primeras. Están

formadas por doce categorías (American Journal of Occupational Therapy, 2017).

Las AVD son el soporte básico que permiten la integración del individuo y lo reconocen como un agente que pertenece a una cultura y sociedad determinada. Según Moruno y Romero (2005), las AVD proporcionan una base al desarrollo evolutivo del individuo para dar soporte a un desarrollo normalizado de las funciones corporales y psicológicas, de las relaciones sociales, las emociones y vínculos de apego, siendo el vehículo para la transmisión cultural durante todo el proceso de madurez.

El desarrollo de las áreas ocupacionales constituye el soporte para la adquisición de patrones motores que favorecen la autonomía, el perfeccionamiento de habilidades y destrezas, el desarrollo emocional sano y la capacidad de autogestión inherentes a los procesos de maduración, aprendizaje y sociabilización (Moruno y Romero, 2005; Blesedell, Cohn y Boyt, 2016). Las AVD que el niño realiza de forma autónoma determinarán el grado de ajuste y afrontamiento a distintas situaciones y retos durante el ciclo vital. Por lo tanto, un buen dominio de las áreas ocupacionales, se consideran mecanismos de adaptación para afrontar cambios y aportar bienestar psicológico y social.

El desarrollo ocupacional se diferencia de otros debido a la perspectiva holística porque se vincula con las dimensiones física, cognitiva, emocional y social. Para que se ejecute con éxito, el factor más importante es la experiencia humana y la interacción con otros (Moruno y Romero, 2005; Mlinac y Feng, 2016). Las rutinas diarias que son proporcionadas por los progenitores mediante el desarrollo y la práctica de las AVD se construyen en la infancia.

Llorens (1991), citado en Moruno y Romero (2005), clasifica el desarrollo ocupacional en tres niveles: a) capacidad y relación ocupacional, b) actividades y tareas del desempeño ocupacional y c) rol ocupacional. Mosey ha descrito el desarrollo de las habilidades ocupacionales desde la perspectiva de la TO. Este modelo, explica que una alteración durante la adquisición y aprendizaje de las habilidades puede generar una disfunción ocupacional (Ikiugu, 2010). La Tabla 13 expone la relación entre las adquisiciones motoras y el desempeño ocupacional esperado según la edad cronológica.

Tabla 13

Hito de adquisición motora y relación con el desempeño ocupacional según edad

Hito de desarrollo motor	Edad
Uso del biberón	10 meses
Comer con los dedos	10 meses
Masticar	1 año y 6 meses
Uso de la taza	1 año y 6 meses
Quitarse los calcetines	1 año y 6 meses
Control del intestino	1 año y 6 meses
Control de la micción	2 años
Uso de una pajita	2 años
Uso del vaso	2 años
Bajarse la ropa	2 años
Desabrocharse los zapatos	2-3 años
Girar grifos	3 años
Uso de la cuchara	3 años
Uso del tenedor	3 años
Abotonarse la parte delantera	3 años
Tirar de la cadena en el inodoro	3 años
Desabrochar una hebilla	3 años y 9 meses
Usar papel en el inodoro c/ supervisión	4 años
Quitarse la ropa por encima del cuello	4 años
Ponerse calcetines	4 años
Ponerse zapatos	4 años
Lavarse y secarse las manos	4 años
Atarse los zapatos c/ supervisión	5 años
Limpiarse y secarse en el inodoro sin ayuda	5 años
Lavarse los dientes sin ayuda	5 años
Limpiarse la nariz	6 años
Cepillarse el pelo	6 años
Higiene íntima completa	7 años
Limpieza de taza, plato o cubiertos sencillos	7 años
Bañarse de forma completa sin supervisión	8 años
Cuidado de las uñas	8 años
Preparar alimentos sencillos (sándwich, entre otros)	8 años

Nota. Fuente: elaboración propia a partir de Moruno, P., Romero, D. (2005). *Actividades de la vida diaria*. Barcelona: Masson.

Las AVDB se adquieren progresivamente en el proceso de maduración infantil, se perfeccionan con la práctica y se convierten en automatismos con la ejecución diaria. Las AVDI se desenvuelven con la práctica y el aprendizaje de experiencias positivas y negativas que se van modificando con el cambio del rol en cada etapa vital (Hayase, Mosenteen, Thimmaiah, Zemke, Atler y Fisher, 2004).

Un término más amplio para describir las AVD, es el concepto de "ocupación". La ocupación es un fenómeno complejo y multidimensional. Se puede definir como la unidad o la parte de la actividad humana que tiene un propósito, es desempeñada por uno mismo y posee un significado para la persona que la realiza (Yerxa, Clark, Frank, Jackson, Parham, Pierce, et al., 1989; Schell, Gillen y Scaffa, 2016).

Hinojosa y Kramer (1997), reducen la ocupación a un compendio de "cosas" en las que las personas participan a lo largo de la vida. Estas ocupaciones siempre tienen algún grado de implicación, se rigen por un significado personal y vienen definidas por la dimensión social, cultural, temporal o espiritual.

Por lo tanto, la esencia de la ocupación está dirigida a objetivos significativos, es clave para la identidad de la persona y establece una relación entre el individuo y el contexto social y cultural (Gray, 1998; Christiansen, 1999; Wilcock y Hocking, 2015).

La participación en ocupaciones cotidianas es esencial para la salud y el desarrollo humano (Law, Steinwender y Leclair, 1998; Mlinac y Feng, 2016). A través de la participación, se adquieren habilidades, las personas conectan unas con otras y se descubre el significado y propósito de la

vida. Para Law (2002), el resultado final de esta implicación es el sentido de competencia y de satisfacción.

Zemke (2004), propone el concepto de “ocupación para la salud”. La salud existe cuando los recursos de las personas les permiten alcanzar objetivos valorados a través de patrones ocupacionales significativos de participación en la comunidad. Esta definición ha sido la base que estableció el estudio de la ocupación como una ciencia que ofrece la fundamentación conceptual “del hacer” y de cómo la ocupación mejora la CV de las personas (Yerxa, 2000).

La ciencia ocupacional se define, en su origen, como el estudio del individuo como ser ocupacional para comprometerse y participar en las AVD cotidianas del entorno durante toda su vida (Reed y Sanderson, 1980; Blanche y Henny-Kohler, 2000). Actualmente, se concibe como la ciencia que estudia el funcionamiento humano y el significado de las ocupaciones dentro y fuera del contexto terapéutico (Zemke y Clark, 1996).

El objetivo de esta ciencia es entender el proceso que engloba las AVD para tener una salud óptima y dar respuesta a las necesidades que surjan derivadas del desempeño ocupacional (Wilcock y Hocking, 2015). De esta forma, con una visión completa del individuo, la ocupación se utiliza para optimizar la CV y la participación en distintos contextos que son significativos para las personas.

En el TDAH, la práctica de la disciplina se desarrolla con el entrenamiento en tareas y en las AVD cuando la ocupación requiere un nivel de planificación y organización al que la persona no logra dar respuesta, evitando que una situación de posible dependencia se instaure o agrave.

+El objetivo del terapeuta ocupacional en este trastorno es ayudar a aprender, dominar y explorar las destrezas para lograr un funcionamiento adaptativo en las distintas dimensiones de la ocupación, así como los diferentes componentes, habilidades, hábitos y roles, según los distintos contextos de participación (Romero, 2008).

Otros objetivos más específicos incluyen dotar al niño de estrategias que permitan la participación e integración óptima según sus necesidades para que logre un desarrollo normalizado. Se educa para que el desempeño diario se realice de la manera más autónoma posible. Las estrategias tienen como propósito identificar ocupaciones que puedan conferir un riesgo evitable.

La intervención se focaliza en ofrecer estrategias y en la adaptación de tareas para la adquisición de independencia en las AVD. Promueve la mejora en el rendimiento del autocuidado, en la escuela y en actividades de ocio (Kreider, Bendixen, Huang y Lim, 2014), mediante el desarrollo de un plan de tratamiento que tenga en consideración el estilo de vida, las rutinas y roles de la persona.

Una investigación en niños de 5 a 6 años demostró la eficacia de la TO mediante el uso de técnicas cognitivo-funcionales. La intervención se realizó durante 12 semanas. Se obtuvo mejoría en el trabajo ejecutivo, en el desempeño funcional y en el rendimiento ocupacional. Los beneficios del tratamiento se mantuvieron a los tres meses de seguimiento (Maeir, Fisher, Bar-Ilan, Boas, Berger y Landau, 2014). Estos resultados son apoyados por otro estudio de casos y controles en 107 niños y sus padres. Las conclusiones apoyan que este tipo de intervenciones repercuten con efectos positivos en la autoeficacia del niño y en el contexto familiar

(Hahn-Markowitz, Manor y Maeir, 2011). Las técnicas cognitivo-funcionales en TO son efectivas y mejoran significativamente el funcionamiento diario, la función ejecutiva y el funcionamiento social en niños con TDAH (Rosenberg, Maeir, Yochman, Dahan y Hirsch, 2015).

Desde este abordaje, la intervención se centra en adquirir o recuperar la autonomía y la independencia en las ocupaciones de la vida diaria, entendidas como las actividades cotidianas que se forman por medio de los valores culturales, organizan la conducta en el entorno, contribuyen con significado en la autopercepción y cumplen con las necesidades de autocuidado, ocio y participación (Wright y Sugarman, 2009; American Occupational Therapy Association, 2010).

Las AVD actúan como fuente de barrera o facilitadores, pudiendo condicionar el éxito y la participación en el desempeño cotidiano (Kielhofner, 2009). Diversos modelos teóricos sobre la práctica de la disciplina explican una relación dinámica entre el individuo con sus características intrínsecas y el entorno; y la influencia que ejerce en la salud y participación (Early, 2009; Kielhofner, Forsyth, Kramer, Melton y Bobson, 2009; Brown y Stoffel, 2011; American Occupational Therapy Association, 2016; Maskill y Tempest, 2017).

Autores en la materia (Creek, 2008; Romero, 2008; Kielhofner, 2009; Moruno y Talavera, 2012; Rego, Domínguez, Playán y Moruno, 2012) argumentan la necesidad de intervenir en las alteraciones del desempeño ocupacional cuando estas se presentan como causa de una desadaptación por génesis conductual.

La ocupación se contempla como la unidad que estructura el proceso de intervención en la práctica clínica y el soporte de la ciencia ocupacional (Whiteford y Hocking, 2012). Es el cuerpo doctrinal sustentado en la evidencia científica de la profesión de terapeuta ocupacional. En los últimos años, el número de investigaciones ha crecido considerablemente, aunque, en el campo de la salud mental infantil aún está poco desarrollada en España.

La conceptualización filosófica de la disciplina avala la importancia de las capacidades individuales y del entorno en la práctica profesional (Tabla 14). Guías clínicas internacionales reconocen las competencias de este profesional para intervenir en la salud mental y analizar la repercusión sobre el desempeño ocupacional.

Tabla 14

Referencias teóricas de la Terapia Ocupacional que fundamentan la intervención cognitivo-conductual

Marcos y modelos de práctica en Terapia Ocupacional

- Marco de referencia teórico cognitivo-conductual
 - Modelo de la ocupación humana, de Kielhofner
 - Modelo de la recapitulación de la ontogénesis, de Mosey
 - Modelo canadiense del rendimiento ocupacional, de la *Canadian Association of Occupational Therapists*
 - Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional, de la *American Occupational Therapy Association*
-

Nota. Fuente: elaboración propia.

Marco teórico de intervención cognitivo-conductual desde Terapia Ocupacional

El marco teórico cognitivo-conductual desde la TO aborda las alteraciones en el desempeño ocupacional de AVD. Según Rego et al. (Rego, Domínguez, Playán y Moruno, 2012), el abordaje desde este marco se realiza seleccionando las actividades que representan mayor grado de

dificultad y de desadaptación teniendo en consideración la edad cognitiva y el entorno.

Para alcanzar los objetivos terapéuticos de intervención propuestos, cada actividad se realiza de manera específica y detallada. El entrenamiento de las AVDB y AVDI se aborda utilizando un conjunto de compendios-clave que permiten alcanzar la autonomía en cada una de ellas (Maskill y Tempest, 2017).

Según Early (2009), cuando una persona desempeña determinadas actividades, se obtiene la oportunidad de practicar y adquirir todas las destrezas y habilidades necesarias. Al mismo tiempo, con la capacitación, se aumenta el sentido de la competencia y se desarrollan la seguridad y la confianza precisas para que la persona sea capaz de ponerlas en práctica eficazmente.

En la planificación de la intervención terapéutica, el contexto cultural y social se tienen en consideración para poder ajustar las actividades en el tratamiento (Brown y Stoffel, 2011). Se evitan los programas rígidos y se diseñan propuestas según las necesidades y las actividades que constituyan un valor cultural y sean significativas para la persona. Si estos aspectos tienen un abordaje por separado, la intervención se aleja de los principios fundamentales de la disciplina (Moruno y Talavera, 2012; Maskill y Tempest, 2017).

Las intervenciones cognitivo-conductuales dirigidas a la ejecución del desempeño ocupacional diario de forma autónoma, son un enfoque de desarrollo originado para patologías como el trastorno del desarrollo de la coordinación, el trastorno generalizado del desarrollo o el síndrome de

Asperger. Gharebaghy, Rassafiani y Cameron (2015), utilizaron con eficacia una intervención cognitiva para mejorar las AVD y el desajuste ocupacional en niños con TDAH que también mostraban trastorno del desarrollo de la coordinación.

Rego et al. (2012), exponen que los principios del marco teórico cognitivo-conductual promueven el empleo de técnicas de intervención para la mejora del comportamiento. En la práctica cotidiana, se instruye para que el individuo desarrolle su potencial, aproveche las oportunidades que el medio le provee y optimice el ambiente con nuevas actividades y conductas útiles para adaptarse al entorno (Creek, 2008). La participación en una ocupación significativa facilita el proceso de adaptación del niño, promueve bienestar y aumenta la percepción de capacidad y de autogestión para enfrentarse a retos cotidianos (Wood, 1996).

Los paradigmas de aprendizaje que sustentan las técnicas de modificación de conducta incorporan los procesos cognitivos como determinantes del comportamiento. Las intervenciones se diseñan para dotar al usuario de herramientas que logren una reestructuración cognitiva, resolución de problemas o entrenamiento en autoinstrucciones, entre otras (Scheinoltz, 2010). El cambio conductual precede a un cambio cognitivo, que da paso a la aceptación del problema por interacción del pensamiento, el ambiente y la nueva conducta.

En las personas con TDAH, los déficits se presentan en las habilidades o en conocimientos asociados al desempeño de AVD porque no han sido adquiridas o no se han consolidado de manera adecuada para que se genere una ocupación con una realización óptima (Scheinoltz, 2010; Sánchez, Polonio y Pellegrini, 2013). El uso de procedimientos operantes es

interesante para el entrenamiento, reducción o adquisición de conductas adaptativas.

Cuando la condición es crónica, la intervención inicial se centra en la concienciación de la importancia y de la repercusión que el desempeño cotidiano tiene en la salud y en la CV (Moruno y Talavera, 2012). La percepción de autogestión en las AVD, mejora el desempeño, aumenta la motivación para el mantenimiento del comportamiento adquirido y permite que los resultados se transfieran a todo el ambiente natural de la persona. En algunos casos, la fase inicial de concienciación no es necesaria, por lo que la intervención se centra directamente en comportamientos concretos asociados con la alteración ocupacional (Creek, 2008; Early, 2009).

La ocupación es importante en la vida de la población infantil con TDAH y de sus padres. La falta de participación en las AVD produce una privación ocupacional que provoca una falta de bienestar cuando son incapaces de involucrarse de forma correcta y significativa en las ocupaciones debido a diferentes restricciones (Whiteford, 2000). Esta privación interfiere en la capacidad de inclusión plena en diversas actividades físicas, mentales o sociales y no pueden satisfacer las necesidades ocupacionales básicas o utilizar sus capacidades particulares (Wilcock y Hocking, 2015).

1.2. Autonomía personal en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia.

La autonomía personal es contemplada como una necesidad básica del ser humano, y de este modo se entiende como una característica esencial de la conducta autodeterminada que se relaciona con la dimensión individual del empoderamiento (Muñiz y Gasper, 2009). Los factores personales y contextuales favorecen el bienestar en la vida cotidiana y promueven la satisfacción al ser capaz de cubrir las necesidades (Ryan y Deci, 2010).

Polonio y Romero (2008), definen la autonomía personal como la capacidad que una persona posee para decidir la forma de realización personal. Cuando existe una disfunción ocupacional, se debe promover la adquisición y desarrollo progresivo de habilidades para crecer de una forma gradual en el conocimiento, autocontrol y la responsabilidad personal, para que la persona llegue a ser tan independiente como sea posible (Trombly y Radomski, 2007).

Según Kühelry (2013), el sentido etiológico de los términos independencia y autonomía personal se describen como la capacidad para autogobernarse, considerándose derechos fundamentales y con predisposición a ser ejercidos en condiciones personales y contextuales favorables (Scheinholtz, 2010).

Cuando la persona es capaz de desarrollar hábitos de autonomía, adquiere distintos grados que llegan a ser ejecutados con múltiples niveles de éxito. La autonomía personal está determinada por factores personales y contextuales, por lo que una persona puede realizar actividades de forma

independiente en un entorno y en otro no dar respuesta a todas las demandas de la ocupación (Colman, 1992; Russell, Fitzgerald, Williamson, Manor y Whybrow, 2002).

La consideración personal depende de aspectos internos como las cualidades psicológicas relacionadas con la percepción de la independencia. Estas son características relativamente estables como las experiencias internas, las reacciones personales y los mecanismos que explican los patrones de comportamiento. Según Tamaru et al. estas cualidades, se ocupan de tres atributos diferentes: iniciativa, deliberación y capacidad de autocontrol (Tamaru, Mccoll y Yamasak, 2007).

Con relación al contexto, Meyers (1989) plantea que puede llegar a ser un facilitador o una barrera que supone un obstáculo para la consecución de la competencia autónoma en distintos entornos vitales.

El grado de autonomía depende de la percepción personal del contexto, de las experiencias exitosas/negativas y de la motivación intrínseca o extrínseca que el individuo obtenga del entorno (Figura 1). De esta manera, se puede distinguir un contexto de apoyo autónomo, cuando el proceso de elección, toma de decisiones y ejecución activa se produce por iniciativa propia, y otro de apoyo controlado, cuando se obtiene un resultado determinado debido a la presión que ejerce sobre la conducta.

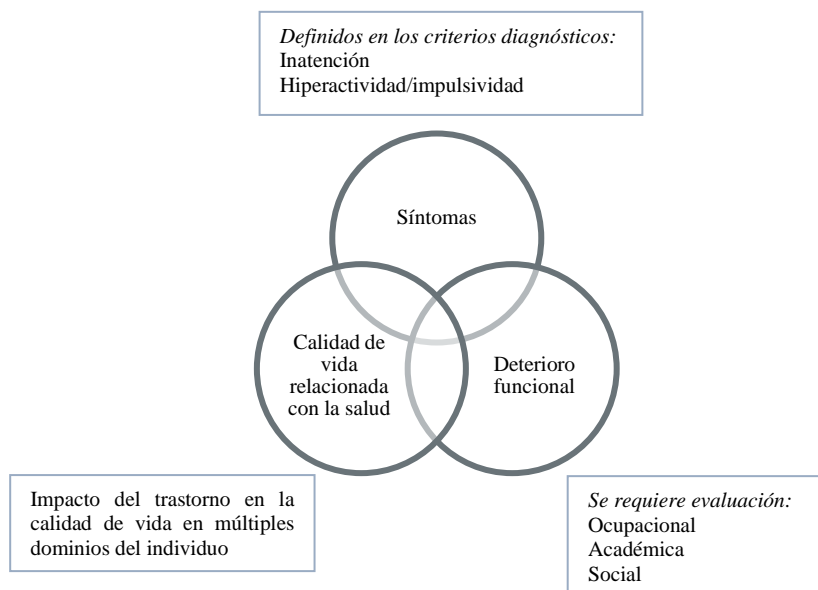


Figura 1 Implicaciones del TDAH en los distintos dominios de la persona.

Nota. Fuente: Adaptado de Coghill, D. R., Banaschewski, T., Soutullo, C., Cottingham, M. G., y Zuddas, A. (2017). Systematic review of quality of life and functional outcomes in randomized placebo-controlled studies of medications for attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(11), 1283–1307.

La noción de independencia es uno de los conceptos básicos en la rehabilitación física y mental. La conceptualización histórica ha evolucionado a lo largo de los años, y actualmente se acepta como el control y la competencia que se refiere a la posesión de ciertas habilidades (físico o cognitivo) que se ponen en uso en la cotidianeidad. La capacidad para tomar decisiones de acuerdo con la propia volición es un factor clave en la independencia (Sánchez, 2013; Blesedell, Cohn y Boyt, 2016).

La presencia del trastorno causa una ruptura en el ciclo vital del individuo y en las AVDB y AVDI relacionadas con esa etapa del desarrollo en el momento cronológico en que aparecen la inatención, la impulsividad o la hiperactividad. La interrupción de lo cotidiano impide la consolidación y el mantenimiento de las AVD. A esto se suman las distintas manifestaciones psicopatológicas que pueden acompañar a los síntomas generando

incapacidad para ajustarse a las demandas del entorno en el que el niño participa.

Una observación importante en la efectividad del tratamiento es la afectación en la vida diaria de la población infantil y de las familias (Thornton et al., 2006). Los síntomas se tendrán en consideración más allá del entorno escolar. Se debe examinar cómo afecta el desorden a la funcionalidad y al bienestar familiar.

El trastorno impacta en el desarrollo del menor y supone cambios en la familia. Las diferencias en el procesamiento ejecutivo, con respecto a niños sin TDAH, dependen de las demandas realizadas por el individuo y por las exigencias del entorno. Un estudio clínico en una muestra de 165 niños, demostró que el TDAH tiene un impacto significativo en múltiples dominios de la CV, tales como el área emocional, la cohesión familiar y la funcionalidad (Klassen, Miller y Fine, 2004).

Las familias de menores con TDAH experimentan conflictos que van más allá de la interacción paterno-filial. Taylor (2015) observó dificultades en las relaciones entre los hermanos y con otras figuras significativas. Buhmester y Furman (1990) mostraron que el niño con una conducta desafiante y el comportamiento reticente o negativo de los padres hacia el menor, provoca que se refleje en relaciones conflictivas en otros contextos y con comportamientos desadaptativos.

Según Tarver (2015), los progenitores de los niños y las niñas con TDAH están poco dotados de herramientas para el manejo de conductas desafiantes o desadaptativas (Tarver, Daley y Sayal, 2015) y se sienten

incompetentes para concretar directrices en el hogar que favorezcan la implantación de rutinas y hábitos de vida diaria.

Freire (1997), narra que la autonomía se adquiere con la práctica y se desarrolla según virtudes y cualidades que son potenciadas con la experiencia. De esta forma, el individuo es centro de su vida y comprende las circunstancias personales y contextuales vivenciales.

Según Baumeister (1999), el individuo se hace a sí mismo a partir de la reciprocidad de tres pilares (Figura 2). La teoría de la autodeterminación de este autor, presenta a la autonomía personal como un agente relacionado con la ejecución, la autoeficacia, la autorregulación y la capacidad para que la persona sea agente de su propio control.

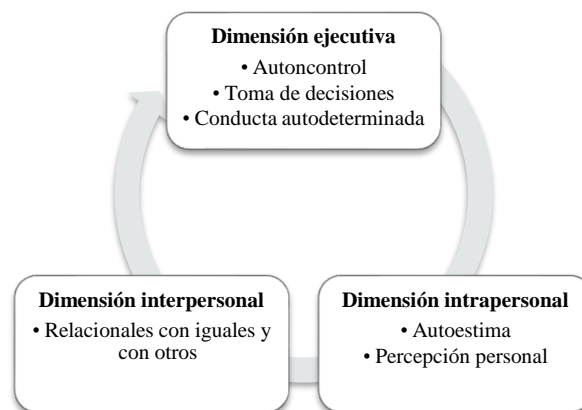


Figura 2 Dimensiones del self según Baumeister.

Nota. Fuente: Adaptado de Baumeister, R., F. (1999). *The Self in Social Psychology*. Philadelphia: Psychology Press.

Wehmeyer (2012) describe que la conducta autónoma tiene unas características esenciales relacionadas con un comportamiento que oscila entre la dependencia y la interdependencia. Se trata, de esta manera, de un concepto que implica "[...] *la separación emocional, el desarrollo del autocontrol personal en las acciones diarias y el establecimiento de un*

sistema de valores y habilidades para desarrollar tareas para la vida diaria" (Wehmeyer, Shogren, Palmer, Williams-Diehm, Little y Boulton, 2012).

Existen otras características que tienen una relación estrecha con la autonomía personal: la autorregulación comportamental, el inicio y respuesta a los acontecimientos con control y eficacia y la actuación consciente y con autoconocimiento. Cuando estas destrezas son acordes al nivel cronológico y cognitivo del niño, este es capaz de establecer alternativas, tomar decisiones, presenta capacidad para la resolución de problemas, de autorregulación y autocontrol y muestra una percepción positiva con respecto a la autoeficacia (valía personal) y al autoconocimiento.

Según Humphreys, Forde y Riddoch (2001), la ejecución de actividades está organizada en varios procesos cognitivos formados por múltiples pasos de dificultad gradual. La ejecución de las AVD está compuesta por dos elementos esenciales: 1) la capacidad de la memoria para almacenar el grado de automatización de la actividad para esquematizar los detalles y lograr una tarea rutinaria; y 2) el empleo de recursos cognitivos que interfieren en la recuperación de la información y la secuenciación temporal.

Una de las características de los menores con TDAH es la desorganización personal interna y externa que implica una dificultad para comportarse de manera autónoma. Los padres son conscientes de la falta de autonomía de los hijos porque requieren más atención que otros componentes de la familia. En ocasiones, esta sobreprotección limita las opciones de exploración y de aprendizaje mediante ensayo-error (López, Castellanos y Viana, 2008). Las posibilidades de que el niño madure se restringen porque

no existe un abandono de la zona de confort (Bandura, 1987). Es complejo mantener el equilibrio entre las exigencias y lo que se les puede exigir en función de las capacidades del menor.

El rendimiento ocupacional de un niño con TDAH está unido a las modificaciones del entorno. A nivel cognitivo, las habilidades de procesamiento atencional necesitan mayor estímulo para trabajar de forma óptima aspectos relacionados con el desempeño de conductas automáticas. A nivel funcional, es incapaz de tener una respuesta efectiva y eficiente durante el desempeño de una actividad, puesto que no cuenta con las habilidades necesarias para dar respuesta a las demandas de la actividad. El procesamiento ocupacional tiene unos aspectos que son necesarios para el desempeño de tareas de manera independiente. Estos aspectos incluyen las demandas sociales, la secuenciación o manejo de tiempo, y de manera subyacente, las funciones y estructuras corporales.

Instrumentos para la evaluación de la autonomía personal y del desempeño ocupacional

El uso de herramientas de evaluación específicas para las AVD permite que los terapeutas ocupacionales desarrollen tratamientos y métodos de intervención dirigidos a la mejoría de la funcionalidad diaria (Piernik-Yoder y Beck, 2012). El uso de escalas validadas y adaptadas a la población de uso son de utilidad desde la clínica y la investigación.

Cuando se realiza la evaluación de las AVD en el TDAH con medidas que no tienen en cuenta el trastorno, se debe considerar que las bases teóricas del instrumento pueden implicar resultados poco precisos en el diagnóstico ocupacional (Barrios-Fernández, Gozalo, García-Gómez,

Romero-Ayuso y Hernández-Mocholí, 2020). Existe una amplia gama de instrumentos destinados a valorar las áreas ocupacionales y sus dimensiones, sin embargo, pocos se han concebido orientados específicamente para el TDAH.

Las AVD se pueden medir evaluando el rendimiento, la capacidad y la competencia ocupacional. Según James, Ziviani y Boyd (2014) el rendimiento representa las actividades que se hacen en el contexto diario, la capacidad se centra en lo que una persona hace en un entorno controlado y la competencia se describe cómo el individuo realiza las actividades en el entorno diario.

Son numerosos los metaanálisis y revisiones bibliográficas en profundidad que se han realizado al respecto sobre los métodos de evaluación de las AVD en el TDAH (James, Ziviani y Boyd, 2014; Cordier, Chen, Speyer, Totino, Doma, et al., 2016; Chien y Graham, 2018; Faraone, DeSousa, Komolova, Sallee, Incledon, et al., 2019; Josman y Meyer, 2019). Estas revisiones incluyen los instrumentos para la evaluación de las áreas ocupacionales descritas anteriormente. Sin embargo, en la literatura científica no se han encontrado este tipo de investigaciones centradas en las herramientas de diagnóstico ocupacional disponibles para el TDAH. Se han encontrado dos escalas destinadas a la evaluación de la autonomía personal y para medir el desempeño ocupacional para su uso en la población española, las cuales se describen a continuación.

Cuestionario para Limitaciones en la Actividad y Restricciones en la Participación en TDAH (CLARP).

El cuestionario fue diseñado para la evaluación de las dimensiones del desarrollo de las AVD y en las restricciones de la participación en niños y niñas con TDAH. La herramienta tiene dos versiones. El CLARP-TDAH para padres mide el grado de interferencia en el funcionamiento ocupacional en el hogar y el CLARP-TDAH para profesores en entorno educativo (Salamanca-Duque, 2010a; Salamanca-Duque, 2010b).

Los cuestionarios fueron construidos utilizando el modelo biopsicosocial de la discapacidad de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) y permiten identificar la interacción entre los factores personales y contextuales en el TDAH. Según los autores, proporcionan información de la interacción entre el estado de salud y el contexto en el que se desenvuelve el niño (Salamanca-Duque, Naranjo Aristizábal, Gutiérrez Ríos y Prieto, 2014). De esta forma, se evidencia la autonomía en el desempeño ocupacional diario del niño con TDAH.

El CLARP para padres consta de 20 ítems que evalúan las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Realiza una valoración de desempeño de tres dominios. En la Tabla 15 se pueden consultar la distribución de los dominios.

Tabla 15
Distribución por dominios de la escala CLARP

<i>Dominio</i>	Nº de ítems
<i>Tareas y demandas generales</i>	3
<i>Autocuidado</i>	11
<i>Vida doméstica</i>	6

Nota. Fuente: Salamanca-Duque, L.M., Naranjo Aristizábal, M.M., Gutiérrez Ríos, G.H., y Prieto, J.B. (2014). *Intra-rater Reliability for the Questionnaire on Activity Limitations and Participation Restrictions of Children With ADHD*. Revista colombiana de psiquiatría, 43(1), 25–31.

La información se obtiene de una entrevista estructurada con los progenitores. Las preguntas califican el grado de dificultad que tienen las niñas y los niños para realizar actividades cotidianas. Las respuestas posibles para cada ítem oscilan entre 0 y 4: 0 "*Ninguna dificultad*", 1 "*Dificultad ligera*", 2 "*Dificultad moderada*", 3 "*Dificultad grave*", 4 "*Dificultad completa*", y la opción NA (No Aplica) (Salamanca-Duque, Naranjo-Aristizábal, Méndez-Narváez y Sánchez, 2014).

El resultado define el nivel de autonomía según el grado de dificultad para realizar las AVD según la interpretación de la CIF. La Tabla 16 indica el valor de los resultados para la puntuación total del test.

Tabla 16

Resultados del CLARP según puntuación total del test

Ninguna, insignificante	0-4
Poca, escasa	5-24
Media, regular	25-49
Mucha, extrema	50-95
Total	96-100

Nota. Fuente: Adaptado de Salamanca-Duque, L.M., Naranjo-Aristizábal, M.M.C., Méndez-Narváez, M., y Sánchez, D.P. (2014). *Internal Consistency and Concurrent Validity of Questionnaire for Assessment of Limitations and Restrictions*. Revista Ciencias de la Salud, 12(3), 371-84.

Las características psicométricas de la escala CLARP para el nivel de confiabilidad por consistencia interna es de 0,88 (Salamanca-Duque, Naranjo-Aristizábal, Méndez-Narváez y Sánchez, 2014) y la confiabilidad intraevaluador de 0,70 (Salamanca-Duque, Naranjo Aristizábal, Gutiérrez Ríos y Prieto, 2014).

Auto-Evaluación Ocupacional del Niño (COSA).

El *Child Occupational Self-Assessment* (COSA) es una herramienta de evaluación basada en el Modelo de la Ocupación Humana (Kielhofner, 2002). Mide el sentido de la competencia y la percepción de la población infantil/juvenil en las actividades cotidianas, así como la importancia en el desempeño. Está formado por 25 ítems que describen la realización de actividades cotidianas en el hogar, en la escuela y con otras personas. Existe una versión inicial destinada al uso en adultos (Gloria de las Heras, Romero y Abelenda, 2006).

El tiempo de administración oscila entre los 20 y los 40 minutos. Se puede utilizar una versión con tarjetas o una versión con un listado. Ambas son de fácil comprensión porque utilizan símbolos y una lectura sencilla. El terapeuta ocupacional puede decidir qué versión utilizar según las características o la edad del niño (Gloria de las Heras, Romero y Abelenda, 2006). La Tabla 17 contiene una lista con los ítems de la escala COSA. Las tablas 18 y 19 contienen el método de puntuación utilizado.

Tabla 17

Lista con los ítems de la escala COSA

Ítem 1	Mantengo mi cuerpo limpio
Ítem 2	Me visto solo
Ítem 3	Como sin ayuda
Ítem 4	Uso dinero para comprar cosas por mí mismo
Ítem 5	Completo mis trabajos
Ítem 6	Duermo lo suficiente
Ítem 7	Tengo suficiente tiempo para hacer lo que me gusta
Ítem 8	Cuido de mis cosas
Ítem 9	Muevo mi cuerpo desde un lugar hacia otro
Ítem 10	Elijo cosas que quiero hacer
Ítem 11	Mantengo mi concentración en lo que hago
Ítem 12	Termino lo que estoy haciendo sin sentirme cansado demasiado pronto
Ítem 13	Hago cosas con mi familia
Ítem 14	Hago cosas con mis amigos
Ítem 15	Hago cosas con mis compañeros de aula
Ítem 16	Sigo las reglas del aula
Ítem 17	Termino mi trabajo a tiempo en clases
Ítem 18	Hago mis tareas
Ítem 19	Pregunto a mi profesor cuando lo necesito

Ítem 20	Logro que los demás entiendan mis ideas
Ítem 22	Pienso la forma de hacer las cosas cuando tengo un problema
Ítem 23	Me puedo calmar cuando me siento molesto
Ítem 24	Hago que mi cuerpo haga lo que quiero hacer
Ítem 25	Uso mis manos para trabajar con cosas

Nota. Fuente: Adaptado de planteados las Heras, C.G, Romero, D., y Abelenda, J. (2006). *Manual del Usuario de la Autoevaluación Ocupacional para Niños (COSA) versión 2.1*. En J. K. Keller, The Model of Human Occupation Clearinghouse. Chicago: University of Illinois at Chicago.

Tabla 18

Puntuación de la escala COSA para el nivel de competencia

Valor de la puntuación	Nivel de competencia
1	Tengo muchos problemas para hacer esto
2	Tengo pocos problemas para hacer esto
3	Esto lo hago bien
4	Esto lo hago muy bien

Nota. Fuente: Adaptado de Romero, A.D., y Kramer, J. (2009). *Using the Spanish Child Occupational Self-Assessment (COSA) with Children with ADHD*. Occupational Therapy in Mental Health, 25(2), 101-114.

Tabla 19

Puntuación de la escala COSA para el nivel de importancia

Valor de la puntuación	Nivel de importancia
1	No es muy importante para mí
2	Es importante para mí
3	Es muy importante para mí
4	Es lo más importante para mí

Nota. Fuente: Adaptado de Romero, A.D., y Kramer, J. (2009). *Using the Spanish Child Occupational Self-Assessment (COSA) with Children with ADHD*. Occupational Therapy in Mental Health, 25(2), 101-114.

Las características psicométricas para la consistencia interna oscilan entre 0,91 y 0,92 (Kramer, Kielhofner y Smith, 2010). La traducción para la versión española se realizó en población infantil con TDAH (Romero y Kramer, 2009). En la actualidad está disponible la versión 2.1 de la herramienta (Gloria de las Heras, Romero y Abelenda, 2006). Popova, Ostrowski, Wescott y Taylor (2019) han desarrollado la versión corta, aunque no está disponible para la aplicación en español.

1.3. La calidad de vida en padres de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Morrison y Bennett (2008) puntualizan que la CV es el cómputo que hace un individuo de la experiencia vital general relacionada con un área concreta en un momento determinado (Morrison y Bennet, 2008). De esta manera, se aprecia que la CV relacionada con la salud, hace referencia a las experiencias vitales y en cómo afectan a esta área.

La evaluación de la CV debe ser una prioridad para los profesionales que intervienen en este ámbito, teniendo como finalidad la mejoría de la misma. Según el grupo de trabajo de la OMS (1998), "[...] *está influida por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno*". En la Tabla 20 se detallan las dimensiones de la CV y la relación que presentan con los dominios en que interfieren.

Tabla 20
Dimensiones y dominios de la calidad de vida

Dimensión	Constructo de estudio
Dimensión física	Dolor, energía y fatiga, actividad sexual, funciones sensoriales, sueño y descanso
Dimensión psicológica	Sentimientos positivos, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración, autoestima, sentimientos negativos, imagen corporal y apariencia
Nivel de independencia	Movilidad, actividades cotidianas, dependencia de sustancias médicas y tratamientos, dependencia de sustancias no médicas (drogas, alcohol, tabaco), capacidad de comunicarse y capacidad de trabajo
Relaciones sociales	Relaciones personales, soporte social y actividades que proveen soporte
Medio ambiente	Libertad, seguridad física, ambiente del hogar, satisfacción laboral, recursos financieros, salud y cuidado social, accesibilidad y calidad, oportunidad para nueva información y competencias, ambiente físico (polución, ruido y clima), transporte, recreación y actividades de ocio

Nota. Fuente: Adaptado de Morrison, V., y Bennet, P. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Pearson Educación.

Atendiendo a la aclaración de la OMS, la CV es un concepto multidimensional del funcionamiento subjetivo (percepción física, emocional y social) mediante unos indicadores objetivos que incluyen las condiciones del entorno familiar, escolar, entre otros (Upton, Maddocks, Eiser, Barnes y Williams, 2005). La medida de la CV en los menores con afectaciones psiquiátricas tiene por objetivo valorar un rango de aspectos relacionados con la adaptación funcional al contexto en el que interactúa cotidianamente. En los progenitores de menores con TDAH trata de evidenciar el impacto que el trastorno tiene en las dimensiones de salud y de la CV y que alteraciones provoca en el funcionamiento diario (Bastiaansen, Koot, Ferdinand y Verhulst, 2004; Morrison y Bennet, 2008; Gallego-Méndez, Perez-Gomez, Calzada-Rodríguez, Denche-Zamorano, Mendoza-Muñoz, et al., 2020).

En las últimas décadas, la definición y la evaluación de la CV fue evolucionando y adaptándose a diferentes directrices y necesidades según los avances conceptuales y clínicos para las múltiples dimensiones que la conforman. La medida de la CV relacionada con la salud, pretende determinar el grado de bienestar en diversos dominios de la vida, considerando el impacto físico, emocional y las consecuencias que un trastorno ha provocado (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012; Schwörer, Reinelt, Petermann y Petermann, 2020). Esta conceptualización comprende la perspectiva de los sujetos sobre el estado de salud con respecto al grado de interferencia en el desempeño diario. Esta evaluación profundiza en la dimensión subjetiva de la salud humana.

El desarrollo de un niño con TDAH se relaciona inevitablemente con la CV de los padres, de los hermanos y de las redes de apoyo disponibles. Los síntomas ejercen una influencia significativa en aspectos cotidianos de la

vida familiar (Goldstein, Harvey, Friedman-Weieneth, Pierce, Tellert y Sippel, 2007; Azazy, Nour-Eldein, Salama y Ismail, 2018; Chakraborty, Rao, Shenoy, Davda y Suprabha, 2019), que motiva la realización de investigaciones que se centran en estudiar los factores que contribuyen a mejorar la CV experimentada. Klassen et al. (Klassen, Miller y Fine, 2004) demostraron cómo el TDAH tiene un impacto significativo en varios dominios de la CV de los progenitores. Los investigadores observaron una alteración en la salud emocional de los padres, el principal problema que repercutía en la gestión del tiempo para satisfacer sus propias necesidades y en la cohesión y planificación de actividades familiares.

La CV familiar analiza el impacto del trastorno sobre la misma y el rol que cada miembro debe asumir para facilitar la adaptación al entorno del niño con TDAH (Schwörer, Reinelt, Petermann y Petermann, 2020). Se trata de un enfoque sobre la familia que actúa como apoyo natural para la persona que presenta limitaciones. Verdugo (2013) da énfasis a la CV de cada componente y observa al niño de manera holística, como un todo, en lugar de ofrecer una visión particular centrada en la patología.

Existen estudios que demuestran cómo la sintomatología del TDAH tiene una repercusión negativa en la interacción del núcleo familiar, además de la afectación a nivel individual (Danckaerts, Sonuga-Barke, Banaschewski, Buitelaar, Döpfner, Hollis, et al., 2010; Chakraborty, Rao, Shenoy, Davda y Suprabha, 2019; Karimirad, Noghani, Oghli, Noorian y Amini, 2019). Estas familias, habitualmente, se enfrentan a niveles muy elevados de estrés, episodios de ansiedad, conflictos con los hijos y entre los padres debido a la dificultad para adaptarse a las condiciones del niño con TDAH. Hutton y Caron (2005), identificaron unos valores muy elevados de estrés cuando los padres reciben el diagnóstico que afecta de forma considerable al

bienestar de la pareja y trascienden a los diversos sistemas de interacción familiar.

El estrés familiar se incrementa cuando factores externos ocasionan manifestaciones negativas como la visión estereotipada hacia el niño con TDAH, al dedicar más tiempo del estipulado para los cuidados, por las características comportamentales del niño o porque no se cumplen las expectativas que la pareja había previsto (Córdova y Verdugo, 2003; Dey, Paz-Castro, Haug y Schaub, 2019).

El estrés parental provoca que no se recurra a pautas de crianza correctas, que el desempeño del rol sea inadecuado y cause una baja autoeficacia originada por la impotencia y las fluctuaciones ante ciertos comportamientos del niño. Según Spratt, Macias y Saylor (2007), los padres pueden recurrir a prácticas negligentes e inclusive al abuso físico o emocional. Por otro lado, existen investigaciones que relacionan un alto nivel de estrés parental con el conflicto entre los progenitores o el divorcio (Wymbbs, Pelham, Molina, Gnagy, Wilson y Greenhouse, 2008; Bornovalova, Blazei, Malone, McGue y Iacono, 2013; Leijten, Scott, Landau, Harris, Mann, Hutchings, et al., 2020).

En los años 90, diversos estudios trataron de vincular el impacto de la discapacidad en la familia relacionando variables como el estrés, las estrategias de afrontamiento y resolución de problemas, las prácticas parentales, el ambiente familiar, incluyendo la relación marital y las necesidades familiares, aunque no se englobaba desde una concepción integral (Rubio, Berg-Weger y Tebb, 1999; Poston, Turnbull, Park, Mannan, Marquis y Wang, 2003; Córdoba, Gómez y Verdugo, 2008).

En el año 2003, Poston et al., describieron una conceptualización multidimensional considerando la interrelación que existe entre la CV de todos los miembros de la familia. Los autores definen un vínculo entre la percepción familiar de la CV y la influencia significativa de factores personales y socioculturales de cada miembro.

En la actualidad la CV familiar constituye un indicador que determina los apoyos necesarios en el núcleo de la persona y busca una buena adaptación y desarrollo en el contexto (Cappe, Bolduc, Rouge, Saiag y Delorme, 2017).

El paradigma vigente reconsidera el rol de la familia tradicional y muestra la visión de un todo. El cambio en la concepción individualista de la CV fue introducido por el Modelo de Calidad de Vida Centrado en la Familia. Este muestra la noción de un núcleo organizado como una unidad apoyo que es capaz de desarrollar el potencial y las capacidades de cada miembro para establecer las prioridades y la capacitación del conjunto familiar (Turnbull, 2003; Lachapelle et al., 2005; Schallock, et al., 2005). Se enfatiza el trabajo en equipo con los profesionales que intervienen con la persona con discapacidad y se ayuda a identificar necesidades ajustadas a las expectativas.

En este modelo, la capacitación de la familia es importante porque se relaciona con la mejora de la CV familiar. Los componentes principales dependen de la implicación de los miembros y del compromiso que adquieren con la ecología comunitaria para favorecer una retroalimentación de todo el entorno, haciendo énfasis en las adaptaciones que realizan para mejorar la CV (Turnbull, Zuna y Gotto, 2008; Zuna, Turnbull y Summers, 2009). Es decir, este modelo se centra en

modificar el contexto para obtener una participación plena y dejan de lado los déficits del miembro de la familia.

El enfoque de trabajo aproxima la teoría a la práctica, aunque algunos autores señalan que la escasez de bibliografía y de aproximaciones metodológicas concretas limitan el diseño de estrategias que den respuestas reales y efectivas a las dimensiones de la CV individual y familiar y que impliquen la participación activa de los contextos (Turnbull, 2003; Mugno, et al., 2007; Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012).

Según Verdugo (2013), los componentes de una planificación centrada en la familia tienen que ser criterios relevantes para que la puesta en práctica sea exitosa. La programación está formada por la implicación de todo el ambiente familiar, de un análisis exhaustivo de todos los recursos adecuados para satisfacer y mantener una comunicación fluida entre los miembros y mantener la autoestima de cada uno de ellos.

Esta configuración teórica que constituye una perspectiva multidimensional, objetiva y subjetiva, está formada por cinco dimensiones (Tabla 21): interacción familiar, apoyo externo, recursos instrumentales, bienestar físico y emocional y servicios asistenciales (Poston, et al., 2003; Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012). Se incluye también la capacitación, adaptación y planificación de cada miembro para que sea capaz de potenciar sus recursos y fortalezas.

Tabla 21

Dimensiones de la calidad de vida familiar según el Beach Center

CALIDAD DE VIDA FAMILIAR					
	Interacción familiar	Papel de los padres	Bienestar emocional	Bienestar físico y material	Apoyos a la persona con discapacidad
INDICADORES	Disfruta pasando tiempo junta	Ayuda a la persona con discapacidad a ser independiente	Recibe el apoyo necesario para aliviar el estrés	Cuenta con transporte para moverse por la comunidad	Tiene apoyo para progresar en la escuela o trabajo
	Expresa sus sentimientos	Ayuda en la realización de las actividades de la vida diaria	Tiene tras personas que les brindan apoyo	Recibe ayuda sanitaria cuando es necesaria	Tiene apoyo para progresar en el hogar
	Resuelve problemas unidos	Enseña habilidades sociales	Dispone de tiempo para ellos	Recibe asistencia bucodental cuando lo necesita	Tiene ayuda para hacer nuevos amigos
	Se apoya para lograr objetivos	Enseña a tomar decisiones adecuadas	Tiene ayuda externa para atender a las necesidades de cada uno de ellos	Se hace cargo de los gastos	Tiene relación con los servicios socio-sanitarios
	Demuestra que se preocupan unos por otros	Conoce al círculo social del hijo con discapacidad		Está segura en su entorno	
	Hace frente a adversidades	Dedica tiempo a las necesidades individuales del hijo			

Nota. Fuente: Adaptado de Turnbull, A. (2003). La calidad de vida de la familia como resultado de los servicios: el nuevo paradigma. *Siglo Cero*, 34, 59-73.; Cordoba-Andrade L., Gomez-Benito J. y Verdugo-Alonso M. A. (2008) *Family quality of life of people with a disability: a comparative analysis*. Universitas Psychologica 7, 369-83.

Los componentes del proceso de capacitación se forman por la participación de los interesados y por el cambio en la ecología comunitaria. Todos los miembros de la familia participan en la resolución de los problemas y desarrollan habilidades de autodeterminación. Según Romera (2003), este proceso confiere autoridad y capacidad a las familias para actuar como agentes de cambio en el contexto próximo. El enfoque de actuación se centra en las fortalezas y recursos que puedan utilizar para conseguir los objetivos, aunque las ideas principales que fundamentan este modelo no son nuevas y ya fueron utilizadas para dar explicación a la teoría de sistemas familiares de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1986). La

ecología comunitaria enfatiza el entorno y lo dispone para realizar todo tipo de adaptaciones y modificaciones con el objetivo de que la familia pueda experimentar la CV de cada uno de los miembros.

El desarrollo del modelo se caracteriza por concebir a cada individuo como un miembro importante con todos los derechos de la familia y de la comunidad; forman parte de todos los niveles del paradigma; la adaptación del entorno confiere una unión y participación inclusiva; y los servicios comunitarios ofrecen apoyo para fomentar la mejoría en la CV familiar. El reto principal se centra en lograr una participación familiar activa para que sea capaz de reconocer las prioridades y diseñar el plan para conseguir las.

Instrumentos de evaluación de la calidad de vida

Como se ha visto hasta el momento, la presencia de TDAH se asocia con diversos grados de alteración en las distintas áreas de la vida diaria de la población infantil. Pero esta afectación también se evidencia en la dinámica familiar, en los patrones de funcionamiento parental y de forma específica en el progenitor principal (Johnston y Mash, 2001; Wiegand-Grefe, Sell, Filter y Plass-Christl, 2019).

En el inicio de este apartado se expuso cómo el TDAH de los hijos afecta a la CV de los padres y de qué manera interfiere en el pronóstico del TDAH. Debido a esta alteración, los progenitores pueden reducir la autoeficacia, desarrollar problemas emocionales tales como estrés, ansiedad o depresión, generar conflictos dentro del núcleo marital o, incluso, llegar a perder el sentido de la competencia y satisfacción como padres (Kashdan,

Jacob, Pelham, Lang, Hoza, et al., 2004; Foley, 2011; Cheung, Aberdeen, Ward y Theule, 2018; Bonifacci, Massi, Pignataro, Zocco y Chiodo, 2019).

Sin embargo, en la actualidad, la evaluación de la CV en los padres de niños y niñas con TDAH se realiza con herramientas genéricas que miden diversos componentes o hacen una valoración global del estado general de salud (Matza, Rentz, Secnik, Swensen, Revicki, et al., 2004; Cortese, 2010). En muchas ocasiones, estos instrumentos han sido diseñados para la valoración genérica y no se han centrado en los efectos que una patología pueda tener en la percepción del progenitor sobre su CV (Dey, et al., 2019).

Las herramientas específicas correlacionan los síntomas del TDAH y realizan una medición más concreta de los efectos en los dominios de la CV (Agarwal, Goldenberg, Perry y IsHak, 2012). Estas escalas son las adecuadas para la evaluación de la enfermedad o trastorno para el que se han desarrollado, tienen mayor consistencia interna y más especificidad y sensibilidad (Uneri, Senses-Dinc y Goker, 2015).

En la Tabla 22 se pueden consultar las herramientas disponibles para la valoración de la CV en personas con TDAH, sin embargo, ninguna de estas herramientas está disponible para el uso en la población española, debido a que no están validadas, traducidas, ni adaptadas culturalmente.

Tabla 22

Herramientas específicas destinadas a la evaluación de la calidad de vida en el TDAH

Instrumento	Población	Dominios
ADHD Impact Module-Child (AIM-C) (Landgraf, Rich y Rappaport, 2002)	Niños y padres	Mide el efecto del trastorno en el bienestar emocional y social del niño. Consta además de 10 ítems específicos para la valoración del bienestar de la familia
ADHD Quality of Life Scale (ADHD/QoLS) (Dolgun, Savas y Yazgan, 2005)	Niños	Escala tipo Likert que mide las dimensiones cognitivas, físicas y sociales
Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS) (Weiss, McBride, Craig y Jensen, 2018)	Adolescentes y padres	La versión WFIRS-S es completada por los menores y evalúa el deterioro funcional relacionado con el TDAH en 6 dominios de hogar, autoconcepto, aprendizaje y trabajo, actividades de la vida diaria, actividades sociales y actividades de riesgo La versión WFIRS-P es rellenada por los padres y mide los ámbitos de familia, aprendizaje y escuela, habilidades para la vida, autoconcepto del niño, actividades sociales y actividades de riesgo
Adult ADHD Quality of Life Scale (AAQoL) (Brod, Johnston, Able y Swindle, 2006)	Adultos	Escala tipo Likert que mide 4 dominios de la CV y la afectación de la sintomatología del TDAH
Adult ADHD Quality of Life-29 (AAQoL-29) (Brod, Perwien, Adler, Spencer y Johnston, 2005)	Adultos	Escala formada por 29 ítems que mide distintos aspectos de la CV en el TDAH como la productividad, las relaciones sociales o la salud psicológica
ADHD Impact Module for Adults (AIM-A) (Landgraf, 2007)	Adultos	Escala tipo Likert que mide 6 dominios de la CV relacionados con el TDAH

Nota. Elaboración propia a partir de diversos estudios.

En la literatura científica más reciente, las herramientas utilizadas con mayor frecuencia para valorar la CV familiar o de un progenitor de niños con TDAH son la *Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF*, el *Cuestionario de Salud SF-36* y el *EuroQoL EQ-5D* (Matza, Secnik, Mannix y Sallee, 2005; Azazy, et al., 2018; Karimirad, et al., 2019; Dey, et al., 2019; Thomas, Venkateswaran y Alexander, 2020).

El Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36).

El Cuestionario de Salud SF-36 es una herramienta genérica para valorar la calidad de vida relacionada con la salud. Fue elaborado para proporcionar un perfil del estado de la salud en la población normativa aunque se utiliza para detectar el estado de la CV y detectar el beneficio de diferentes tratamientos en patologías tanto físicas como psiquiátricas (Matcham, Scott, Rayner, Hotopf, Kingsley, et al., 2014; Bunevicius, 2017; Yaras, Bayliss, Cappelleri, Maher, Bushmakina, et al., 2018; Gu, Cheng, Wang, Yuan, Sam, et al., 2019; Kin, Yasuhara, Tomita, Umakoshi, Morimoto, et al., 2019).

La adaptación a la población española fue realizada por Alonso, Prieto, y Antó (1995) y el estudio de la validez se realizó por Ayuso-Mateos, Lasa, Vázquez-Barquero, Oviedo y Díez-Maneique (1999).

El cuestionario se puede administrar vía telefónica o de manera presencial en personas con edades superiores a 14 años. Está formado por 8 dimensiones que miden 36 ítems (Tabla 23). La puntuación de la escala oscila entre 0 (peor estado de salud) y 100 (mejor estado de salud) (Vilagut, Ferrer, Rajmil, Rebollo, Permanyer-Miralda, et al., 2005).

Tabla 23

Dimensiones del cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36

Dimensión	Ítems	Contenido que evalúa
Función Física	10	Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos
Rol Físico	4	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades
Dolor Corporal	2	La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar
Salud General	5	Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse

Vitalidad	4	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento
Función Social	2	Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual
Rol Emocional	3	Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar
Salud Mental	5	Salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general
Evolución Declarada de la Salud	1*	Valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás

Nota. Fuente: Alonso, J., Prieto, L., y Antó, J.M. (1995). *La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos*. Medicina Clínica, 104(20), 771-776.

*No se incluye en la valoración de las dimensiones.

El cuestionario SF-36 en la versión 2.0 (Alonso, Prieto y Antó, 1995) fue modificado para ofrecer la puntuación por cada una de las dimensiones. Sin embargo, las versiones anteriores de la herramienta ofrecen una puntuación global de la CV además de la valoración por cada dimensión (Sánchez-Martínez, Abellán-Perpiñán, Martínez-Pérez y Méndez-Martínez, 2008). Las características psicométricas de la escala son buenas en la versión española. La consistencia interna fue superior a 0,7 en todas las dimensiones (rango de 0,71 a 0,94), excepto en la categoría de relación social (alfa=0,45). Los coeficientes de correlación tuvieron un rango de 0,58 a 0,99 (Alonso, Prieto y Antó, 1995).

1.4. Justificación.

El TDAH es un trastorno neuropsiquiátrico con alta prevalencia en la infancia. El inicio se produce en edades precoces llegando a ser un proceso crónico durante la etapa adulta (American Psychiatric Association, 2014). La sintomatología afecta de forma directa a las acciones cotidianas del niño y de su entorno inmediato (familiar, escolar y social) y tiene una implicación negativa en el desempeño académico, ocupacional y social.

Los síntomas del cuadro clínico producen alteraciones en las funciones ejecutivas (Posner, Polanczyk y Sonuga-Barke, 2020), siendo característica la dificultad para centrar la atención en acciones cotidianas (inatención), regular el nivel de actividad (hiperactividad) e inhibir el comportamiento motriz o cognitivo (impulsividad).

En TDAH no es un trastorno de nosología reciente. La primera aproximación a una descripción data del año 1847 y la clasificación clínica inicial de los síntomas fue en el año 1902 (Matthews, Nigg y Fair, 2014; Leahy, 2017). Desde entonces hasta la actualidad, se han generado distintas denominaciones diagnósticas hasta llegar a la concepción actual.

La etiología es multifactorial con una base neurobiológica explicada por alteraciones anatómicas en regiones corticales y por alta predisposición genética asociada a varios genes de codificación de la adrenalina y noradrenalina (Miller, Iosif, Bell, Farquhar-Leicester, Hatch, et al., 2020). El entorno psicosocial y el factor ambiental son predisponentes y pueden influir o modular las manifestaciones sintomáticas del TDAH. La severidad y la exposición de un gen en un determinado ambiente puede repercutir

de forma distinta en cada individuo (Akutagava-Martins, Rohde y Hutz, 2016; Segovia Guisado, 2017; Van derMeer, et al., 2017).

Los objetivos principales del tratamiento son reducir los síntomas y aumentar la funcionalidad diaria (Barkley, Fischer, Smallish y Fletcher, 2006; Pelham y Altszuler, 2020). Aunque en la actualidad las intervenciones se centran en el manejo de los síntomas y de los problemas conductuales (Faraone, Banaschewski, Coghill, Zheng, Biederman, et al., 2021). Se hace evidente la puesta en práctica de nuevos abordajes mediante una intervención focalizada y centrada en aspectos que pasan desapercibidos en la clínica.

En la bibliografía científica, se han encontrado estudios que analizan el comportamiento social en el TDAH, las relaciones con pares, el funcionamiento académico e incluso la CV relacionada con el consumo de fármacos (Brown, Perwien, Faries, Kratochvil y Vaughan, 2006; Danckaerts et al., 2010; Posner, Polanczyk y Sonuga-Barke, 2020).

Distintos estudios apuntan que las personas con TDAH tienen menor CV y alcanzan un índice más elevado de enfermedades somáticas, tienen problemas para adaptarse a las exigencias del entorno y en la implicación y ejecución en las responsabilidades y tareas diarias (Veló, Keresztény, Szentiványi y Balázs, 2013; Leijten, Scott, Landau, Harris, Mann, Hutchings, et al., 2020).

El abordaje práctico del TDAH desde la TO facilita la participación exitosa en diferentes ocupaciones de forma significativa utilizando intervenciones centradas en las habilidades sensoriales, motoras o cognitivas (Hayase, Mosenteen, Thimmaiah, Zemke, Adler y Fisher, 2004; Creek, 2008;

Gharebaghy, Rassafiani y Cameron, 2015; Hahn-Markowitz, Berger, Manor y Maeir, 2016; Hahn-Markowitz, Berger, Manor y Maeir, 2017; Levanon-Erez, Kampf-Sherf y Maeir, 2019). Por lo tanto, es necesario implementar programas que fundamenten la práctica clínica del terapeuta ocupacional y evidencien el uso en la población infantil con TDAH.

La alteración en la autonomía personal en los niños y las niñas con TDAH se ha documentado en la literatura científica recientemente, aunque de manera escasa (Nielsen, Kelsch y Miller, 2017; Regev y Josman, 2020). Se ha evidenciado la presencia de los síntomas nucleares del trastorno que provocan déficits en el desempeño ocupacional diario e imposibilitan seguir hábitos diarios y rutinas, provocando la instauración de diferentes grados de dependencia en las AVD.

El funcionamiento ejecutivo y las habilidades cognoscitivas superiores muestran dificultades en la capacidad para dar respuesta a las demandas de ejecución de las tareas básicas e instrumentales (Connor y Maeir, 2011; Josman y Meyer, 2019). Este hecho provoca que el niño con TDAH tienda a dejar en planos secundarios las actividades que son necesarias en la rutina cotidiana debido a la alta demanda de atención, de ejecución física y cognitiva o de planificación.

El bajo rendimiento en las áreas ocupacionales tiene implicaciones negativas en el contexto personal, familiar y escolar/social. Cuando se instaura esta situación en la vida diaria del niño, se realiza un ajuste de las AVD afectadas para que mejore el funcionamiento ocupacional. El impacto y las dificultades en el rendimiento ocupacional de los menores con TDAH incluyen el desempeño en las tareas de autocuidado básico, en las actividades instrumentales, en las responsabilidades escolares o en la

participación social, entre otros (Cermak y Maeir, 2012; Frisch, Tirosh y Rosenblum, 2020a).

Los factores subyacentes del trastorno como el déficit de atención, los problemas en el funcionamiento ejecutivo para regular la actividad, en el procesamiento sensorial o en las habilidades motoras, interfieren en la capacidad de la persona para utilizar con autonomía sus habilidades de interacción social, el procesamiento motor y la ejecución de manera independiente de las rutinas y hábitos diarios en los entornos donde se desenvuelven las ocupaciones significativas del niño (Cramm, Krupa, Missiuna, Lysaght y Parker, 2013; Gharebaghy, Rassafiani y Cameron, 2015; Regev y Josman, 2020).

La CV del niño con TDAH y de los progenitores está afectada por la presencia de los síntomas nucleares y de las complicaciones derivadas. Sin embargo, las investigaciones actuales se centran en la valoración del menor y se hace evidente la escasez de literatura científica que explora cómo la presencia del trastorno interfiere en la CV de los padres (Laugesen y Groenkjaer, 2015; Dey, Paz Castro, Haug y Schaub, 2019).

La complejidad derivada de las experiencias que el TDAH provoca en el funcionamiento dentro del núcleo familiar, en la salud física y emocional, así como en las necesidades individuales del progenitor deben estar presentes en el diseño del abordaje integral TDAH sin focalizar los tratamientos de forma exclusiva en el niño, sino que debe ser en todo el contexto (Leijten, Scott, Landau, Harris, Mann, Hutchings, et al., 2020; Schwörer, Reinelt, Petermann y Petermann, 2020).

Las guías clínicas actuales ofrecen evaluación y tratamiento desde la perspectiva médica y/o psicológica (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, 2010; Hosainzadeh-Maleki, Mashhadi, Soltanifar, Moharreri y Ghanaei Ghamanabad, 2014; National Institute for Health and Care Excellence, 2015; American Academy of Pediatrics, 2019; Pelham y Altszuler, 2020). Los protocolos vigentes basan su evidencia en intervenciones sin la perspectiva y la valoración del componente ocupacional y los procedimientos se ciñen a la evaluación conductual, a programas psicoeducativos de los padres o al manejo sintomático y del comportamiento del niño. En esta investigación, la ausencia de intervenciones desde el fundamento de la TO justifica la necesidad de estudiar la autonomía personal y el desempeño ocupacional en la población infantil con TDAH, así como la CV de los progenitores.

2. Objetivos.

El objetivo general de este trabajo es desarrollar y evaluar una intervención cognitivo-conductual en el desempeño de las actividades de la vida diaria de autocuidado e instrumentales para mejorar el grado de autonomía de niños y niñas con TDAH.

Los objetivos específicos del presente trabajo son:

1. Analizar los resultados de la intervención cognitivo-conductual en la variable de autonomía en actividades de la vida diaria básicas e instrumentales.
2. Examinar los efectos de la intervención cognitivo-conductual en la percepción de los niños y las niñas sobre el nivel de desempeño ocupacional.
3. Observar los resultados de la intervención cognitivo-conductual en la variable de la calidad de vida de los padres.
4. Estudiar si las conductas de autonomía e independencia funcional se mantienen a medio plazo después de finalizar el programa de intervención cognitivo-conductual.

3. Hipótesis.

Con relación a los menores con TDAH con un grado de dependencia en las actividades de la vida diaria, se formulan las siguientes hipótesis:

1. La implementación de un programa cognitivo-conductual en la población infantil con TDAH permite una mejora en la autonomía e independencia funcional.
2. La percepción sobre el nivel de autonomía y desempeño ocupacional que los niños y las niñas con TDAH tienen sobre sí mismos está desajustada con la independencia real.
3. La CV de los padres de menores con TDAH está afectada debido a las manifestaciones sintomáticas del trastorno.
4. El programa de intervención cognitivo-conductual garantiza un mantenimiento de las conductas de autonomía en las variables de estudio a los 6 meses.

4. Metodología.

4.1. Tipo de estudio.

Para la consecución de los objetivos, se elabora un estudio longitudinal cuasiexperimental pre-post de seis semanas de duración en una muestra de niños con TDAH, en la que se aplica una intervención basada en un programa cognitivo-conductual para mejorar la autonomía e independencia funcional.

4.2. Periodo de estudio.

La investigación tuvo una duración de cuatro años. Durante el primer año se diseñó el proyecto para el desarrollo del estudio y se solicita la aprobación al Comité de Ética de la Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia.

En el segundo año se efectuó una búsqueda bibliográfica sobre el estado del arte, se diseñó el programa de intervención y se hizo una toma de contacto con la muestra. La duración y la frecuencia de la intervención se plantearon atendiendo a recomendaciones de expertos sobre TDAH y a guías clínicas sobre la materia.

En el tercer año, se puso en práctica el programa con los sujetos seleccionados. A continuación, se implementó la intervención que se ejecutó durante seis semanas, con una frecuencia de un día/semana. Una vez finalizada la intervención, para valorar la repercusión del programa, se hizo un seguimiento presencial a los seis meses y al año.

El cuarto año se destinó a realizar el análisis de los datos obtenidos tras el programa, al debate/discusión y a plasmar las conclusiones del mismo. También se ha hecho una labor de difusión en diferentes congresos y publicaciones científicas.

4.3. Ámbito y muestra de estudio.

El estudio se ha implementado en una entidad de atención a personas con TDAH situada en la localidad de Culleredo, en la provincia de A Coruña.

La Asociación de Niños con Déficit de Atención con/sin Hiperactividad (ANHIDACORUÑA) es un centro destinado a realizar diferentes labores de concienciación, formación y abordaje del trastorno desde una perspectiva de empoderamiento y capacitación de los usuarios y del entorno inmediato. Los objetivos principales son fomentar la inclusión en la sociedad de las personas con TDAH, promover la difusión del conocimiento, fomentar la investigación y contemplar la atención a la diversidad como labor prioritaria.

En el año 2010, ANHIDACORUÑA se constituye como asociación y desde el 2015 pertenece a la Federación Galega de Asociacións de Déficit de Atención e Hiperactividade (FEGADAH). Actualmente, cuenta con más de 300 familias de la provincia de A Coruña y de 2.000 en la comunidad gallega.

El equipo profesional está compuesto por profesionales de Logopedia, Psicología, Magisterio y TO. También permite la participación de

voluntarios y alumnos de prácticas de distintas disciplinas sociosanitarias y educativas.

Criterios de inclusión y de exclusión

A continuación se detallan los criterios estipulados para seleccionar la población de estudio (Tabla 24).

Tabla 24

Criterios de inclusión y de exclusión para el conjunto de la muestra

Los criterios de inclusión fueron los siguientes

- 1) Sujetos en edad escolar entre los 6 y los 11 años
- 2) Con diagnóstico de TDAH según los requisitos del DSM-V o versiones anteriores

Los criterios de exclusión fueron los siguientes

- 1) Presencia de comorbilidades asociadas al TDAH con diagnóstico
- 2) Progenitores que presenten el trastorno y que no reciban algún tipo de intervención
- 3) Que los padres o tutores legales no muestren consentimiento para la participación

Nota. Elaboración propia.

4.4. Selección y características de la muestra.

La muestra fue elegida de un total de 479 usuarios del centro. De ese total, se seleccionaron 36 usuarios que cumplían los criterios de inclusión, haciéndose una asignación aleatoria a los grupos experimental y control entre los menores que podían desplazarse para recibir la intervención semanalmente. Aquellos participantes que por motivos de lugar de residencia no podían acudir a recibir la intervención terapéutica, fueron asignados al grupo control ($n = 7$). La muestra estaba formada por 8 niñas y 28 niños con una edad comprendida entre los 6 y los 11 años de edad. Las demás características sociodemográficas se describen más ampliamente en el apartado 5.1.

La doctoranda, terapeuta ocupacional de la entidad, con responsabilidad asistencial en la misma, fue la encargada de efectuar el proceso de selección y reclutamiento de la muestra. Las intervenciones se realizaron en dependencias del centro para facilitar el acceso de la muestra y evitar desplazamientos y la habituación a nuevos espacios. En la figura 3 se explica de forma detallada como se ha hecho el proceso de reclutamiento de los participantes.

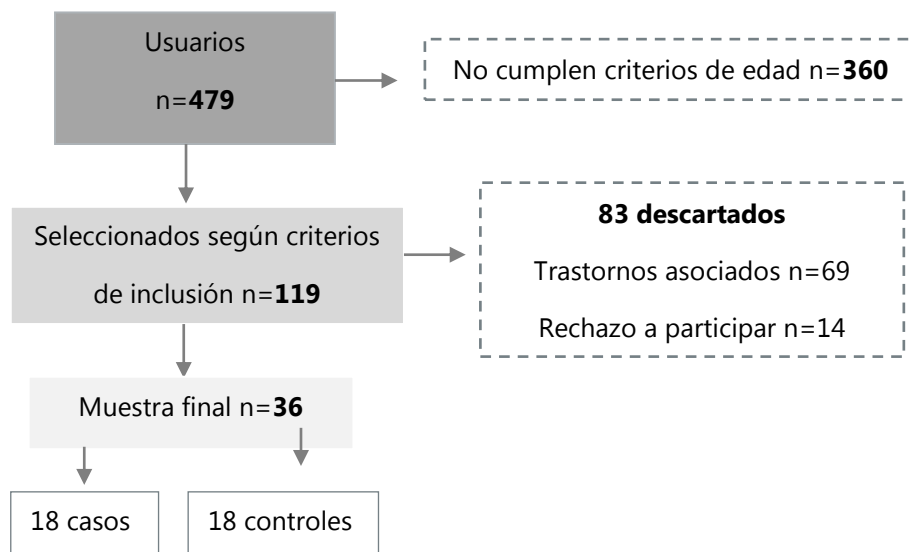


Figura 3 Procedimiento de selección de la muestra: Diagrama de flujo.

Nota. Elaboración propia.

El contacto inicial se ha realizado mediante correo electrónico ($n = 119$). Se envió a los padres una carta invitándoles a participar con una explicación preliminar del estudio (Apéndice A). A continuación, se les convocó a una primera sesión informativa donde se expuso de forma detallada el procedimiento y los contenidos del programa, los objetivos, la finalidad del estudio experimental y se entregó el modelo de Consentimiento Informado aprobado por el Comité Territorial de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol. De ese total, fueron descartados 83 usuarios, 69 porque presentaron algún tipo de comorbilidad asociada al TDAH y 14 que rechazaron participar tras esta reunión.

4.5. Procedimiento.

La intervención cognitivo-conductual diseñada se aplicó en el grupo experimental, formado por 18 participantes. Se desarrolló durante seis sesiones con una duración de una hora a la semana.

El programa se ha planteado mediante un abordaje compensatorio-funcional adaptando el uso de técnicas de modificación conductual en las actividades de la vida diaria relacionadas con la gestión y el mantenimiento de la salud. Según la AOTA, para un desarrollo propicio de las rutinas diarias relacionadas con esta área, el individuo tiene que tener la capacidad para desarrollar, manejar y mantener una rutina para la salud y la promoción del bienestar.

Las sesiones se diseñan con una metodología práctica. En cada sesión se trabajó la adquisición de autonomía personal empleando las técnicas previamente citadas. La configuración metodológica ha permitido un aprendizaje más activo. En todas las sesiones se realizó un repaso y cumplimiento de tareas seguido por el refuerzo de la terapeuta. Se empleó el apoyo social a través de la técnica de refuerzo positivo. En el Apéndice C se pueden consultar los materiales que se entregaron a los menores en cada sesión.

La intervención psicoeducativa con los padres del grupo experimental se hizo con un abordaje mediante el uso de técnicas educativas con los progenitores donde se les explicó y puso en práctica las herramientas que debían utilizar en el hogar. (Se adjunta el dossier que se ha entregado a los padres en el Apéndice C).

Este estudio se diseña teniendo en consideración que es un programa de intervención novedosa en la práctica asistencial e investigadora de este trastorno. Tal y como se exponía en el marco teórico, los abordajes actuales son complementarios con la clínica, aunque no se analiza como interfiere el TDAH en las ocupaciones y hábitos cotidianos de la población infantil.

Con el grupo control, se realizó una evaluación inicial y otra a las seis semanas, que se ajusta en el tiempo con las evaluaciones del grupo experimental. Tras finalizar la intervención y el seguimiento del grupo experimental, se ofrece al grupo control participar en el tratamiento. Se indica que los datos obtenidos no se han incluido en los resultados de la investigación.

El grupo control se forma por un conjunto de menores que reciben tratamientos distintos y heterogéneos cuando acuden al centro. Las intervenciones de reeducación pedagógica se hacen en un grupo reducido. El objetivo es el abordaje de problemas en el ámbito educativo y para el desarrollo de habilidades sociales. Otros miembros reciben sólo asistencia psicológica o de logopedia a nivel individual. Con los progenitores no se interviene de forma directa, tan sólo reciben asistencia para tratar problemas los problemas emocionales o de tipo conductual de los niños y las niñas.

Los sujetos del grupo control declinaron continuar participando en el estudio cuando se les solicitó realizar el seguimiento a los seis meses. Sin embargo, se hace constar que participaron sin incidencias en la evaluación inicial y en la final.

El programa de intervención se ha creado siguiendo las directrices de la APA para el abordaje del TDAH, y las recomendaciones de diferentes guías para la planificación de intervenciones en esta área (Tabla 25). Las herramientas de intervención utilizadas serán 1) técnicas psicoeducativas, 2) abordaje compensatorio-funcional y 3) técnicas de modificación de conducta.

Tabla 25

Modalidades de intervención psicoterapéuticas interdisciplinares

Abordajes	Estrategias
Intervención psicoeducativa	Técnicas informativas y educativas
Abordaje compensatorio-funcional	Uso terapéutico de las ocupaciones
Técnicas de modificación de conducta	Refuerzo positivo
	Autoinstrucciones
	Economía de fichas

Nota. Fuentes: American Academy of Pediatrics. (2019). ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in children and Adolescents. *Pediatrics*, 144(4), e20192528. Orjales, V.I. (2011). *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE. National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): The NICE guideline on diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*. London: NICE. American Occupational Therapy Association. (2016). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. *American Journal of Occupational Therapy*, 609-639.

Después de la sesión inicial descrita en el apartado 4.4., se convocaron de forma individual a los progenitores y a los menores para realizar la evaluación inicial. A los padres se les entregaron los documentos detallados en el Apéndice B para obtener información sobre la calidad de vida (SF-36), la percepción del desempeño ocupacional de los hijos (CLARP) y las variables sociodemográficas. Además, con el grupo experimental se hizo una formación teórica de una hora sobre las técnicas que se iban a usar durante la intervención, las cuales se debían poner en práctica en el domicilio (Apéndice C). Con los niños y las niñas se aplicó la evaluación COSA. Ambas sesiones se han hecho de forma individual y por separado con padres e hijos (Tabla 26).

Tabla 26
Esquematización del trabajo con los grupos muestrales

		Grupo Experimental		Grupo Control	
		Padres	Niños	Padres	Niños
Sesión informativa individual					
Evaluación inicial	CLARP				
	COSA				
	SF-36				
Implementación del programa de intervención					
Evaluación final	CLARP				
	COSA				
	SF-36				

Nota. Elaboración propia.

4.6. Descripción de la intervención.

En la siguiente tabla (Tabla 27) se detalla la organización y la estructuración de los contenidos del programa de intervención que se ha trabajado semanalmente. En el Apéndice D se puede consultar de forma detallada los contenidos de cada sesión. Se aporta además, documentación explícita realizada con un sujeto del grupo experimental para exponer cómo ha sido el proceso de intervención durante las sesiones que formaban parte del estudio.

Tabla 27

Organización de las sesiones con el grupo experimental

SESIÓN	PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CON LOS PADRES	PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CON LOS NIÑOS
1	Explicación del programa, de las sesiones y de las técnicas que se van a utilizar: <ul style="list-style-type: none"> - Refuerzo positivo - Economía de fichas - Actividades de la vida diaria posibles - Refuerzos y premios que se pueden utilizar Funcionamiento semanal del programa Rol de los padres durante la intervención Entrega de materiales con las explicaciones en lenguaje sencillo	Hoja de registro diario Listado de AVD que escoger Explicación breve antes de entregar la documentación Se hace una actividad que domine y otra que sea necesario aprender o mejorar
2	Recogida de la documentación de la sesión anterior Seguimiento sobre problemas durante la semana y puntos clave de éxito	Tabla de puntos con actividades para cada día de la semana y con los refuerzos AVD: 1 que domine y otra para aprender o mejorar
3	Recogida de la documentación de la sesión anterior Seguimiento sobre problemas durante la semana y puntos clave de éxito	Tabla de puntos con actividades para cada día de la semana y con los refuerzos AVD: 1 que domine y 2 para aprender o mejorar
4	Recogida de la documentación de la sesión anterior Seguimiento sobre problemas durante la semana y puntos clave de éxito	Tabla de puntos con actividades para cada día de la semana y con los refuerzos AVD: 1 que domine y 2 para aprender o mejorar
5	Recogida de la documentación de la sesión anterior Seguimiento sobre problemas durante la semana y puntos clave de éxito	Tabla de puntos con actividades para cada día de la semana y con los refuerzos AVD: 1 que domine y 2 para aprender o mejorar
6	Recogida de la documentación de la sesión anterior. Revisar los problemas que han aparecido durante todo el programa. Revisar el aprendizaje, las técnicas que han funcionado y las que le han costado poner en práctica Fijar fechas para el seguimiento post-intervención: a los 6 meses y al año	Analizar las áreas ocupacionales que han mejorado y las que no han dado resultados óptimos Valoración final Cierre del programa

Nota. Elaboración propia.

4.7. Variables de estudio.

Se describen las variables objeto de estudio para la recopilación de información (Figura 4).

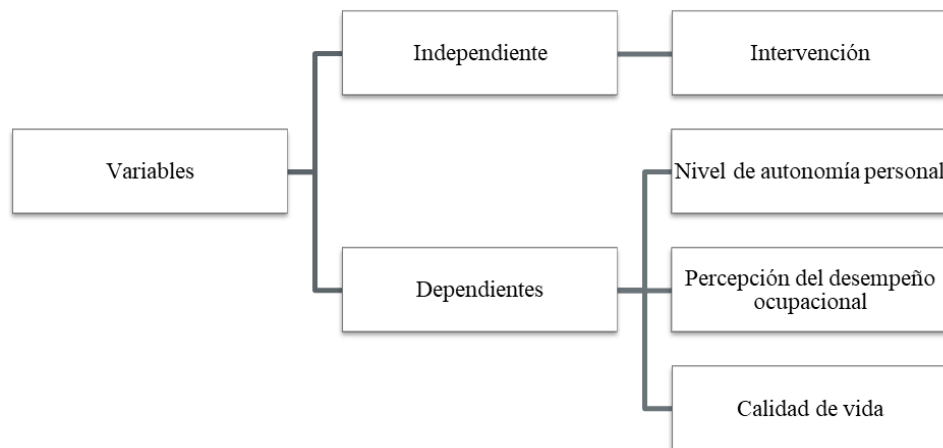


Figura 4 Relación de variables independientes y dependientes.
Nota. Elaboración propia.

La variable independiente es el programa de intervención que se ha descrito de forma detallada en el punto 4.6. Las variables dependientes son el nivel de autonomía, la percepción del desarrollo ocupacional y la CV. En la Tabla 28 se puede consultar el instrumento que se utilizó para medir cada variable.

Tabla 28
Variables de estudio e instrumentos de medición

Instrumento de medida	Variables
<i>Cuestionario para la evaluación de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación en niños con TDAH (CLARP)</i>	Nivel de autonomía
<i>Autoevaluación Ocupacional (COSA)</i>	Percepción del desempeño ocupacional
<i>Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36)</i>	Calidad de vida de los padres

Nota. Elaboración propia.

4.8. Instrumentos para la recogida de información.

Los instrumentos utilizados para realizar la recogida de información se han descrito de manera detallada en los apartados 1.2. y 1.3.

A continuación, se hace una breve referencia de los mismos.

- El **Cuestionario para la evaluación de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación en niños con TDAH (CLARP)** consta de 20 ítems que evalúan las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Realiza una valoración de desempeño de 3 dominios. La información se obtiene de una entrevista estructurada mediante la observación. Las respuestas posibles para cada ítem oscilan entre 0 y 4: 0 "*Ninguna dificultad*", 1 "*Dificultad ligera*", 2 "*Dificultad moderada*", 3 "*Dificultad grave*", 4 "*Dificultad completa*", y la opción NA (No Aplica) (Salamanca-Duque, 2010b; Salamanca-Duque, Naranjo-Aristizábal, Méndez-Narváez y Sánchez, 2014). Esta herramienta se ha aplicado antes y después del programa de intervención.
- La **Autoevaluación Ocupacional (COSA)** es una herramienta de evaluación basada en el Modelo de la Ocupación Humana (Kielhofner, 2002). Evalúa la capacidad y la percepción de los niños/jóvenes en las actividades cotidianas, así como la importancia en el desempeño. Está compuesta por 25 ítems y se ha utilizado la versión tipo listado porque era el método más eficiente y sencillo para aplicar con la muestra. Esta herramienta se ha aplicado antes y después del programa de intervención.

- El **Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la salud Short Form-36 (SF-36)**, es una escala genérica de medida de la CV para sujetos sanos y enfermos. El resultado proporciona un perfil del estado de salud y puede ser autoadministrado o realizado por un entrevistador. Diversas investigaciones y guías recomiendan su uso en la investigación y en la práctica clínica. Se debe señalar que este cuestionario no incluye algunos constructos significativos relacionados con la salud, como trastornos del sueño, rol familiar o función sexual (Ware y Sherbourne, 1992; Alonso, Prieto y Anto, 1995; Arostegui, Núñez-Antón y Quintana, 2007; Arostegui y Núñez-Antón, 2008). Esta herramienta se ha aplicado antes y después del programa de intervención. Debido a la inexistencia de herramientas específicas para el uso en la población española, se ha optado por el uso de una herramienta genérica para la evaluación de la CV en los progenitores.

4.9. Aspectos éticos y legales.

Para desarrollar la investigación se tuvieron en consideración los aspectos éticos-legales que se describen a continuación. En el Apéndice A se puede consultar toda la documentación relativa a los aspectos éticos y legales.

Comité Ético.

Se realizó una solicitud de petición de permiso al Comité Territorial de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol de la Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia (Código de Registro y Aceptación: 2017/405).

Hoja de Información al Participante.

Se facilitó a los padres o tutores legales previos al inicio de la intervención.

Consentimiento Informado.

Los progenitores han aceptado participar en el estudio a propósito de la Ley 3/2005, reguladora del consentimiento informado. El requerimiento básico para que padres o tutores legales firmasen el documento fue la libertad de decisión, competencia para decidir e información adecuada.

Privacidad, confidencialidad y anonimato.

El tratamiento, comunicación y cesión de los datos se hizo conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, para la garantía de confidencialidad de la información.

La documentación aportada a los participantes antes de iniciar el estudio se elaboró según la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Se siguieron las recomendaciones de la Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.

Los datos de la muestra obtenidos en el transcurso de la investigación fueron anonimizados al finalizar el estudio. La hoja de información al

participante, el consentimiento informado, documentación para la recogida de datos y la propia base de datos con los valores estadísticos fueron codificados empleando un código alfanumérico que no permite relacionar a los participantes con los datos identificativos que han aportado.

La doctoranda se ajustó a los requisitos de la Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor, modificada por la Ley 26/2015 y la Ley 45/2015, que obliga a aportar certificados negativos del Registro Central de Delincuentes Sexuales para todos los profesionales y voluntarios que trabajan en contacto habitual con menores.

Los procedimientos de diseño y realización de la investigación se adaptaron a las Normas de Buena Práctica Clínica, guía realizada por la *International Conference on Harmonisation* en 2017.

Se ejercieron los principios éticos para investigaciones médicas en seres humanos recogidos en la Declaración de Helsinki y de consideraciones éticas sobre las bases de datos de salud en la Declaración de Taipéi, promulgadas ambas declaraciones por la Asociación Médica Mundial en 2016.

Se siguieron las disposiciones con relación a los derechos humanos y biomedicina reguladas por el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina (Convenio de Oviedo) de 1999, para velar por el interés y el bienestar de los participantes en la presente investigación.

4.10. Análisis estadístico.

Para el análisis de los datos, se utilizó el software IBM SPSS *Statistics for Windows* V26.0.

La estadística descriptiva se hizo mediante un análisis univariante para explicar las características sociodemográficas de los grupos de estudio. El análisis descriptivo de las variables cuantitativas se elaboró mediante la estimación de la media, desviación estándar e intervalo de confianza. Para las variables categóricas se calculó la frecuencia absoluta, el porcentaje y su correspondiente intervalo de confianza, elaborado mediante el Wilson Score.

Para comprobar la distribución de normalidad en las variables cuantitativas, se aplicaron el test de Kolmogórov-Smirnov y el test de Shapiro-Wilk. Con respecto a la homogeneidad de varianzas para las escalas, se calculó con ANOVA y con el test de Levene.

Para la estadística inferencial bivariante se utilizaron los procedimientos de contraste de hipótesis que se detallan a continuación:

Para determinar la relación entre los resultados del nivel de autonomía, y de CV con cada variable sociodemográfica, se utilizó el coeficiente de correlación no paramétrico de Spearman para los factores cuantitativos, la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney en la comparación de dos grupos para factores cualitativos dicotómicos, y la prueba de Kruskal-Wallis en la comparación de más de dos grupos para los factores cualitativos policotómicos. Para determinar la relación entre

los resultados de percepción del desempeño ocupacional con cada variable sociodemográfica, se utilizó el X^2 de Pearson o el test exacto de Fisher, en función de las condiciones de aplicación.

Con relación al propio proceso de intervención, y a fin de poder determinar las diferencias obtenidas en las escalas de evaluación entre los diferentes periodos, antes y después de la intervención y en el seguimiento, se utilizó el test no paramétrico Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para muestras emparejadas. Aunque la muestra cumplía con las condiciones de homogeneidad para aplicar estadísticos paramétricos, se optó por esta prueba debido a que el tamaño muestral era reducido.

Para contrastar las hipótesis, en los test aplicados se estableció una $p \leq 0,05$ como valor estadísticamente significativo.

5. Resultados.

5.1. Características sociodemográficas de los grupos objeto de estudio.

En la presente investigación se hizo un seguimiento total de 36 individuos, 18 de los cuales forman parte del grupo experimental y 18 pertenecientes al grupo control. En la Tabla 29 se pueden consultar los datos que se describen a continuación de manera pormenorizada.

La distribución por género fue común en el grupo experimental y en el control, siendo mayoritario el porcentaje de varones (77,8%) frente al de mujeres (22,2%).

En cuanto a la edad, el grupo experimental tiene una edad media de 8,72 años, mientras que en el grupo de control es de 9,06 años. Con respecto a la edad del diagnóstico, el grupo experimental tiene una media de 6,44 años, mientras que para el grupo control es de 6,89 años.

Con respecto a la distribución por edades, son los sujetos de entre 9 a 11 años los que muestran mayor tamaño de porcentaje (61,1%), siendo equivalente en ambos grupos.

Al igual que ocurrió con el sexo, la variable relativa a la zona de residencia, arroja iguales resultados en ambos grupos de estudio, siendo mayoritario el porcentaje de sujetos residentes en zonas urbanas (77,8%) que en rurales (22,2%).

Con respecto al ambiente de convivencia del sujeto de estudio, en el caso de la composición del hogar, ambos grupos muestran un mayor porcentaje de sujetos que conviven con ambos progenitores, no obstante, la composición de familias monoparentales (5,6%) está presente en ambos grupos de estudio.

Al analizar el número de hermanos en el hogar, en todos los sujetos analizados del grupo experimental contaban con ellos, sin embargo, en el grupo de control el porcentaje se reduce al 55,6%.

En cuanto al nivel de estudios de los progenitores, el grupo experimental presenta una formación de los progenitores superior (44,4%) a los padres del grupo de control (38,9%), aunque la distribución es equivalente.

Atendiendo al nivel de estudios de los sujetos, el grupo de control presenta un menor porcentaje de repetidores (83,3%) que el grupo experimental (77,8%), siendo en cualquiera de los casos mayoritario el porcentaje de no repetidores.

Finalmente, para conocer el contexto en el que se va a trabajar, se ha clasificado a cada uno de los individuos en función del nivel de TDAH diagnosticado. En ambos grupos, el tipo de TDAH mayoritario es el TDAH-C: combinado, siendo un porcentaje del 44,4% en el grupo experimental y del 61,1% en el grupo control.

Tabla 29
Características sociodemográficas de los participantes

		GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
		n	%	n	%
TDAH - Diagnóstico	TDAH-C: combinado	8	44,4%	11	61,1%
	TDAH-I: predominio inatención	5	27,8%	3	16,7%
	TDAH-HI: predominio hiperactividad e impulsividad	5	27,8%	4	22,2%
Sexo	Mujer	4	22,2%	4	22,2%
	Hombre	14	77,8%	14	77,8%
Rangos de edad	6 a 8 años	7	38,9%	7	38,9%
	9 a 11 años	11	61,1%	11	61,1%
Zona de residencia	Rural	4	22,2%	4	22,2%
	Urbano	14	77,8%	14	77,8%
Nivel estudios de los padres	Obligatorios	2	11,1%	4	22,2%
	Formación profesional	8	44,4%	7	38,9%
	Universitarios	8	44,4%	7	38,9%
Nivel de estudios del menor	Curso sin repetición	14	77,8%	15	83,3%
	Repetición de curso	4	22,2%	3	16,7%
Vivienda habitual	Padre	1	5,6%		
	Madre	1	5,6%	6	33,3%
	Ambos	16	88,9%	12	66,7%
Hermanos	Sin hermanos			8	44,4%
	Un hermano	13	72,2%	10	55,6%
	Dos hermanos	5	27,8%		
Toma de medicación	Si	7	38,9%	12	66,7%
	No	11	61,1%	6	33,3%
		Media	D. Estándar	Media	D. Estándar
Edad		8,72	1,32	9,06	1,70
Edad al diagnóstico		6,44	0,86	6,89	1,23

5.2. Cálculo de normalidad y de homogeneidad de varianza.

Para comprobar la distribución de normalidad, se aplicaron los test de Kolmogórov-Smirnov y el test de Shapiro-Wilk. Como resultado se ha obtenido un comportamiento de distribución de normalidad para la escala SF-36, que es una variable cuantitativa, y de no normalidad para las escalas COSA y CLARP, teniendo en consideración que estas últimas son variables categóricas.

Con respecto a la homogeneidad de varianzas para las escalas CLARP y SF-36, esto se calculó con el test ANOVA (Tabla 30 y Tabla 31) y con el test de Levene. Los valores obtenidos de p fueron superiores a 0,05 por lo que se aceptó la igualdad de varianzas entre los grupos de estudio. Es decir, tanto el grupo experimental como el grupo control se comportaron de igual forma en cuanto a los datos obtenidos antes y después de la intervención para las variables de estudio de nivel de autonomía de los niños y las niñas y de CV de los padres.

Tabla 30

Resultados para la homogeneidad entre grupos antes de la intervención

Pre intervención	Total n=36 M(DS)	Grupo experimental n=18 M(DS)	Grupo control n=18 M(DS)	p*
Autonomía	20,89(11,55)	24,44(12,59)	17,33(9,46)	0,064
Calidad de vida	56,68(18,58)	54,37(18,06)	58,99(19,33)	0,464

* $p > 0,05$

Tabla 31

Resultados para la homogeneidad entre grupos después de la intervención

Post intervención	Total n=36 M(DS)	Grupo experimental n=18 M(DS)	Grupo control n=18 M(DS)	p*
Autonomía	16,50(10,90)	14,94(9,81)	18,06(11,97)	0,400
Calidad de vida	63,27(17,85)	67,46(15,96)	59,08(19,09)	0,163

* $p > 0,05$

5.3. Efectos de la intervención en nivel de autonomía.

5.3.1. *Relación entre nivel de autonomía y las características sociodemográficas*

Para sintetizar los resultados obtenidos del análisis de las relaciones entre las variables sociodemográficas y el nivel de autonomía, se ha elaborado una tabla donde se muestran los resultados para los grupos de estudio. Los resultados se exponen en este apartado a pesar de no encontrar relaciones estadísticamente significativas entre el cruce de variables. En la Tabla 32, se puede consultar los resultados obtenidos para cada una de las variables sociodemográficas y la escala CLARP antes y después de la intervención y en el seguimiento posterior.

Para conocer la relación entre las variables sociodemográficas y la percepción de la CV de los padres, se ejecutó un análisis bivariante. La determinación de la posible influencia de las características sociodemográficas no muestra ningún dato relevante o significativo para la escala CLARP.

Los datos obtenidos indican que no existe una relación directa entre las condiciones sociodemográficas analizadas y el nivel de autonomía personal que presentan los menores ni antes ni después de la intervención tanto en el grupo experimental como en el grupo control, así como en el seguimiento a los 6 meses.

Tabla 32

Resultados del cruce entre las variables sociodemográficas y la escala CLARP

	Grupo experimental			Grupo control	
	Pre	Post	6 meses	Pre	Post
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	p*	p*	p*	p*	p*
Edad del niño/a ^a	0,958	0,879	0,623	0,244	0,184
Edad del diagnóstico ^a	0,971	0,713	0,639	0,590	0,393
Tipo de TDAH según criterios del DSM-V ^b	0,522	0,345	0,466	0,677	0,659
Sexo ^c	0,671	0,425	0,392	0,123	0,167
Zona de residencia ^c	0,873	0,958	0,831	0,221	0,264
Nivel de estudios del menor ^c	0,710	0,395	0,748	0,342	0,236
Toma de medicación ^c	0,147	0,425	0,438	0,425	0,213

^aCoficiente de correlación de Spearman; ^bKruskal-Wallis; ^cPrueba de Mann-Whitney

*p<0,05

5.3.2. Resultados de la escala CLARP para los grupos de estudio

Grupo experimental

En el grupo experimental se han encontrado diferencias significativas en el nivel de autonomía personal entre la medición del inicio y la medición realizada tras finalizar la intervención cognitivo-conductual orientada a las AVD.

En la Tabla 33 se muestran los resultados en el nivel de autonomía para el grupo experimental antes y después de la intervención. Se observa un valor de $p < 0,001$, lo que indica que el nivel de autonomía personal es diferente entre la primera y la segunda de las mediciones. Por lo tanto, en cuanto al nivel de efectividad del programa de intervención aplicado para favorecer la independencia en el hogar, hubo una disminución del nivel de dependencia entre la medición basal ($M = 24,44$) y la final ($M = 14,94$) tras la aplicación del programa de intervención ($z = -3,597$, $p < 0,001$).

Tabla 33

Valores en el nivel de autonomía para el grupo experimental antes y después de la intervención

GRUPO EXPERIMENTAL				
	n	Media	Mediana	p ¹
Resultado PRE CLARP	18	24,44	21,0	<0,001*
Resultado POST CLARP	18	14,94	11,5	
Resultado POST CLARP	18	14,94	11,5	0,191
Resultado POST CLARP: 6 meses	18	11,06	11,0	

¹Significación obtenida con el test no paramétrico Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

* $p < 0,05$

Al realizar el seguimiento a los 6 meses tras finalizar la intervención, no se han encontrado diferencias significativas en las mediciones, teniendo en cuenta que la valoración post intervención ($M = 14,94$) y la valoración a los 6 meses ($M = 11,06$) apenas presenta discrepancias, siendo demostrado por el valor de p que es superior a $0,05$ ($z = -0,191$, $p = 0,191$).

Sin embargo, se debe mencionar que el grupo experimental presenta diferencias significativas en el nivel de autonomía personal atendiendo a la evaluación basal ($M = 24,44$) y a la evaluación realizada en el seguimiento de los 6 meses ($M = 11,06$) tras la aplicación del programa experimental, (Tabla 34). Se observa un valor de $p = 0,001$, por lo que se puede concluir que la efectividad del programa tiene beneficios en la autonomía de los menores con TDAH en el hogar, ya que se evidencia una disminución del nivel de dependencia ($z = -3,198$, $p = 0,001$).

Tabla 34

Valores en el nivel de autonomía para el grupo experimental antes y en el seguimiento de la intervención

GRUPO EXPERIMENTAL				
	n	Media	Mediana	p ¹
Resultado PRE CLARP	18	24,44	21,0	0,001*
Resultado POST CLARP: 6 meses	18	11,06	11,0	

¹Significación obtenida con el test no paramétrico Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

* $p < 0,05$

Para determinar que las diferencias en el nivel de autonomía personal antes y después de la intervención y en el seguimiento a los 6 meses no se deban al azar y que sean estadísticamente significativas, se aplicó el estadístico de Friedman, una prueba no paramétrica de comparación de tres o más muestras relacionadas (Figura 5).

El nivel de autonomía personal aumentó después de la intervención cognitivo-conductual aplicada a las AVD en el hogar ($M = 14,94$) con relación a la medición efectuada antes de iniciar la misma ($M = 24,44$), y este nivel de autonomía personal, se fue incrementando en el seguimiento a los 6 meses ($M = 11,06$). El grado de dependencia que los menores con TDAH presentaban en las AVDB y AVDI se redujo desde el inicio de la intervención y los efectos de la intervención están presentes en el seguimiento temporal a los 6 meses, presentando un nivel de significancia menor a 0,05 ($\chi^2(2) = 17,94$, $p = 0,000$).

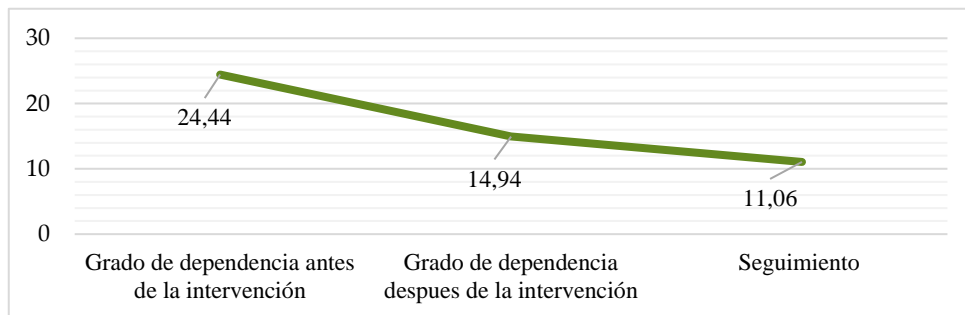


Figura 5 Comparación del nivel de autonomía en los participantes con TDAH del grupo experimental antes y después de la intervención y en la medición de seguimiento a los seis meses.

Grupo control

En el grupo control no existen diferencias en el nivel de autonomía entre la medición del inicio y la medición hecha al finalizar la intervención. En la

Tabla 35 se muestran los valores del nivel de autonomía para el grupo experimental antes y después de la intervención ($z = -0,264$, $p = 0,792$).

Tabla 35
Valores en el nivel de autonomía para el grupo control antes y después de la intervención

GRUPO CONTROL				
	n	Media	Mediana	p ¹
Resultado PRE CLARP	18	17,33	17,5	0,792
Resultado POST CLARP	18	18,06	17,0	

¹Significación obtenida con el test no paramétrico Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

* $p < 0,05$

Sin embargo, no existe diferencia significativa en el nivel de autonomía haciendo una comparación entre el grupo experimental y el grupo control después de la intervención (Tabla 36), a pesar de existir un cambio significativo en el grupo experimental.

Tabla 36
Comparativa del nivel de autonomía entre los grupos al finalizar la intervención

	Grupo	n	Media	Mediana	p ¹
Resultado POST CLARP	Control	18	18,06	17,00	0,40
	Experimental	18	14,94	11,50	

¹Nivel de significación calculado mediante el test no paramétrico U de Mann-Whitney

* $p < 0,05$

A continuación, se detalla la estadística descriptiva para el conjunto de la muestra. De esta manera se pretende aportar una perspectiva visual que ayude a visualizar los resultados obtenidos. En las tablas 37 y 38 se pueden observar los resultados descriptivos para el nivel de autonomía.

Tabla 37

Resultados descriptivos para el nivel de autonomía en el grupo experimental

GRUPO EXPERIMENTAL										
CUARTILES										
	n	Media	D. Estándar	Mínimo	Máximo	Rango	Mediana			
							Q1	Q2	Q3	IQR ¹
Resultado PRE CLARP	18	24,44	12,59	10	60	50	15	21	33	19
Resultado POST CLARP	18	14,94	9,81	5	43	38	7,75	11,50	22,50	14,75
Resultado POST CLARP 6 meses	18	11,06	5,24	2	26	24	7,75	11,00	12,25	4,50

¹Rango intercuartílico

Tabla 38

Resultados descriptivos para el nivel de autonomía en el grupo control

GRUPO CONTROL										
CUARTILES										
	n	Media	D. Estándar	Mínimo	Máximo	Rango	Mediana			
							Q1	Q2	Q3	IQR ¹
Resultado PRE CLARP	18	17,33	9,46	4	40	36	9	18	25	17
Resultado POST CLARP	18	18,06	11,98	5	54	49	8,50	17,00	25,50	17,00

¹Rango intercuartílico

El grupo experimental ha reducido la puntuación diagnóstica del CLARP después de la intervención. De esta forma, en la Figura 6 se observa cómo el 83,3% ($n = 15$) de los participantes tienen poca o escasa dificultad para realizar AVD.

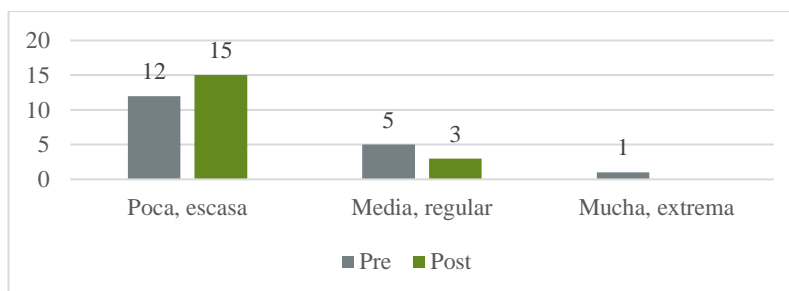


Figura 6 Resultados según puntuación del CLARP grupo experimental.

En el grupo control, se puede evidenciar cómo la clasificación diagnóstica para el CLARP antes y después de la intervención no presenta cambios (Figura 7).

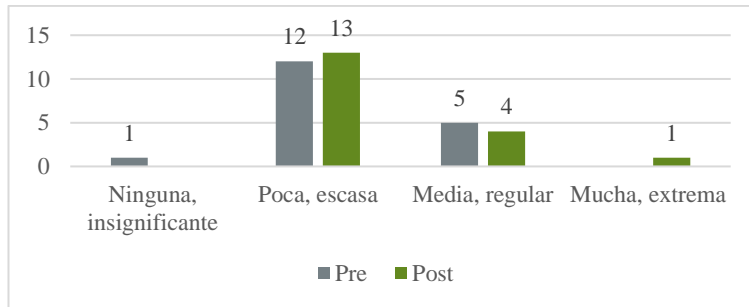


Figura 7 Resultados según puntuación del CLARP grupo control.

En las tablas 39 y 40 se pueden consultar de forma detallada los valores descriptivos para las opciones de respuesta de la escala CLARP. De esta forma, se contribuye a realizar una perspectiva global para los resultados de la puntuación antes y después de la intervención según las categorías diagnósticas.

Tabla 39

Categorías descriptivas según tipo de respuesta del CLARP para el grupo experimental

GRUPO EXPERIMENTAL					
		Pre intervención		Post intervención	
		n	%	n	%
Resultado CLARP Categorizado	Ninguna, insignificante	0	0,0%	0	0,0%
	Poca, escasa	12	66,7%	15	83,3%
	Media, regular	5	27,8%	3	16,7%
	Mucha, extrema	1	5,6%	0	0,0%

Tabla 40

Categorías descriptivas según tipo de respuesta del CLARP para el grupo control

GRUPO CONTROL					
		Pre intervención		Post intervención	
		n	%	n	%
Resultado CLARP Categorizado	Ninguna, insignificante	1	5,6%	0	0,0%
	Poca, escasa	12	66,7%	13	72,2%
	Media, regular	5	27,8%	4	22,2%
	Mucha, extrema	0	0,0%	1	5,6%

5.4. Efectos de la intervención en la percepción del desempeño ocupacional.

5.4.1. *Relación entre la percepción del desempeño ocupacional y las características sociodemográficas*

Para sintetizar los resultados obtenidos del análisis de las relaciones entre las variables sociodemográficas y el resultado de la escala COSA, se han elaborado las tablas 41, 42, 43, 44, y 45, donde se muestra los resultados para los grupos de estudio.

La escala COSA es una variable categórica ordinal, por lo que, para analizar su relación con las variables sociodemográficas categóricas dicotómicas y valorar si existe una relación significativa, se utilizó el estadístico Chi Cuadrado. Con las variables numéricas de edad y edad del diagnóstico se utilizó la prueba de Mann-Whitney.

Debido a que la herramienta COSA no dispone de una puntuación global final, se ha comprobado la relación entre cada categoría de la escala con cada variable sociodemográfica para conocer si existe una relación entre la percepción del desempeño ocupacional y las características sociodemográficas.

Se debe mencionar que, debido al tamaño muestral, la única opción factible para cruzar "*Tipo de TDAH*" con la herramienta COSA, sería agrupar la variable en 2 categorías. Por lo tanto, esta opción no es viable, ya que los 3 tipos diagnósticos del TDAH (TDAH-C: combinado, TDAH-I: predominio inatención y TDAH-HI: predominio hiperactividad e

impulsividad) no se pueden agrupar. Esta variable no se presenta en la relación entre las variables sociodemográficas y la percepción del desempeño ocupacional.

En el grupo experimental, se han obtenido asociaciones significativas entre las variables sociodemográficas y la percepción de la competencia ocupacional, antes de la intervención y en el seguimiento a los 6 meses.

En la evaluación basal, las variables de edad del diagnóstico, sexo y tratamiento farmacológico interfieren en la percepción de competencia sobre el desempeño ocupacional de varios ítems de la herramienta COSA. Sin embargo, en la evaluación de seguimiento, tan sólo la variable de edad se relaciona con la percepción del desempeño ocupacional en uno de los ítems de la autoevaluación.

Se debe mencionar que, en el grupo experimental no se han encontrado diferencias significativas en el análisis de las relaciones entre las variables sociodemográficas y el resultado de la escala COSA en la evaluación post intervención. Por lo que se concluye que las características de la muestra no ejercen una influencia en la percepción del desempeño ocupacional de los sujetos con TDAH. Es decir, en el grupo experimental, ni el sexo, la edad, el lugar de residencia, la edad del diagnóstico, el nivel de estudios del menos, ni la toma de medicación, repercuten en cómo los niños y las niñas con TDAH perciben su capacidad y realizan las actividades cotidianas.

En la evaluación inicial del grupo control, las variables de edad, sexo y tratamiento farmacológico interfieren en la percepción ocupacional de varios ítems de la herramienta COSA. Sin embargo, en la evaluación post

intervención, la edad del diagnóstico y el sexo, influyen en como el niño percibe el desempeño ocupacional en varias actividades.

Tabla 41

Resultados entre las categorías de la escala COSA y las variables sociodemográficas para el grupo experimental antes de la intervención

	GRUPO EXPERIMENTAL PRE INTERVENCIÓN					
	Edad ¹	Edad del diagnóstico ¹	Sexo ²	Zona de residencia ²	Nivel de estudios de menor ²	Toma de medicación ²
Mantengo mi cuerpo limpio	0,716	0,372	0,405	1,000	0,405	0,137
Me visto solo	0,902	0,940	1,000	1,000	1,000	0,528
Como sin ayuda	0,902	0,940	0,108	1,000	1,000	0,043*
Uso dinero para comprar cosas por mí mismo	0,269	0,498	1,000	1,000	1,000	1,000
Completo mis trabajos	-	-	-	-	-	-
Duermo lo suficiente	0,424	0,541	1,000	1,000	1,000	1,000
Tengo suficiente tiempo para hacer lo que me gusta	0,57	0,259	1,000	1,000	1,000	0,528
Cuido de mis cosas	0,166	0,372	1,000	1,000	1,000	0,137
Muevo mi cuerpo desde un lugar hacia otro	0,424	0,541	0,222	1,000	1,000	0,389
Elijo cosas que quiero hacer	0,716	0,593	0,039*	1,000	1,000	0,137
Mantengo mi concentración en lo que hago	0,759	0,416	0,533	1,000	0,278	0,596
Termino lo que estoy haciendo sin sentirme cansado demasiado pronto	0,636	0,158	0,541	1,000	1,000	1,000
Hago cosas con mi familia	0,667	0,259	1,000	1,000	1,000	1,000
Hago cosas con mis amigos	0,716	0,372	1,000	1,000	1,000	1,000
Hago cosas con mis compañeros de aula	0,580	0,201	1,000	1,000	1,000	0,043*
Sigo las reglas del aula	0,919	0,118	1,000	1,000	1,000	1,000
Termino mi trabajo a tiempo en clases	0,133	0,328	1,000	1,000	0,119	0,637
Hago mis tareas	0,088	0,652	1,000	0,588	0,092	0,630
Pregunto a mi profesor cuando lo necesito	0,771	0,372	0,405	1,000	1,000	1,000
Logro que los demás entiendan mis ideas	0,509	0,031*	0,524	1,000	0,524	1,000
Pienso la forma de hacer las cosas cuando tengo un problema	0,846	0,552	0,245	0,569	0,569	0,627
Me mantengo trabajando en algo aunque se vuelva difícil	0,424	0,541	0,222	1,000	1,000	0,389
Me puedo calmar cuando me siento molesto	0,662	0,721	0,569	1,000	0,245	0,627
Hago que mi cuerpo haga lo que quiero hacer	0,424	0,940	0,108	1,000	1,000	0,043*
Uso mis manos para trabajar con cosas	-	-	-	-	-	-

¹Prueba de Mann-Whitney ²Chi-cuadrado de Pearson o test exacto de Fisher, en función de las condiciones de aplicación

*p<0,05

Tabla 42

Relación entre las categorías de la escala COSA y las variables sociodemográficas para el grupo experimental después de la intervención

	GRUPO EXPERIMENTAL POST INTERVENCIÓN					
	Edad ¹	Edad del diagnóstico ¹	Sexo ²	Zona de residencia ²	Nivel de estudios de menor ²	Toma de medicación ²
Mantengo mi cuerpo limpio	-0,800	-0,612	1,000	1,000	1,000	1,000
Me visto solo	0,424	0,541	1,000	1,000	1,000	1,000
Como sin ayuda	-	-	-	-	-	-
Uso dinero para comprar cosas por mí mismo	0,716	0,593	1,000	0,405	0,405	0,137
Completo mis trabajos	0,716	0,593	1,000	1,000	1,000	1,000
Duermo lo suficiente	0,219	0,259	1,000	1,000	1,000	1,000
Tengo suficiente tiempo para hacer lo que me gusta	0,424	0,940	1,000	1,000	1,000	0,528
Cuido de mis cosas	0,716	0,593	1,000	1,000	1,000	1,000
Muevo mi cuerpo desde un lugar hacia otro	0,230	0,541	1,000	1,000	1,000	1,000
Elijo cosas que quiero hacer	0,716	0,372	1,000	0,405	1,000	0,497
Mantengo mi concentración en lo que hago	0,573	0,954	1,000	0,245	1,000	0,332
Termino lo que estoy haciendo sin sentirme cansado demasiado pronto	0,956	0,178	0,524	0,197	1,000	1,000
Hago cosas con mi familia	0,771	0,372	1,000	1,000	1,000	0,497
Hago cosas con mis amigos	0,716	0,593	1,000	1,00	1,000	1,000
Hago cosas con mis compañeros de aula	0,424	0,541	1,000	1,000	1,000	1,000
Sigo las reglas del aula	0,424	0,541	1,000	1,000	1,000	1,000
Termino mi trabajo a tiempo en clases	0,424	0,940	1,000	1,000	1,000	0,528
Hago mis tareas	0,424	0,541	1,000	1,000	1,000	1,000
Pregunto a mi profesor cuando lo necesito	0,421	0,541	1,000	1,000	1,000	1,000
Logro que los demás entiendan mis ideas	0,846	0,191	0,569	1,000	0,245	0,141
Pienso la forma de hacer las cosas cuando tengo un problema	0,582	0,787	0,524	1,000	1,000	0,245
Me mantengo trabajando en algo aunque se vuelva difícil	0,902	0,940	1,000	1,000	1,000	1,000
Me puedo calmar cuando me siento molesto	0,759	0,573	0,533	0,278	0,278	0,326
Hago que mi cuerpo haga lo que quiero hacer	0,499	0,940	1,000	1,000	1,000	1,000
Uso mis manos para trabajar con cosas	0,308	0,593	1,000	1,000	1,000	1,000

¹Prueba de Mann-Whitney ² Chi-cuadrado de Pearson o test exacto de Fisher, en función de las condiciones de aplicación

* $p < 0,05$

Tabla 43

Relación entre las categorías de la escala COSA y las variables sociodemográficas para el grupo experimental para el seguimiento

	GRUPO EXPERIMENTAL SEGUIMIENTO					
	Edad ¹	Edad del diagnóstico ¹	Sexo ²	Zona de residencia ²	Nivel de estudios de menor ²	Toma de medicación ²
Mantengo mi cuerpo limpio	-	-	-	-	-	-
Me visto solo	-	-	-	-	-	-
Como sin ayuda	-	-	-	-	-	-
Uso dinero para comprar cosas por mí mismo	0,190	0,190	0,245	1,000	0,688	0,494
Completo mis trabajos	-	-	-	-	-	-
Duermo lo suficiente	0,764	0,541	1,000	1,000	0,582	0,197
Tengo suficiente tiempo para hacer lo que me gusta	-	-	-	-	-	-
Cuido de mis cosas	-	-	-	-	-	-
Muevo mi cuerpo desde un lugar hacia otro	-	-	-	-	-	-
Elijo cosas que quiero hacer	-	-	-	-	-	-
Mantengo mi concentración en lo que hago	0,324	0,186	1,000	0,245	0,518	0,474
Termino lo que estoy haciendo sin sentirme cansado demasiado pronto	0,662	0,593	1,000	0,405	0,423	0,231
Hago cosas con mi familia	0,759	0,573	1,000	0,278	0,160	0,952
Hago cosas con mis amigos	0,110	0,541	1,000	1,000	0,582	0,197
Hago cosas con mis compañeros de aula	0,041*	0,634	1,000	0,569	0,423	0,087
Sigo las reglas del aula	-	-	-	-	-	-
Termino mi trabajo a tiempo en clases	0,919	0,851	1,000	0,533	0,261	0,255
Hago mis tareas	0,716	0,372	1,000	0,405	0,316	0,060
Pregunto a mi profesor cuando lo necesito	0,269	0,599	1,000	0,108	0,310	0,829
Logro que los demás entiendan mis ideas	0,647	0,466	1,000	0,082	1,000	0,629
Pienso la forma de hacer las cosas cuando tengo un problema	0,963	0,910	1,000	1,000	0,800	0,280
Me mantengo trabajando en algo aunque se vuelva difícil	0,110	0,541	1,000	1,000	0,582	0,197
Me puedo calmar cuando me siento molesto	0,582	0,281	0,524	0,197	0,880-	0,518
Hago que mi cuerpo haga lo que quiero hacer	-	-	-	-	-	-
Uso mis manos para trabajar con cosas	0,582	0,787	0,524	0,524	0,880	0,518

¹Prueba de Mann-Whitney ²Chi-cuadrado de Pearson o test exacto de Fisher, en función de las condiciones de aplicación

* $p < 0,05$

Tabla 44

Relación entre las categorías de la escala COSA y las variables sociodemográficas para el grupo control antes de la intervención

	GRUPO CONTROL PRE INTERVENCIÓN					
	Edad ¹	Edad del diagnóstico ¹	Sexo ²	Zona de residencia ²	Nivel de estudios de menor ²	Toma de medicación ²
Mantengo mi cuerpo limpio	0,353	0,908	0,524	0,524	1,000	0,569
Me visto solo	0,144	0,438	1,000	1,000	1,000	0,245
Como sin ayuda	0,219	0,167	1,000	1,000	1,000	1,000
Uso dinero para comprar cosas por mí mismo	0,315	0,207	0,275	1,000	1,000	0,043*
Completo mis trabajos	0,923	0,201	0,083	1,000	0,515	0,344
Duermo lo suficiente	0,613	0,357	1,000	1,000	1,000	0,098
Tengo suficiente tiempo para hacer lo que me gusta	0,648	0,420	1,000	0,533	1,000	1,000
Cuido de mis cosas	0,780	0,103	0,119	1,000	0,528	1,000
Muevo mi cuerpo desde un lugar hacia otro	0,234	0,528	1,000	1,000	0,167	1,000
Elijo cosas que quiero hacer	0,068	0,667	0,278	1,000	0,172	0,114
Mantengo mi concentración en lo que hago	0,700	0,506	0,083	0,245	0,515	0,344
Termino lo que estoy haciendo sin sentirme cansado demasiado pronto	0,493	0,961	0,023*	0,588	1,000	0,321
Hago cosas con mi familia	0,353	0,324	1,000	0,524	1,000	1,000
Hago cosas con mis amigos	0,306	0,323	0,119	1,000	0,528	0,627
Hago cosas con mis compañeros de aula	0,465	0,846	0,588	1,000	1,000	1,000
Sigo las reglas del aula	0,077	0,216	0,119	1,000	1,000	1,000
Termino mi trabajo a tiempo en clases	0,563	0,201	0,569	0,245	0,515	0,344
Hago mis tareas	0,891	0,846	0,092*	0,275	0,559	0,638
Pregunto a mi profesor cuando lo necesito	0,061	0,706	0,278	1,000	0,522	1,000
Logro que los demás entiendan mis ideas	0,337	0,961	1,000	0,588	1,000	0,638
Pienso la forma de hacer las cosas cuando tengo un problema	0,715	0,734	0,275	0,275	0,216	1,000
Me mantengo trabajando en algo aunque se vuelva difícil	0,751	0,177	0,576	0,576	1,000	0,620
Me puedo calmar cuando me siento molesto	0,885	0,818	1,000	0,405	1,000	1,000
Hago que mi cuerpo haga lo que quiero hacer	0,142	0,095	0,278	0,533	1,000	0,615
Uso mis manos para trabajar con cosas	0,049*	0,147	0,524	1,000	1,000	0,245

¹Prueba de Mann-Whitney ²Chi-cuadrado de Pearson o test exacto de Fisher, en función de las condiciones de aplicación

* $p < 0,05$

Tabla 45

Relación entre las categorías de la escala COSA y las variables sociodemográficas para el grupo control después de la intervención

	GRUPO CONTROL POST INTERVENCIÓN					
	Edad ¹	Edad del diagnóstico ¹	Sexo ²	Zona de residencia ²	Nivel de estudios de menor ²	Toma de medicación ²
Mantengo mi cuerpo limpio	0,234	0,528	1,000	1,000	0,167	1,000
Me visto solo	0,613	0,357	1,000	1,000	1,000	0,098
Como sin ayuda	-	-	-	-	-	-
Uso dinero para comprar cosas por mí mismo	0,892	0,531	0,576	1,000	1,000	0,131
Completo mis trabajos	0,335	0,216	0,278	1,000	1,000	0,268
Duermo lo suficiente	0,718	0,701	1,000	1,000	1,000	1,000
Tengo suficiente tiempo para hacer lo que me gusta	0,761	0,477	1,000	1,000	0,442	1,000
Cuido de mis cosas	0,670	0,244	1,000	1,000	0,442	0,245
Muevo mi cuerpo desde un lugar hacia otro	0,488	0,528	1,000	0,222	1,000	0,333
Elijo cosas que quiero hacer	0,718	0,701	1,000	1,000	1,000	1,000
Mantengo mi concentración en lo que hago	0,885	0,919	0,569	0,569	0,245	0,600
Termino lo que estoy haciendo sin sentirme cansado demasiado pronto	0,376	0,166	0,119	1,000	1,000	0,627
Hago cosas con mi familia	-	-	-	-	-	-
Hago cosas con mis amigos	0,465	0,477	1,000	1,000	1,000	0,245
Hago cosas con mis compañeros de aula	0,563	0,014*	1,000	1,000	1,000	1,000
Sigo las reglas del aula	0,613	0,357	1,000	0,405	1,000	0,098
Termino mi trabajo a tiempo en clases	0,816	0,008*	1,000	1,000	1,000	0,627
Hago mis tareas	0,512	0,324	0,524	0,524	1,000	0,569
Pregunto a mi profesor cuando lo necesito	0,465	0,477	1,000	1,000	1,000	0,245
Logro que los demás entiendan mis ideas	0,545	0,520	1,000	1,000	0,245	0,141
Pienso la forma de hacer las cosas cuando tengo un problema	0,709	0,277	0,011*	1,000	1,000	1,000
Me mantengo trabajando en algo aunque se vuelva difícil	0,744	0,805	0,119	1,000	1,000	0,627
Me puedo calmar cuando me siento molesto	0,470	0,506	0,569	1,000	0,245	0,600
Hago que mi cuerpo haga lo que quiero hacer	0,761	0,093	1,000	1,000	0,442	1,000
Uso mis manos para trabajar con cosas	0,626	0,846	1,000	0,108	0,442	1,000

¹Prueba de Mann-Whitney ²Chi-cuadrado de Pearson o test exacto de Fisher, en función de las condiciones de aplicación

* $p < 0,05$

5.4.2. Resultados de la escala COSA para los grupos de estudio

A continuación, se indica la distribución de las frecuencias y la significación para las variables relacionadas con los valores para los niveles competencia de la escala COSA. Dado que el tamaño muestral no permite la aplicación de determinados test de significación estadística con variables ordinales de cuatro categorías, se decidió agrupar estas variables generando dos nuevas categorías. Los niveles de competencia 1 "*Muchos problemas*" y 2 "*Pocos problemas*" se agruparon en la variable de "*Realización con dificultad*"; y para los niveles 3 "*Lo hace bien*" y 4 "*Lo hace muy bien*" se estableció la variable "*Realización sin dificultad*".

Las tablas 46, 47, 48 y 49 muestran los resultados del cuestionario empleado para medir la percepción del desempeño ocupacional de los grupos de estudio. Se presenta la p de cada uno de los ítems del cuestionario, tras hacer una comparación de los resultados antes del tratamiento (pre) y después del tratamiento cognitivo-conductual (post) aplicado a la autonomía personal. Se incluye del mismo modo, una comparación de los resultados pre, post y del seguimiento a los 6 meses.

Esta perspectiva contribuye a entender desde un análisis y observación ocupacional cómo es la ejecución diaria de las AVDB y AVDI de los sujetos que han formado parte de la muestra de este estudio. Además, permite comprobar si la intervención ha tenido algún tipo de efecto en las áreas ocupacionales que se han investigado y si se ha producido algún cambio en el desempeño diario y en los hábitos de autonomía diario.

De igual forma, en el Apéndice E, se recogen los estadísticos descriptivos en número y porcentaje de casos que respondieron con cada una de las cuatro posibles respuestas de frecuencia (1 "*Muchos problemas*", 2 "*Pocos problemas*", 3 "*Lo hace bien*", 4 "*Lo hace muy bien*") para cada uno de los 25 ítems de la herramienta por grupo de estudio y momento temporal. Se incluyen así mismo, la estadística descriptiva para las categorías generadas de dos respuestas.

Grupo experimental

En el grupo experimental se han encontrado diferencias significativas en los ítems relacionados con el manejo y control de las manifestaciones de los síntomas nucleares del TDAH cuando se realizan AVD, así como en la realización de tareas. En los restantes ítems de evaluación de la percepción de las actividades cotidianas no se detectaron diferencias significativas tras la intervención.

Así mismo, se detectaron diferencias significativas en los ítems "*Mantengo mi concentración en lo que hago*" con una significación de 0,031, y en "*Hago mis tareas*" con una $p = 0,016$. En las categorías restantes de la escala COSA no se han evidenciado diferencias significativas. De esta forma, en la Tabla 46 se puede observar como, tras la intervención, el 61,1% de los menores advirtieron que eran capaces de estar concentrados en las AVD sin ningún tipo de dificultad, y el 94,4% de la muestra percibió que era capaz de realizar tareas sin complejidad.

En la evaluación del seguimiento, el ítem que muestra un cambio es en "*Me puedo calmar cuando me siento molesto*". Esta categoría es significativa cuando se hace una comparación de la evaluación post

intervención con el seguimiento a los 6 meses (Tabla 47) y en la comparación basal con el test a los 6 meses (Tabla 48), con una significación de 0,004 y 0,021 respectivamente. A los 6 meses tan sólo el 22,2% no percibió dificultades para autorregularse. De igual modo, que en la evaluación post intervención, no se han evidenciado diferencias significativas para las categorías restantes de la escala COSA.

En las figuras 8, 9 y 10 se pueden consultar los datos descriptivos de los ítems con cambios. Se muestra la descripción atendiendo a las 4 categorías de respuesta de la escala COSA. De esta forma, se pretende mostrar una perspectiva completa de los cambios tras el programa de intervención.

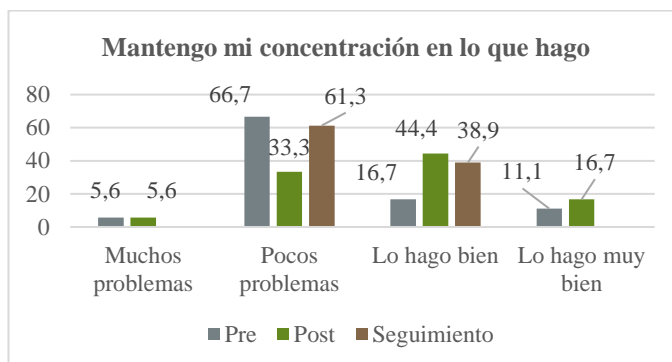


Figura 8 Frecuencias para el ítem "Mantengo mi concentración en lo que hago".

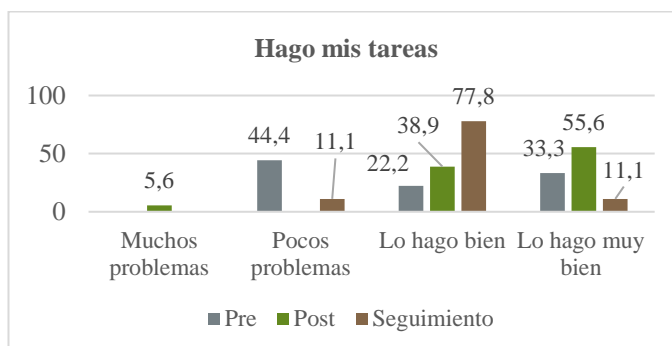


Figura 9 Frecuencias para el ítem "Hago mis tareas".

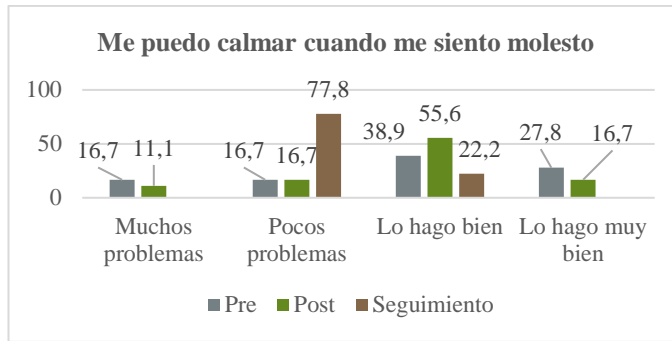


Figura 10 Frecuencias para el ítem "Me puedo calmar cuando me siento molesto".

Grupo control

En el grupo control no se han encontrado diferencias significativas en los ítems de la escala COSA. Este grupo no ha reportado ningún cambio salientable en la percepción de las AVD analizadas con esta herramienta (Tabla 49).

Tabla 46

Resultados de las variables de la escala COSA para el grupo experimental para dos categorías pre y post intervención

	GRUPO EXPERIMENTAL					p ¹
	PRE INTERVENCIÓN		POST INTERVENCIÓN			
	n	%	n	%		
Mantengo mi cuerpo limpio	Cd*	2	11,1%	1	5,6%	1,000
	Sd**	16	88,9%	17	94,4%	
Me visto solo	Cd*	3	16,7%	1	5,6%	0,500
	Sd**	15	83,3%	17	94,4%	
Como sin ayuda	Cd*	3	16,7%	0	0,0%	0,250
	Sd**	15	83,3%	18	100,0%	
Uso dinero para comprar cosas por mí mismo	Cd*	8	44,4%	2	11,1%	0,070
	Sd**	10	55,6%	16	88,9%	
Completo mis trabajos	Cd*	0	0,0%	2	11,1%	0,500
	Sd**	18	100,0%	16	88,9%	
Duermo lo suficiente	Cd*	1	5,6%	3	16,7%	0,500
	Sd**	17	94,4%	15	83,3%	
Tengo suficiente tiempo para hacer lo que me gusta	Cd*	3	16,7%	3	16,7%	1,000
	Sd**	15	83,3%	15	83,3%	
Cuido de mis cosas	Cd*	2	11,1%	2	11,1%	1,000
	Sd**	16	88,9%	16	88,9%	
Muevo mi cuerpo desde un lugar hacia otro	Cd*	1	5,6%	1	5,6%	1,000
	Sd**	17	94,4%	17	94,4%	
Elijo cosas que quiero hacer	Cd*	2	11,1%	2	11,1%	1,000
	Sd**	16	88,9%	16	88,9%	
Mantengo mi concentración en lo que hago	Cd*	13	72,2%	7	38,9%	0,031***
	Sd**	5	27,8%	11	61,1%	
Termino lo que estoy haciendo sin sentirme cansado demasiado pronto	Cd*	4	23,5%	4	22,2%	1,000
	Sd**	13	76,5%	14	77,8%	
Hago cosas con mi familia	Cd*	3	16,7%	2	11,1%	1,000
	Sd**	15	83,3%	16	88,9%	
Hago cosas con mis amigos	Cd*	2	11,1%	2	11,1%	1,000
	Sd**	16	88,9%	16	88,9%	
Hago cosas con mis compañeros de aula	Cd*	3	16,7%	1	5,6%	0,625
	Sd**	15	83,3%	17	94,4%	
Sigo las reglas del aula	Cd*	5	27,8%	1	5,6%	0,125
	Sd**	13	72,2%	17	94,4%	

Termino mi trabajo a tiempo en clases	Cd*	7	38,9%	3	16,7%	0,219
	Sd**	11	61,1%	15	83,3%	
Hago mis tareas	Cd*	8	44,4%	1	5,6%	0,016***
	Sd**	10	55,6%	17	94,4%	
Pregunto a mi profesor cuando lo necesito	Cd*	2	11,1%	1	5,6%	1,000
	Sd**	16	88,9%	17	94,4%	
Logro que los demás entiendan mis ideas	Cd*	4	22,2%	6	33,3%	0,625
	Sd**	14	77,8%	12	66,7%	
Pienso la forma de hacer las cosas cuando tengo un problema	Cd*	6	33,3%	4	22,2%	0,687
	Sd**	12	66,7%	14	77,8%	
Me mantengo trabajando en algo aunque se vuelva difícil	Cd*	1	5,6%	3	16,7%	0,625
	Sd**	17	94,4%	15	83,3%	
Me puedo calmar cuando me siento molesto	Cd*	6	33,3%	5	27,8%	1,000
	Sd**	12	66,7%	13	72,2%	
Hago que mi cuerpo haga lo que quiero hacer	Cd*	3	16,7%	3	16,7%	1,000
	Sd**	15	83,3%	15	83,3%	
Uso mis manos para trabajar con cosas	Cd*	0	0,0%	2	11,1%	0,500
	Sd**	18	100,0%	16	88,9%	

⁴Significación obtenida con el test de McNemar

*Cd: Realización con dificultad **Sd: Realización sin dificultad *** $p < 0,05$

Tabla 47

Resultados de las variables de la escala COSA para el grupo experimental para dos categorías post intervención y seguimiento

	GRUPO EXPERIMENTAL					
		POST INTERVENCIÓN		SEGUIMIENTO 6 MESES		p ¹
		n	%	n	%	
Mantengo mi cuerpo limpio	Cd*	1	5,6%	0	0,0%	1,000
	Sd**	17	94,4%	18	100,0%	
Me visto solo	Cd*	1	5,6%	0	0,0%	1,000
	Sd**	17	94,4%	18	100,0%	
Como sin ayuda	Cd*	0	0,0%	0	0,0%	1,000
	Sd**	18	100,0%	18	100,0%	
Uso dinero para comprar cosas por mí mismo	Cd*	2	11,1%	6	33,3%	0,219
	Sd**	16	88,9%	12	66,7%	
Completo mis trabajos	Cd*	2	11,1%	0	0,0%	0,500
	Sd**	16	88,9%	18	100,0%	
Duermo lo suficiente	Cd*	3	16,7%	1	5,6%	0,625
	Sd**	15	83,3%	17	94,4%	
Tengo suficiente tiempo para hacer lo que me gusta	Cd*	3	16,7%	0	0,0%	0,250
	Sd**	15	83,3%	18	100,0%	
Cuido de mis cosas	Cd*	2	11,1%	0	0,0%	0,500
	Sd**	16	88,9%	18	100,0%	
Muevo mi cuerpo desde un lugar hacia otro	Cd*	1	5,6%	0	0,0%	1,000
	Sd**	17	94,4%	18	100,0%	
Elijo cosas que quiero hacer	Cd*	2	11,1%	0	0,0%	0,500
	Sd**	16	88,9%	18	100,0%	
Mantengo mi concentración en lo que hago	Cd*	7	38,9%	11	61,1%	0,289
	Sd**	11	61,1%	7	38,9%	
Termino lo que estoy haciendo sin sentirme cansado demasiado pronto	Cd*	4	22,2%	2	11,1%	0,625
	Sd**	14	77,8%	16	88,9%	
Hago cosas con mi familia	Cd*	2	11,1%	5	27,8%	0,250
	Sd**	16	88,9%	13	72,2%	
Hago cosas con mis amigos	Cd*	2	11,1%	1	5,6%	1,000
	Sd**	16	88,9%	17	94,4%	
Hago cosas con mis compañeros de aula	Cd*	1	5,6%	6	33,3%	0,125
	Sd**	17	94,4%	12	66,7%	
Sigo las reglas del aula	Cd*	1	5,6%	0	0,0%	1,000
	Sd**	17	94,4%	18	100,0%	

Termino mi trabajo a tiempo en clases	Cd*	3	16,7%	5	27,8%	0,687
	Sd**	15	83,3%	13	72,2%	
Hago mis tareas	Cd*	1	5,6%	2	11,1%	1,000
	Sd**	17	94,4%	16	88,9%	
Pregunto a mi profesor cuando lo necesito	Cd*	1	5,6%	3	16,7%	0,625
	Sd**	17	94,4%	15	83,3%	
Logro que los demás entiendan mis ideas	Cd*	6	33,3%	9	50,0%	0,549
	Sd**	12	66,7%	9	50,0%	
Pienso la forma de hacer las cosas cuando tengo un problema	Cd*	4	22,2%	8	44,4%	0,289
	Sd**	14	77,8%	10	55,6%	
Me mantengo trabajando en algo aunque se vuelva difícil	Cd*	3	16,7%	1	5,6%	0,625
	Sd**	15	83,3%	17	94,4%	
Me puedo calmar cuando me siento molesto	Cd*	5	27,8%	14	77,8%	0,004***
	Sd**	13	72,2%	4	22,2%	
Hago que mi cuerpo haga lo que quiero hacer	Cd*	3	16,7%	0	0,0%	0,250
	Sd**	15	83,3%	18	100,0%	
Uso mis manos para trabajar con cosas	Cd*	2	11,1%	4	22,2%	0,687
	Sd**	16	88,9%	14	77,8%	

⁴Significación obtenida con el test de McNemar

*Cd: Realización con dificultad **Sd: Realización sin dificultad *** $p < 0,05$

Tabla 48

Resultados de las variables de la escala COSA para el grupo experimental para dos categorías pre intervención y seguimiento

	GRUPO EXPERIMENTAL					p¹
	PRE INTERVENCIÓN		SEGUIMIENTO 6 MESES			
	n	%	n	%		
Mantengo mi cuerpo limpio	Cd*	2	11,1%	0	0,0%	0,500
	Sd**	16	88,9%	18	100,0%	
Me visto solo	Cd*	3	16,7%	0	0,0%	0,250
	Sd**	15	83,3%	18	100,0%	
Como sin ayuda	Cd*	3	16,7%	0	0,0%	0,250
	Sd**	15	83,3%	18	100,0%	
Uso dinero para comprar cosas por mí mismo	Cd*	8	44,4%	6	33,3%	0,727
	Sd**	10	55,6%	12	66,7%	
Completo mis trabajos	Cd*	0	0,0%	0	0,0%	1,000
	Sd**	18	100,0%	18	100,0%	
Duermo lo suficiente	Cd*	1	5,6%	1	5,6%	1,000
	Sd**	17	94,4%	17	94,4%	
Tengo suficiente tiempo para hacer lo que me gusta	Cd*	3	16,7%	0	0,0%	0,250
	Sd**	15	83,3%	18	100,0%	
Cuido de mis cosas	Cd*	2	11,1%	0	0,0%	0,500
	Sd**	16	88,9%	18	100,0%	
Muevo mi cuerpo desde un lugar hacia otro	Cd*	1	5,6%	0	0,0%	1,000
	Sd**	17	94,4%	18	100,0%	
Elijo cosas que quiero hacer	Cd*	2	11,1%	0	0,0%	0,500
	Sd**	16	88,9%	18	100,0%	
Mantengo mi concentración en lo que hago	Cd*	13	72,2%	11	61,1%	0,625
	Sd**	5	27,8%	7	38,9%	
Termino lo que estoy haciendo sin sentirme cansado demasiado pronto	Cd*	4	23,5%	2	11,1%	0,687
	Sd**	13	76,5%	16	88,9%	
Hago cosas con mi familia	Cd*	3	16,7%	5	27,8%	0,625
	Sd**	15	83,3%	13	72,2%	
Hago cosas con mis amigos	Cd*	2	11,1%	1	5,6%	1,000
	Sd**	16	88,9%	17	94,4%	
Hago cosas con mis compañeros de aula	Cd*	3	16,7%	6	33,3%	0,453
	Sd**	15	83,3%	12	66,7%	
Sigo las reglas del aula	Cd*	5	27,8%	0	0,0%	0,063
	Sd**	13	72,2%	18	100,0%	

Termino mi trabajo a tiempo en clases	Cd*	7	38,9%	5	27,8%	0,754
	Sd**	11	61,1%	13	72,2%	
Hago mis tareas	Cd*	8	44,4%	2	11,1%	0,109
	Sd**	10	55,6%	16	88,9%	
Pregunto a mi profesor cuando lo necesito	Cd*	2	11,1%	3	16,7%	1,000
	Sd**	16	88,9%	15	83,3%	
Logro que los demás entiendan mis ideas	Cd*	4	22,2%	9	50,0%	0,125
	Sd**	14	77,8%	9	50,0%	
Pienso la forma de hacer las cosas cuando tengo un problema	Cd*	6	33,3%	8	44,4%	0,774
	Sd**	12	66,7%	10	55,6%	
Me mantengo trabajando en algo aunque se vuelva difícil	Cd*	1	5,6%	1	5,6%	1,000
	Sd**	17	94,4%	17	94,4%	
Me puedo calmar cuando me siento molesto	Cd*	6	33,3%	14	77,8%	0,021***
	Sd**	12	66,7%	4	22,2%	
Hago que mi cuerpo haga lo que quiero hacer	Cd*	3	16,7%	0	0,0%	0,250
	Sd**	15	83,3%	18	100,0%	
Uso mis manos para trabajar con cosas	Cd*	0	0,0%	4	22,2%	0,125
	Sd**	18	100,0%	14	77,8%	

¹Significación obtenida con el test de McNemarç

*Cd: Realización con dificultad **Sd: Realización sin dificultad *** $p < 0,05$

Tabla 49

Resultados de las variables de la escala COSA para el grupo control para dos categorías de resultados pre y post intervención

	GRUPO CONTROL					p¹
	PRE INTERVENCIÓN		POST INTERVENCIÓN			
	n	%	n	%		
Mantengo mi cuerpo limpio	Cd*	4	22,2%	1	5,6%	0,375
	Sd**	14	77,8%	17	94,4%	
Me visto solo	Cd*	3	16,7%	2	11,1%	1,000
	Sd**	15	83,3%	16	88,9%	
Como sin ayuda	Cd*	2	11,1%	0	0,0%	0,500
	Sd**	16	88,9%	18	100,0%	
Uso dinero para comprar cosas por mí mismo	Cd*	10	55,6%	9	50,0%	1,000
	Sd**	8	44,4%	9	50,0%	
Completo mis trabajos	Cd*	12	66,7%	5	27,8%	0,065
	Sd**	6	33,3%	13	72,2%	
Duermo lo suficiente	Cd*	2	11,1%	2	11,1%	1,000
	Sd**	16	88,9%	16	88,9%	
Tengo suficiente tiempo para hacer lo que me gusta	Cd*	5	27,8%	3	16,7%	0,727
	Sd**	13	72,2%	15	83,3%	
Cuido de mis cosas	Cd*	7	38,9%	3	16,7%	0,289
	Sd**	11	61,1%	15	83,3%	
Muevo mi cuerpo desde un lugar hacia otro	Cd*	1	5,6%	1	5,6%	1,000
	Sd**	17	94,4%	17	94,4%	
Elijo cosas que quiero hacer	Cd*	5	27,8%	2	11,1%	0,375
	Sd**	13	72,2%	16	88,9%	
Mantengo mi concentración en lo que hago	Cd*	12	66,7%	12	66,7%	1,000
	Sd**	6	33,3%	6	33,3%	
Termino lo que estoy haciendo sin sentirme cansado demasiado pronto	Cd*	10	55,6%	7	38,9%	0,508
	Sd**	8	44,4%	11	61,1%	
Hago cosas con mi familia	Cd*	4	22,2%	0	0,0%	0,125
	Sd**	14	77,8%	18	100,0%	
Hago cosas con mis amigos	Cd*	7	38,9%	3	16,7%	0,219
	Sd**	11	61,1%	15	83,3%	
Hago cosas con mis compañeros de aula	Cd*	8	44,4%	6	33,3%	0,727
	Sd**	10	55,6%	12	66,7%	
Sigo las reglas del aula	Cd*	7	38,9%	2	11,1%	0,125
	Sd**	11	61,1%	16	88,9%	

Termino mi trabajo a tiempo en clases	Cd*	12	66,7%	7	38,9%	0,267
	Sd**	6	33,3%	11	61,1%	
Hago mis tareas	Cd*	8	44,4%	4	22,2%	0,388
	Sd**	10	55,6%	14	77,8%	
Pregunto a mi profesor cuando lo necesito	Cd*	5	27,8%	3	16,7%	0,687
	Sd**	13	72,2%	15	83,3%	
Logro que los demás entiendan mis ideas	Cd*	10	55,6%	7	38,9%	0,453
	Sd**	8	44,4%	11	61,1%	
Pienso la forma de hacer las cosas cuando tengo un problema	Cd*	10	55,6%	11	61,1%	1,000
	Sd**	8	44,4%	7	38,9%	
Me mantengo trabajando en algo aunque se vuelva difícil	Cd*	9	50,0%	7	38,9%	0,774
	Sd**	9	50,0%	11	61,1%	
Me puedo calmar cuando me siento molesto	Cd*	16	88,9%	12	66,7%	0,219
	Sd**	2	11,1%	6	33,3%	
Hago que mi cuerpo haga lo que quiero hacer	Cd*	5	27,8%	3	16,7%	0,625
	Sd**	13	72,2%	15	83,3%	
Uso mis manos para trabajar con cosas	Cd*	4	22,2%	3	16,7%	1,000
	Sd**	14	77,8%	15	83,3%	

⁴Significación obtenida con el test de McNemar

*Cd: Realización con dificultad **Sd: Realización sin dificultad *** $p < 0,05$

5.5. Efectos de la intervención en la percepción de calidad de vida de los padres.

5.5.1. Relación entre la calidad de vida de los padres y las características sociodemográficas

Para conocer la relación entre las variables sociodemográficas y la percepción de la CV de los padres, se ejecutó un análisis bivalente. Esta prueba se realizó para determinar la relación entre los resultados de la escala SF-36 con cada variable sociodemográfica, utilizando el coeficiente de correlación de Spearman para los factores cuantitativos, la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney en la comparación de dos grupos para factores cualitativos dicotómicos, y la prueba de Kruskal-Wallis en la comparación de más de dos grupos para los factores cualitativos policotómicos.

La determinación de la posible influencia de las características sociodemográficas no muestra ningún dato relevante o significativo para la escala SF-36 (Tabla 50). Los datos obtenidos indican que no existe una relación directa entre las condiciones sociodemográficas analizadas y la CV que presentan los progenitores ni antes ni después de la intervención tanto en el grupo experimental como en el grupo control, incluyendo el seguimiento a los 6 meses. De esta forma se ha obtenido una perspectiva general sobre como ciertos factores, podrían estar influyendo en la CV de los padres de niños con TDAH durante todo el proceso de la intervención. En este caso no se ha podido establecer una relación.

Tabla 50

Resultados para las variables sociodemográficas según la calidad de vida

Variables sociodemográficas	Grupo experimental			Grupo control	
	Pre	Post	6 meses	Pre	Post
	p*	p*	p*	p*	p*
Edad del niño/a^a	0,958	0,879	0,623	0,244	0,184
Edad del diagnóstico^a	0,971	0,713	0,639	0,590	0,393
Sexo^b	0,710	0,633	1,00	0,524	0,595
Zona de residencia^b	0,595	0,288	0,873	0,203	0,111
Nivel de estudios del menor^b	0,721	0,192	0,505	0,738	0,912
Toma de medicación^b	0,341	0,341	0,821	0,075	0,096
Tipo de TDAH según criterios del DSM-V^c	0,496	0,551	0,798	0,721	0,385

^aCoficiente de correlación de Spearman; ^bPrueba de Mann-Whitney; ^cKruskal-Wallis

* $p < 0,05$

5.5.2. Resultados de la escala SF-36 para los grupos de estudio

Grupo experimental

En el grupo experimental, se han encontrado diferencias significativas en la CV relacionada con la salud entre la medición del inicio y la medición realizada tras finalizar la intervención.

En la Tabla 51 se muestran los resultados en la CV para el grupo experimental antes y después de la intervención.

Se observa un valor de $p < 0,001$ que indica una percepción de la CV diferente entre las mediciones pre y post intervención. Por lo tanto, los progenitores del grupo experimental incrementaron el nivel de CV al finalizar la intervención cognitivo-conductual aplicada a las AVDB y AVDI ($z = -3,593$, $p < 0,001$).

Es decir, la aplicación del programa de intervención para favorecer la independencia en el hogar de los niños y las niñas con TDAH, produjo un aumento significativo en la CV percibida de los padres, que se evidencia entre la medición basal ($M = 54,37$) y la final ($M = 67,46$).

Tabla 51

Valores en la calidad de vida para el grupo experimental antes y después de la intervención

GRUPO EXPERIMENTAL				
	n	Media	Mediana	p¹
Resultado PRE SF-36	18	54,38	52,4	<0,001*
Resultado POST SF-36	18	67,46	72,8	
Resultado POST SF-36	18	67,46	72,8	0,879
Resultado POST SF-36: 6 meses	18	64,94	65,3	

¹Significación obtenida con el test no paramétrico Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

* $p < 0,05$

Al realizar el seguimiento a los 6 meses tras finalizar la intervención, no se han encontrado diferencias significativas en las mediciones, teniendo en consideración que la valoración post intervención ($M = 67,46$) y la valoración a los 6 meses ($M = 64,94$) apenas presenta discrepancias, con una p que superior a 0,05 ($z = -0,152$ $p = 0,879$).

Sin embargo, se puede afirmar que los progenitores del grupo experimental presentan diferencias significativas en la CV relacionada con la salud atendiendo a la evaluación basal ($M = 54,37$) y la evaluación realizada en el seguimiento a los 6 meses ($M = 64,94$). Se observa un valor de $p = 0,012$, por lo que la percepción de la CV es diferente entre la primera y la medición de seguimiento a los 6 meses. En la Tabla 52 se muestran los resultados en la CV para el grupo experimental antes de la intervención y en el seguimiento.

Se puede reseñar, por lo tanto, que la efectividad del programa tiene beneficios en la CV de los progenitores a largo plazo, ya que se evidencia un aumento de la misma con respecto la medición pre intervención ($M = 54,37$) y en el seguimiento posterior ($M = 64,94$) ($z = -2,504$, $p = 0,012$).

Tabla 52

Valores en la calidad de vida para el grupo experimental antes y en el seguimiento de la intervención

GRUPO EXPERIMENTAL				
	n	Media	Mediana	p ¹
Resultado PRE SF-36	18	54,38	52,4	0,012*
Resultado POST SF-36: 6 meses	18	64,94	65,3	

¹Significación obtenida con el test no paramétrico Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

* $p < 0,05$

Grupo control

En el grupo control no se han encontrado diferencias significativas en la CV relacionada con salud entre la medición pre y post realizada tras finalizar la intervención (Tabla 53) ($z = -0,152$, $p = 0,879$). Por lo tanto, los progenitores del grupo control no incrementaron el nivel de CV al finalizar la intervención cognitivo-conductual aplicada a las AVDB y AVDI.

Tabla 53

Valores en la calidad de vida para el grupo control antes y después de la intervención

GRUPO CONTROL				
	n	Media	Mediana	p ¹
Resultado PRE SF-36	18	58,99	54,1	0,879
Resultado POST SF-36	18	59,09	59,1	

¹Significación obtenida con el test no paramétrico Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

* $p < 0,05$

La Figura 11 hace referencia a los valores medios de percepción de CV tanto antes como después del tratamiento, segmentadas ambas valoraciones según el grupo al que pertenece.

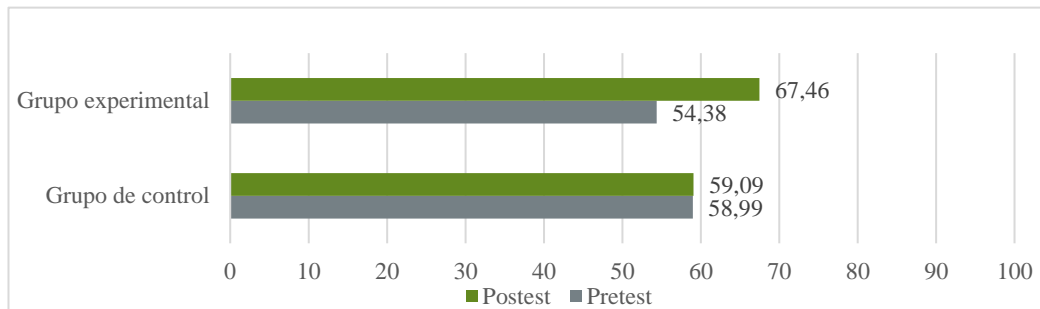


Figura 11 Valores medios para el estado de salud pre y post intervención para ambos grupos.

Tal y como se observa, el grupo de control apenas experimenta cambios entre las dos mediciones, no obstante, el grupo experimental muestra una clara mejoría una vez aplicado el test, mejorando su calificación sobre su CV percibida en 13 puntos. En las tablas 54 y 55 se pueden observar los resultados descriptivos para la CV de los progenitores.

Tabla 54

Resultados descriptivos para la calidad de vida para el grupo experimental

GRUPO EXPERIMENTAL										
CUARTILES										
	n	Media	D. Estándar	Mínimo	Máximo	Rango	Q1	Q2	Q3	IQR ¹
Resultado PRE SF-36	18	54,38	18,06	12,11	84,44	72,33	44,59	52,44	63,86	19,27
Resultado POST SF-36	18	67,46	15,97	35,50	87,88	52,38	53,85	72,76	82,48	28,63
Resultado POST SF-36: 6 meses	18	64,94	19,50	26,61	90,66	64,05	55,99	65,31	85,62	29,64

¹Rango intercuartílico

Tabla 55

Resultados descriptivos para la calidad de vida para el grupo control

GRUPO CONTROL										
CUARTILES										
	n	Media	D. Estándar	Mínimo	Máximo	Rango	Q1	Q2	Q3	IQR ¹
Resultado PRE CLARP	18	58,99	19,33	19,33	87,27	67,94	47,23	54,07	75,91	28,68
Resultado POST CLARP	18	59,09	19,09	21,00	95,66	74,66	41,87	59,08	75,20	33,33

¹Rango intercuartílico

5.6. Relación entre el nivel de autonomía personal y la percepción del desempeño ocupacional.

Para comprobar la relación entre el nivel de autonomía personal y la percepción del desempeño ocupacional de los menores con TDAH, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman que permitió comprobar si existe una relación lineal entre estas dos variables.

En las tablas 56 y 57 se pueden consultar los resultados de la correlación entre cada variable de la herramienta COSA y el nivel de autonomía obtenido según la escala CLARP.

Antes de la intervención, sólo se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de autonomía personal y la percepción del desempeño ocupacional en los sujetos del grupo experimental para las variables de la escala COSA de "*Hago cosas con mi familia*" ($r_s = -0,478$, $p = 0,045$) y "*Hago cosas con mis compañeros de aula*" ($r_s = -0,514$, $p = 0,029$).

Tras finalizar la intervención, no se encontró una relación lineal estadísticamente significativa entre el nivel de autonomía personal y la percepción del desempeño ocupacional de las variables de la escala COSA en los participantes del grupo experimental, ni tampoco en los del grupo control.

Tras estos resultados, se puede concluir que la percepción de la población de estudio con TDAH sobre su autocompetencia ocupacional no se

relaciona de manera directa con la autonomía que presentan en las actividades de la vida diaria, puesto que en ninguno de los grupos se han encontrado diferencias significativas que demuestren esta hipótesis.

Tabla 56
Correlación entre el nivel de autonomía personal y la percepción del desempeño para el grupo experimental

Correlación entre el nivel de autonomía personal y la percepción del desempeño	Experimental			
	Pre intervención		Post intervención	
	r_s^*	p valor**	r_s^*	p valor**
VARIABLES COSA				
Mantengo mi cuerpo limpio	0,205	0,416	0,163	0,518
Me visto solo	0,056	0,826	0,313	0,207
Como sin ayuda	-0,322	0,192	0,115	0,649
Uso dinero para comprar cosas por mí mismo	0,039	0,878	-0,023	0,929
Completo mis trabajos	0,099	0,696	0,329	0,183
Duermo lo suficiente	0,069	0,787	0,188	0,455
Tengo suficiente tiempo para hacer lo que me gusta	0,113	0,655	0,027	0,915
Cuido de mis cosas	0,084	0,742	-0,015	0,952
Muevo mi cuerpo desde un lugar hacia otro	0,223	0,375	0,108	0,671
Elijo cosas que quiero hacer	0,302	0,224	-0,022	0,932
Mantengo mi concentración en lo que hago	0,092	0,717	-0,044	0,963
Termino lo que estoy haciendo sin sentirme cansado demasiado pronto	0,177	0,497	-0,029	0,910
Hago cosas con mi familia	-0,478	0,045	0,125	0,620
Hago cosas con mis amigos	-0,151	0,550	0,114	0,651
Hago cosas con mis compañeros de aula	-0,514	0,029	-0,143	0,570
Sigo las reglas del aula	-0,202	0,422	0,256	0,305
Termino mi trabajo a tiempo en clases	0,134	0,595	0,055	0,829
Hago mis tareas	0,251	0,316	0,366	0,135
Pregunto a mi profesor cuando lo necesito	-0,077	0,763	0,116	0,646
Logro que los demás entiendan mis ideas	-0,138	0,586	-0,049	0,847
Pienso la forma de hacer las cosas cuando tengo un problema	-0,447	0,063	-0,145	0,567
Me mantengo trabajando en algo, aunque se vuelva difícil	-0,273	0,274	0,248	0,321
Me puedo calmar cuando me siento molesto	0,041	0,871	0,146	0,563
Hago que mi cuerpo haga lo que quiero hacer	-0,042	0,870	-0,063	0,805
Uso mis manos para trabajar con cosas	0,203	0,418	-0,253	0,311

*Prueba coeficiente de correlación de Spearman

** $p < 0,05$

Tabla 57

Correlación entre el nivel de autonomía personal y la percepción del desempeño para el grupo control

Correlación entre el nivel de autonomía personal y la percepción del desempeño	Control			
	Pre intervención		Post intervención	
	r_s^*	p valor**	r_s^*	p valor**
Variables COSA				
Mantengo mi cuerpo limpio	-0,118	0,640	-0,190	0,451
Me visto solo	-0,297	0,231	-0,422	0,081
Como sin ayuda	-0,092	0,715	-0,455	0,058
Uso dinero para comprar cosas por mí mismo	0,068	0,790	-0,320	0,196
Completo mis trabajos	0,095	0,707	-0,183	0,468
Duermo lo suficiente	-0,144	0,570	-0,427	0,077
Tengo suficiente tiempo para hacer lo que me gusta	0,024	0,924	-0,151	0,551
Cuido de mis cosas	0,071	0,779	0,059	0,817
Muevo mi cuerpo desde un lugar hacia otro	0,279	0,270	-0,052	0,838
Elijo cosas que quiero hacer	0,155	0,539	-0,219	0,382
Mantengo mi concentración en lo que hago	0,234	0,351	-0,307	0,215
Termino lo que estoy haciendo sin sentirme cansado demasiado pronto	-0,019	0,940	-0,286	0,249
Hago cosas con mi familia	0,337	0,171	-0,182	0,470
Hago cosas con mis amigos	0,105	0,679	-0,292	0,239
Hago cosas con mis compañeros de aula	0,274	0,272	-0,192	0,445
Sigo las reglas del aula	-0,101	0,690	0,101	0,690
Termino mi trabajo a tiempo en clases	-0,084	0,741	-0,082	0,747
Hago mis tareas	-0,086	0,734	-0,059	0,816
Pregunto a mi profesor cuando lo necesito	-0,208	0,406	-0,362	0,140
Logro que los demás entiendan mis ideas	0,009	0,972	-0,250	0,318
Pienso la forma de hacer las cosas cuando tengo un problema	0,010	0,967	-0,400	0,100
Me mantengo trabajando en algo, aunque se vuelva difícil	0,200	0,426	-0,280	0,260
Me puedo calmar cuando me siento molesto	0,172	0,495	-0,050	0,843
Hago que mi cuerpo haga lo que quiero hacer	0,033	0,898	-0,232	0,355
Uso mis manos para trabajar con cosas	0,066	0,795	-0,101	0,691

*Prueba coeficiente de correlación de Spearman

** $p < 0,05$

5.7. Relación entre la autonomía personal del niño y la calidad de vida de los padres.

Para comprobar la correlación entre la autonomía personal de los menores y la CV de los padres, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para relacionar las mediciones de las puntuaciones de la escala CLARP y de la SF-36, y determinar si existe una relación lineal entre estas dos variables de tipo numérico y que esta relación no sea producto del azar.

El grupo experimental ha tenido además diferencias significativas en las medidas pre y post intervención (SF-36 $p < 0,001$ y CLARP $p < 0,001$) evidenciando el efecto de esta en la CV de los progenitores y en la autonomía de los menores. Sin embargo, al relacionar las mediciones de las puntuaciones para estas escalas, se puede determinar que no existe una relación entre la CV y la autonomía (Tabla 58).

Tabla 58

Relación entre el nivel de autonomía y la calidad de vida de los padres para el grupo experimental

	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	r*	P**
Resultado pre CLARP	24,44	12,594	2,968		
Resultado pre SF-36	54,3789	18,06375	4,25767	-0,286	0,250
Resultado post CLARP	14,94	9,813	2,313		
Resultado post SF-36	67,4617	15,96631	3,76329	-0,100	0,692

*Test de Correlación de Pearson

** $p < 0,05$

Sin embargo, el grupo control, pese a no tener diferencias significativas en las medidas pre y post intervención (SF-36 $p = 0,879$ y CLARP $p = 0,792$), tampoco muestra una relación significativa entre la CV y la autonomía de los menores. Tras estos resultados, se puede afirmar que no hay una relación directa entre la

CV de los padres y el nivel de autonomía que presenten los menores independientemente del grupo de estudio al que pertenezcan (Tabla 59).

Tabla 59

Relación entre el nivel de autonomía y la calidad de vida de los padres para el grupo control

	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	r*	p**
Resultado pre CLARP	17,33	9,462	2,230		
Resultado pre SF-36	58,9939	19,33178	4,55654	0,063	0,804
Resultado post CLARP	18,06	11,978	2,823		
Resultado post SF-36	59,0870	19,09062	4,49970	0,093	0,715

*Test de Correlación de Pearson

** $p < 0,05$

6. *Discusión.*

El planteamiento y aplicación de este estudio ha evidenciado datos relevantes sobre la autonomía de los niños y las niñas con TDAH en las AVDB y AVDI ofreciendo información sobre la percepción del desempeño ocupacional en el menor y exponiendo datos que hacen una aproximación a la CV de los progenitores.

El desarrollo de esta investigación demuestra que una intervención cognitivo-conductual mejora el desempeño ocupacional en niños con TDAH. Además, proporciona un estudio preliminar para el desarrollo de un modelo de intervención que tenga en consideración las necesidades de desempeño ocupacional autónomo en niños con este trastorno.

En términos generales, los hallazgos permiten afirmar que una intervención de TO como la implementada aumenta la autonomía en las AVDB e AVDI, y paralelamente dota a los progenitores de estrategias y herramientas que ayudan a controlar la manifestación del trastorno en la funcionalidad diaria. Por otra parte, la labor de investigación también se ha enfocado en la percepción de la CV de los progenitores de niños con TDAH. Los hallazgos obtenidos representan un inicio incipiente de estudios que tienen en consideración las variables de autonomía y CV en los abordajes de intervención, aspecto que pasa desapercibido en el tratamiento actual.

Efectos de la intervención en el nivel de autonomía

El nivel de autonomía en los menores con TDAH estaba afectado debido a las complicaciones para manejar los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad que interferían en el desempeño diario. De esta forma, los datos obtenidos han demostrado una mejoría significativa en el nivel de autonomía del grupo experimental frente al grupo control al terminar con las sesiones del programa de intervención. Según el criterio clínico del CLARP, los valores pre y post variaron de forma significativa en el grupo experimental, siendo el valor inicial 24,44 y reduciéndose a un 14,94. Sin embargo, en el grupo control el efecto reportado fue el contrario, elevándose la media diagnóstica del grupo. El abordaje de las AVD desde la aproximación cognitivo-conductual fue efectivo en los niños y las niñas con TDAH, ya que se han evidenciado mejorías importantes en el grupo experimental frente al grupo control. Estos hallazgos están en sintonía con estudios realizados previamente (Hahn-Markowitz, Manor y Maeir, 2011; Maeir et al., 2014), los cuales expusieron cómo el desempeño diario y el rendimiento incrementaron tras el uso de estrategias meta-cognitivas, manteniéndose los efectos en evaluaciones post intervención. Sin embargo estos trabajos no estaban orientados a la mejoría del grado de autonomía en las AVD.

Los cambios en la autonomía diaria antes y después de la intervención, se explican debido al uso de un tratamiento cognitivo-conductual orientado de manera específica a la funcionalidad diaria en el TDAH. Estos hallazgos concuerdan con los cambios significativos observados al finalizar la intervención con el grupo que fue tratado ($p < 0,001$), manteniéndose los efectos en el seguimiento realizado a los 6 meses ($p = 0,001$). Ciertamente, el uso de rutinas diarias bien establecidas y diseñadas acordes a cada participante, junto con la aplicación de técnicas conductuales precisas y

ajustadas en el tiempo, han permitido comprobar cómo ha mejorado el grado de autonomía en el desempeño ocupacional de un grupo de menores con TDAH. En sintonía con esta investigación, Peasgood et al. (2016) y Grünwald y Schlarb (2017) desarrollaron estudios de la adquisición de hábitos de autonomía, la relación con los síntomas nucleares y la falta de rutinas relacionadas con las AVDB, tales como la higiene del sueño o el aseo personal, evidenciando la repercusión negativa en la funcionalidad diaria de las niñas y los niños con TDAH. De modo similar Gol y Jarus (2005), en un estudio preliminar sobre la ocupación como herramienta terapéutica, demostraron como las habilidades en el desempeño ocupacional diario se mejoraban mediante el entrenamiento de las habilidades sociales. En concordancia con lo expuesto, es relevante que las intervenciones ocupacionales en menores con esta patología se centren en la evaluación y tratamiento de las ocupaciones y las habilidades de la vida diaria. De acuerdo con Klassen et al. (2004), la funcionalidad estaba alterada debido a la incapacidad para el manejo de las manifestaciones sintomáticas. Esta teoría se sustenta en los resultados de diversos estudios en la materia, donde se pone de evidencia que las intervenciones que utilizan técnicas de modificación conductual consiguen mejoras en el rendimiento y funcionalidad cotidianos de la población infantil con TDAH (Vila, Santos del Riego y García de la Torre, 2019).

Al observar la influencia del tratamiento en el grupo experimental, comparándolo con el grupo control, se puede precisar que la dificultad para la adquisición de hábitos de autonomía está presente desde la primera infancia, pero sólo es evidente cuando el niño se enfrenta a retos cotidianos y no es capaz de desarrollar una interacción con el entorno de manera adecuada. Esta puntualización coincide con los estudios de Wehmeier (2010), que relaciona este problema con la percepción del

funcionamiento y rendimiento ocupacional que el niño con TDAH tiene sobre sí mismo, o con los de Escobar, Schacht, Wehmeier y Wagner (2010) que vinculan las dificultades y limitaciones en las responsabilidades diarias, con tareas escolares y en el hogar, en el manejo emocional y en el funcionamiento social.

Con respecto a la parte psicoeducativa del tratamiento, según los resultados de esta investigación, las intervenciones de entrenamiento parental incrementaron la funcionalidad diaria de los sujetos con TDAH en el grupo experimental. Regularmente, el manejo y el conocimiento de las necesidades ocupacionales, suelen quedar en un plano secundario, ya que priman las intervenciones para el manejo conductual y de las manifestaciones sintomáticas. Con este estudio se ha demostrado que el entrenamiento cognitivo-conductual dirigido a la funcionalidad diaria y a la ejecución de un desempeño ocupacional autónomo, se puede trabajar desde el entrenamiento parental, lo que incita a promover una nueva línea de investigación. Los grupos de estudio no presentaban diferencias entre sí, ya que se partía de una homogeneidad de la muestra para las mediciones pre y post intervención con ausencia de diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza del 95% ($p > 0,05$). Sin embargo, estas discrepancias sí se han apreciado en las puntuaciones post test, que confirma la hipótesis principal del estudio, de que un programa cognitivo-conductual desde una perspectiva ocupacional permite la mejora de la autonomía e independencia de menores con TDAH. Este hecho implica, que las intervenciones que se planteen en la práctica clínica deben tener en consideración el uso de la psicoeducación y entrenamiento en técnicas conductuales desde una perspectiva ocupacional con los progenitores.

Con relación al estudio realizado, Rosenberg, Maeir, Yochman, Dahan y Hirsch (2015), después de realizar una investigación con un abordaje funcional en un grupo de edad similar, concluyeron que una participación intensa o “activa” de los padres, produce una mejoría en el funcionamiento biopsicosocial del niño y sus rutinas cotidianas. Los artículos científicos de Tamm, Nakonezny y Hughes (2014) sobre la psicoeducación parental y la funcionalidad, también lograron resultados similares tras una intervención metacognitiva y de entrenamiento en estrategias parentales para mejorar el funcionamiento ejecutivo de los niños y las niñas con TDAH. Sin embargo, a diferencia de nuestro estudio, en las investigaciones citadas, las intervenciones se centraron en la evaluación de la inhibición conductual, de la interferencia sintomatológica y las funciones ejecutivas (atención visual/auditiva, memoria de trabajo y flexibilidad cognitiva) y en ninguno de ellos se examinaron las implicaciones en el funcionamiento diario ni en el grado de autonomía.

Así mismo, Frisch, Tiosh y Rosenblum (2020a) han plasmado efectos positivos en este tipo de intervenciones. Estos autores afirmaron que un programa de entrenamiento parental (POET) mejoró el funcionamiento diario mediante la capacidad de los padres para entender el retraso ejecutivo y los efectos de la sintomatología. Aunque no indicaron el mantenimiento de los efectos positivos a largo plazo, ni tampoco si el tratamiento empleado repercute en los estilos parentales de los progenitores o si la funcionalidad alcanzada se amplifica a otras áreas del desempeño ocupacional diario. Hahn-Markowitz, Berger, Manor y Maeir (2016) señalaron la efectividad a medio y largo plazo tras la aplicación de un programa de TO centrado específicamente en las AVD a través de las funciones ejecutivas. Aunque la muestra se compuso de 14 menores con

sus progenitores, fueron capaces de asegurar que los efectos positivos se mantienen en el tiempo.

Los resultados recabados en la presente investigación, están en consonancia con los trabajos mencionados, ya que se utilizaron estrategias metacognitivas como entrenamiento por medio de las ocupaciones significativas de cada participante. El abordaje psicoeducativo con los progenitores facilitó el cambio en la autonomía de los menores y el tratamiento de TO con el eje central en los padres, los hizo partícipes del cambio. No obstante, a pesar de no examinar de forma específica la participación que los progenitores han tenido en nuestra investigación, el trabajo psicoeducativo con los mismos facilitó la aplicación de forma real en el hogar y ofreció a los menores un soporte de refuerzo y corrección continuos, que en el abordaje clínico es difícil realizar debido al bajo porcentaje de adherencia a este tipo de terapéuticas (Missiuna, Mandich, Polatajko y Malloy-Miller, 2001; Halperin, Claude, Bédard y Curchack-Lichtin, 2012).

Tras los datos obtenidos, se sugiere que los padres participen activamente y sean agentes con un rol de coterapeutas en las intervenciones, con el propósito de aumentar la autonomía en el hogar. De acuerdo con Piskur et al. (Pikur, Beurskens, Ketelaar, Jongmans, Casparie y Smeets, 2017) y afirmando a Camden et al. (2016), su implicación tiene un rol importante en los objetivos terapéuticos de los niños y las niñas porque apoyan y garantizan la ejecución del desempeño ocupacional autónomo en el contexto real. Además, la psicoeducación en estrategias y los cambios de funcionamiento de los padres en el hogar implican un aumento de la eficacia de los menores en este ámbito, de manera que, el planteamiento

de este estudio empoderó a los progenitores como los agentes centrales de cambio para hacer frente al TDAH de sus hijos.

Existen otros programas orientados al funcionamiento ocupacional en la población infantil con TDAH, aunque, a diferencia del estudio realizado, no se conciben como un planteamiento integral desde la perspectiva de la ocupación y la autonomía personal, sino que utilizan técnicas cognitivo-conductuales para el manejo de conductas concretas o para el control sintomático en el entorno familiar, escolar o social (Cramm, Krupa, Missiuna, Lysaght y Parker, 2013; Kreider et al., 2014; Nielsen, Kelsch y Miller, 2017; Josman y Meyer, 2019). Estas intervenciones terapéuticas hacen una conceptualización y abordaje de a) rehabilitación de las funciones ejecutivas, b) uso del juego como método de tratamiento y c) abordaje de problemas sensoriales o de coordinación motriz. Sin embargo, las conclusiones de las investigaciones encontradas hasta el momento, no hacen referencia a los resultados obtenidos tras las intervenciones en el desempeño de las AVDB y AVDI, ni de que manera han influenciado en el grado de autonomía personal (Chu y Reynolds, 2007; Rosenberg et al., 2015; Hahn-Markowitz, Berger, Manor y Maeir, 2018; Frisch, Tirosh y Rosenblum, 2020b).

Las intervenciones cognitivas existentes están orientadas a valorar el funcionamiento ejecutivo y han tratado de explicar que impacto tienen en el desempeño ocupacional. Chu y Reynolds (2007) desarrollaron terapéuticas de TO centradas en la familia y en los dominios conductuales y psicológicos. Los hallazgos revelaron una mejoría del comportamiento y del proceso atencional para realizar ciertas actividades indicadas. Sin embargo, esta investigación carecía de grupo control y la muestra era muy reducida.

También Rosenberg et al. (2015), mostraron diferencias significativas en el funcionamiento ejecutivo y el área social de los niños y las niñas. No obstante, no constaba de un grupo control y las AVDB y AVDI no fueron valoradas desde el nivel de autonomía personal.

Con respecto a los métodos cognitivos y la aplicación en el hogar, Hahn-Markowitz, Berger, Manor y Maeir (2018) examinaron el impacto de una intervención *Cognitive-Functional (Cog-Fun)* desde TO. El tratamiento se realizó en el contexto familiar con la participación de los padres y el aprendizaje de estrategias metacognitivas a las niñas y los niños, tales como el control emocional o cognitivo para utilizar en el contexto ocupacional diario. Los autores indicaron una mejoría en la autoeficacia de los padres y en los dominios de juego y de aceptación de límites, de control y autodisciplina. Al igual que en las intervenciones anteriores, el tratamiento no fue dirigido específicamente a la mejoría del nivel de autonomía diaria pese a utilizar un enfoque desde TO.

Desde un planteamiento similar, el modelo de entrenamiento parental (*Parental Occupational Executive Training POET*) de Frisch, Tirosh y Rosenblum (2020b), realizó una formación en estrategias cognitivas con los progenitores para que utilizaran en el hogar. Los datos preliminares indicaron una buena adherencia de los padres al tratamiento, pero no se estudió qué tipo de beneficio en el desempeño ocupacional diario se reportó en los menores.

Con respecto al uso de la ocupación como herramienta terapéutica, Cordier, Bundy, Hocking y Einfeld (2009) desarrollaron un modelo de intervención orientado al aprendizaje y adquisición de habilidades sociales en población infantil con TDAH cuando presentan dificultades en el área ocupacional de juego. Las conclusiones obtenidas de la investigación posterior mostraron implicaciones negativas en la gestión emocional,

problemas sociales graves para la relación con iguales y limitaciones para desempeñar el juego de forma correcta (Cordier, Bundy, Hocking y Einfeld, 2010). Sin embargo, los hallazgos en varios estudios sugieren que en menores con TDAH las intervenciones basadas en el juego sin objetivos terapéuticos definidos no pueden considerarse como una práctica basada en la evidencia y que necesita más investigación (Cornell, Ting-Lin y Anderson, 2018).

Otros resultados que se van a mencionar son los derivados de las intervenciones de coordinación motriz o sensoriales. Aunque no fue una hipótesis del estudio planteado, desde estos abordajes se puede contribuir a la mejoría de la autonomía en las AVD de los menores con TDAH. Este tipo de terapéuticas tienen por objetivo reducir la afectación de la sintomatología y favorecer la interacción de la persona con el entorno. Gharebaghy et al. (2015) realizaron una investigación utilizando el modelo *Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP)*. El tratamiento se hizo mediante estrategias cognitivas guiadas para resolver problemas de coordinación motriz que interfiriesen en el rendimiento ocupacional. La investigación mostró cambios en el rendimiento motor en los participantes, aunque no se estudió el desempeño ocupacional diario ni se demostró si hubo variaciones en el nivel de autonomía al finalizar el tratamiento.

Los estudios orientados desde la perspectiva de Integración Sensorial son incipientes y los resultados sugieren que las personas con TDAH tienen dificultades en el procesamiento, integración y modulación sensorial (Panagiotidi, Overton y Stafford, 2018; Schaaf, Dumont, Arbesman y May-Benson, 2018; Parham, Clark, Watling y Schaaf, 2019). Se sabe que esta alteración dificulta el desarrollo de las AVD (Pfeiffer, Clark y Arbesman,

2018), sin embargo, aún no se han desarrollado investigaciones que expongan de forma empírica el grado de afectación en la autonomía personal de la población infantil con TDAH.

Como epítome, en lo que respecta a la intervención experimental propuesta, se ha evidenciado que el tratamiento del TDAH desde la TO tiene resultados positivos en la autonomía personal. El programa cognitivo-conductual se dirige específicamente a la restauración del desempeño ocupacional mediante técnicas de modificación de conducta. La aplicación de las técnicas se centró en las AVDB y AVDI y en las rutinas cotidianas de los sujetos con TDAH. El uso de la ocupación como un agente terapéutico se utilizó para mejorar el desempeño, graduándose la complejidad de las responsabilidades diarias para aumentar la funcionalidad según las demandas y respuestas de desempeño que menores presentaban semanalmente. La realización del programa de intervención en el contexto real del menor y el aprendizaje psicoeducativo de los padres, garantizó que el tratamiento se realizase con éxito y que los cambios positivos se hayan mantenido significativamente en el tiempo.

Efectos de la intervención en la percepción de los niños sobre el nivel de desempeño ocupacional

Cómo se ha mencionado previamente, en el análisis de los datos respecto a la percepción del desempeño tras la intervención, se objetivan diferencias significativas en la ejecución de varias ocupaciones por la incapacidad para en control y manejo de la sintomatología, por lo que se demuestra que los participantes con TDAH tratados con la terapéutica

ocupacional, con respecto a la evaluación basal, fueron más autónomos en el desempeño de las AVDB y AVDI en la rutina diaria con respecto a los sujetos subsidiarios de otro tipo de tratamientos convencionales, percibiéndose además cambios en otras áreas ocupacionales más allá de las planteadas para analizar. Los ítems donde los menores del grupo experimental manifestaron un cambio significativo tras la intervención, fueron en aquellas actividades orientadas hacia el manejo y control de las manifestaciones de los síntomas nucleares del TDAH cuando se realizan AVD tales como *"Mantengo mi concentración en lo que hago"* y *"Me puedo calmar cuando me siento molesto"*, y en la categoría de planificación y autogestión con cambios en *"Hago mis tareas"*. Los datos obtenidos al finalizar la intervención muestran que la percepción del desempeño ocupacional en el grupo experimental presentó cambios significativos en varios ítems, a diferencia de los participantes con TDAH no tratados con terapéutica ocupacional. Estos cambios se pueden explicar por qué los niños y las niñas del grupo experimental han integrado en su rutina diaria el desempeño autónomo de nuevas actividades o de otras que ya realizaban, pero que han perfeccionado con la práctica diaria. El desempeño ocupacional se ha reforzado y los menores han mostrado cambios significativos en la percepción a largo plazo, ya que fueron conscientes de las dificultades para realizar AVDB y AVDI asociadas a la sintomatología del TDAH.

A pesar de obtener significancia en tres ítems, se debe resaltar que tras la intervención, los niños y las niñas del grupo experimental muestran también mejoría en las categorías de la escala COSA relacionadas con las áreas ocupacionales básicas e instrumentales, que realizan sin percepción de dificultad. El 100% de la muestra presupone ausencia de dificultad para el ítem *"Como sin ayuda"*, el 94,4% lo hacen en *"Mantengo mi cuerpo"*

limpio" y en "*Me visto solo*"; y el 88,9% considera que es capaz de realizar gestiones económicas sin dificultad. Así mismo, también se ha evidenciado una mejora en las AVD relacionadas con la educación, ya que sólo el 16,7% los sujetos consideran que tienen problemas para terminar actividades en el aula.

Sin embargo, en esta lectura de los datos en bruto, se encontró un cambio a negativo en varios ítems tras finalizar el programa de intervención. De esta forma, se puede observar como en algunas categorías el desempeño presentaba dificultad, sin embargo, antes de la terapéutica ocupacional, la percepción del desempeño ocupacional no presentaba conflicto. Este cambio se explica porque los menores con TDAH fueron conscientes de la dificultad que presentaban para realizar esta tarea. Aunque el resultado del ítem no fuese significativo, la percepción sobre el desempeño ocupacional fue real tras la intervención.

No obstante, la percepción que los niños y las niñas mantenían sobre su desempeño ocupacional (COSA) al inicio y al finalizar la intervención, no se relacionaba con los valores de autonomía que se registran con el CLARP. Este hecho, es sorprendente y sucede en ambos grupos de estudio, sin embargo, en la evaluación post intervención, el grupo experimental obtuvo unos resultados de mejoría significativos en la percepción sobre el desempeño ocupacional y el nivel de autonomía pese a no darse una relación entre ambas variables. Estos cambios también pueden ser explicados debido a la aplicación directa de las técnicas cognitivo-conductuales sobre las AVD que representaban un desempeño desajustado a la edad esperada. Tras estos hallazgos, se apoyan las conclusiones de Togliá, Rodger, y Polatajko (2012), que proponen que las intervenciones tempranas para niños y niñas con TDAH incluyan

estrategias cognitivas para hacer frente a la disfuncionalidad diaria. Se sabe que las estrategias meta-cognitivas ayudan a las personas a enfrentar desafíos en el funcionamiento diario.

La sintomatología del TDAH, obliga a pensar ineludiblemente, en la limitación funcional producida, y cómo estos elementos han condicionado el desempeño ocupacional. De acuerdo con Romero (2006), no se ha definido un modelo teórico centrado en el rendimiento ocupacional en el TDAH ni que rol tiene la motivación en la ejecución de las AVD. Se han realizado investigaciones que hacen evidente como las niñas y los niños con este trastorno son capaces de centrarse en tareas sencillas cuando reciben refuerzo intrínseco, a pesar de tener un déficit en la atención sostenida (Humphry, 2002; Chu, 2003). No obstante, el problema radica en tareas que son más complejas porque el niño no es capaz de entender, sintetizar y dar respuesta a las demandas de la actividad, y que además no reciben refuerzo extrínseco inmediato. De esta manera, el desarrollo de una ocupación de forma autónoma requiere un proceso de autoorganización necesario para integrar las capacidades inmaduras y participar en AVD acordes a la edad cognitiva y cronológica.

La modificación conductual aplicada para mejorar el desempeño ocupacional diario es una intervención que no se ha abordado hasta la actualidad, revisando la literatura científica. Los hallazgos de Gharebaghy, Rassafiani y Cameron (2015), de Hahn-Markowitz, Berger, Manor y Maeir, (2016) o de Hahn-Markowitz, Berger, Manor y Maeir (2017), indican que enseñar a los menores estrategias cognitivas mediante intervenciones donde se forme a los padres es una vía de tratamiento no farmacológico a explorar de manera más intensa. Las investigaciones que proponen este tipo de tratamiento coinciden en su uso para mejorar los hábitos de

autonomía en el hogar y fomentar la responsabilidad diaria. Se trata de incidir en la mejora de la percepción de autosuficiencia que el niño comienza a desarrollar sobre sí mismo mediante pequeños logros que son reforzados cotidianamente.

De acuerdo con Barkley (2002), el factor motivacional y de estímulos constantes provocan que los aprendizajes por reforzamiento positivo (las conductas que se recompensan) se mantengan en el tiempo, de manera que el aprendizaje se generalice consiguiendo que se convierta en rutinas diarias con ejecución autónoma. Diversos autores (Haenlein y Caul, 1987; Kaiser, Hoza, Pelham Gnagy y Greiner, 2008; Martin, Shoulberg, Hoza, Vaughn y Waschbusch, 2020) han expuesto cómo la función del sistema de recompensa y los umbrales de activación que dependen de las áreas corticales implicadas en este tipo de aprendizaje pueden ser demasiado altos en menores con TDAH. Estas deducciones se afirman en la presente investigación, ya que la utilización de refuerzos contiguos y contingentes ante las AVD que los sujetos del grupo experimental tenían que hacer todos los días, fue generando durante toda la intervención una sensación de competencia objetiva al recibir una retroalimentación realista y acorde a las responsabilidades diarias que lograban hacer de manera independiente.

La aplicación de reforzadores tiene efectos diferentes y debe ser más constante en los menores con TDAH que en los menores normativos porque los umbrales de activación están más elevados y necesitan mayor activación. Sadeghi, McAuley y Sandberg (2020) demostraron como un nivel elevado de motivación externa en niñas y niños con TDAH de 8 a 10 años mejoraba la participación y observaron mejoras subjetivas en su vida cotidiana, de igual manera que los participantes que realizaron la

intervención ocupacional en nuestra investigación. En este sentido, Hoza, Vaughn, Waschbusch, Murray-Close y McCabe (2012) indican que los sujetos con TDAH tienen una sobreestimación del rendimiento en las AVD como mecanismo de protección. Estos investigadores demostraron como un grupo de menores en edad escolar con y sin TDAH percibían el rendimiento, ya que este incrementaba o disminuía independientemente del refuerzo. Los sujetos sin TDAH incrementaban la actividad ante un feedback positivo, sin embargo, en los participantes con el trastorno, el rendimiento no se correspondía con la autopercepción ni con el refuerzo recibido. Las divergencias en los hallazgos de estos estudios se pueden explicar por los métodos heterogéneos de valoración del rendimiento y de la percepción y también por los distintos subgrupos diagnósticos y la comorbilidad que se puede presentar en cada paciente.

Case-Smith (2010) describió el desarrollo ocupacional en la población infantil como la interacción entre las capacidades individuales, las ocupaciones y el entorno. Esta teoría conceptualizó los cambios cualitativos en el proceso del desarrollo ocupacional mediante actividades y juego. De esta manera, se demostró como la interacción de los dominios cognitivo, psicosocial y sensorial interaccionaban para permitir el desarrollo de la capacidad y percepción ocupacional. A partir de la perspectiva de la competencia ocupacional percibida en las AVD, se han desarrollado diversas teorías para darle explicación en el TDAH. Desde edades tempranas se sabe que los niños y las niñas son capaces de discernir sobre preferencias, de mostrar una opinión estable de sí mismos en el tiempo y de evaluar si pueden o no realizar una tarea de manera competente (Missiuna y Pollock, 2000). Sin embargo, hay estudios que se posicionan en teorías de diversas índoles en la población infantil con TDAH. Determinadas investigaciones han demostrado una menor

autopercepción del rendimiento, mientras que otras han percibido una realidad demasiado alta, que no se correspondería con el desempeño ocupacional real. Cuando este autoconcepto es superior al dominio esperado, se conoce como "sesgo ilusorio positivo". Por el contrario, cuando es inferior al esperado, entonces se denomina "sesgo ilusorio negativo" (Owens, Goldfine, Evangelista, Hoza y Kaiser, 2007; Kaiser, Hoza, Pelham, Gnagy y Greiner, 2008).

Este fenómeno puede explicar ausencia de asociación entre las autocalificaciones que los sujetos del grupo experimental han reportado en la escala COSA y los resultados obtenidos con el CLARP. En este trabajo se ha demostrado una mejoría significativa en el nivel de autonomía personal (CLARP $p < 0,001$ post intervención) y una percepción significativa en varios ítems relacionados con el nivel de competencia (COSA). Sin embargo, al estudiar la correlación entre el nivel de autonomía y la percepción ocupacional, no se puede concluir una relación a pesar de demostrar que existen diferencias estadísticamente significativas en las medias de nivel de autonomía al terminar de implementar el programa de intervención cognitivo-conductual. Así mismo, en el grupo control no se han encontrado cambios significativos en el nivel de autonomía y en el nivel de competencia no han demostrado significancia en los ítems relacionados con las AVDB y AVDI. Se debe mencionar que, en el cruce de ambas variables, al igual que el grupo experimental, tampoco se ha expuesto concordancia al relacionar la percepción del desempeño ocupacional y el nivel de autonomía. Este resultado llama la atención pues el hecho de no detectarse una asociación significativa en la percepción del desempeño ocupacional y la autonomía personal, es un resultado interesante que refleja como el grado de dependencia en las AVD no influye en el autoconcepto que tienen sobre su hacer ocupacional.

Con relación a este hallazgo, como planteaba Kielhofner (2006), los menores con discapacidad no tienen las habilidades para tener la sensación de competencia al poner en práctica actividades o participar en rutinas diarias. De esta manera, a los menores con TDAH les cuesta involucrarse en las AVD y desarrollarlas completamente atendiendo a sus expectativas, debido principalmente al comportamiento disruptivo. Con respecto a la población infantil normativa, en el TDAH no se asumen actividades o responsabilidades diarias con la misma eficacia, estando alterada y la sensación de participar en una ocupación satisfactoriamente (Gerber y Solari, 2005). Tal y como Dickerson y Oakley (1995) sugieren, los menores con diversidad funcional tienden a asumir menor responsabilidad diaria y en el caso de los niños y las niñas con TDAH se puede esperar que restrinjan la participación en la ocupación y la implicación en responsabilidades cotidianas en comparación con otros menores con desarrollo típico.

Según Emeh y Mikami (2012), otra explicación plausible para la sobreestimación de la competencia en las AVD se puede deber a la relación entre la retroalimentación de los padres ante las demandas diarias y las respuestas de los menores para adaptarse al refuerzo que reciben. Teniendo en cuenta a Barber, Grubbs y Cottrell (2005), estos hallazgos se pueden manifestar por una diferencia en la forma en que los menores con TDAH se perciben a sí mismos debido al efecto acumulativo de años de baja autoestima y a la autopercepción negativa. En un estudio de Diener y Milich (1997), observaron que los menores con TDAH de 8 a 11 años, que recibían comentarios positivos sobre la competencia y funcionalidad y las interacciones sociales, experimentaban una disminución en su autopercepción positiva, mientras que en el grupo control indicaron un aumento en la autopercepción. Los resultados de estos autores sugieren

que las niñas y los niños con TDAH utilizan el sesgo ilusorio como mecanismo de defensa contra la sensación de competencia ocupacional inadecuada, de tal manera que cuando se proporciona retroalimentación positiva tienen una percepción más realista de sí mismos.

A partir de estudios en población infantil, adolescente y adulta con TDAH (Houck, Kendall, Miller, Morrell y Wiebe, 2011; Katzman, Bilkey, Chokka, Fallu y Klassen, 2017), se ha comprobado que la percepción del desempeño positiva tiene un efecto protector en la salud mental porque permite que las personas con este trastorno busquen retroalimentación o refuerzos sociales y permanecen motivados para mejorar en la ejecución de AVD en diversos entornos. En consideración con esta teoría, algunos investigadores (McQuade, Hoza, Waschbusch, Murray-Close y Owens, 2011) han argumentado que la autopercepción positiva implica un mayor desarrollo y dominio de habilidades al permitirle practicar e involucrarse activamente en pequeñas responsabilidades diarias aun cuando no tengan desarrollado el nivel de destreza requerido. De acuerdo con McQuade et al. (2011), se puede afirmar que, en nuestra investigación, el uso de las AVD como un medio terapéutico fue una vía de aprendizaje que permitió al grupo experimental explorar y salir de la zona de confort aplicado a las rutinas diarias en el hogar. Desde este punto de vista, con relación a estudios mencionados previamente, puede ser especialmente adecuado que los menores con TDAH experimenten pequeños fracasos y errores en el aprendizaje de habilidades de competencia ocupacional porque se generaliza el aprendizaje mediante ensayo-error a diferentes contextos de la vida diaria.

Finalmente, la comparación de la percepción según las variables sociodemográficas reveló hallazgos estadísticamente significativos en las

puntuaciones de la escala COSA. Es necesario resaltar que los datos obtenidos en este apartado deben ser interpretados con precaución, puesto que el tamaño muestral puede interferir en la estimación de los cálculos. Así mismo, no es posible determinar la influencia de las variables sociodemográficas en varias categorías de la escala COSA debido a la ausencia de cambios tras la intervención en algunos ítems de la herramienta.

Como recapitulación, la intervención cognitivo-conductual propuesta se dirigía específicamente al ámbito cotidiano y del entorno familiar de cada participante para garantizar la aplicación de las técnicas y su desempeño ocupacional centrado en la rutina diaria del niño. Las técnicas de modificación de conducta empleadas en el programa de intervención se han desarrollado en el contexto natural del paciente, por lo que son transferibles a su vida cotidiana. Al ser una intervención orientada a la implementación en el hogar y con un seguimiento muy pautado, se ha generalizado en las AVD más significativas de cada participante, involucrando a todo el núcleo familiar. De esta forma se demuestra que el análisis y la reestructuración del desempeño ocupacional han influido de manera positiva en los resultados obtenidos y se han evidenciado cambios en las áreas ocupacionales planteadas para estudio, así como en otras dos que, a priori no se presuponían cambios. Así mismo, los progenitores funcionaron como un factor contextual en los niños y las niñas y proporcionaron estrategias cognitivas adaptadas específicamente a los déficits que existían en las AVD en el hogar. Tras este estudio, se conjetura que el aprendizaje de los progenitores en técnicas orientadas al abordaje de las conductas y ocupaciones repercutieron en la funcionalidad y desempeño ocupacional y en el comportamiento diario del menor.

Efectos de la intervención en la percepción de calidad de vida de los padres

Los participantes del grupo experimental obtuvieron resultados muy positivos al finalizar la intervención. El 88,9% de la muestra ha referido una mejoría en la percepción de la CV, con respecto al inicio del tratamiento. Estos resultados, sugieren una asociación entre la CV del progenitor y la manifestación sintomática del TDAH de sus hijos. Así mismo, en la evaluación de seguimiento se demostró cómo los cambios en la CV se mantenían a los 6 meses tras la finalización del tratamiento. Estos datos insinúan que el uso de técnicas de modificación cognitivo-conductuales aplicadas a las AVDB y AVDI garantizan un aumento del nivel de autonomía en el hogar de los menores y de igual manera, influye en la percepción de la CV de los padres, aunque no se haya podido demostrar una correlación o asociación directa entre las variables del nivel de autonomía de los menores con TDAH y la CV de los progenitores.

Estos hallazgos coinciden con los de Cussen, Sciberras, Ukoumunne y Efron (2012), e insinúan una asociación entre un déficit en el funcionamiento de la familia con la sintomatología del trastorno, ya que tienen implicaciones para el manejo integral del TDAH y con la necesidad de analizar e integrar al niño con esta afectación dentro del contexto familiar como un miembro sin la perspectiva patológica. Sin embargo, otras investigaciones no han encontrado relación en diversos ámbitos del funcionamiento familiar, como la separación de los padres y el comportamiento conductual del niño en el hogar ante situaciones diarias de responsabilidad (Fergusson, Lynskey y Horwood, 1993; Johnston y Mash, 2001).

Los hallazgos obtenidos en nuestra investigación no distan de los expuestos por Park, Lee, Kim, Bae, Kim et al. (2019), que identificaron alteraciones en las relaciones sociales y la presencia de síntomas depresivos en el cuidador principal. De esta manera, se sugiere una afectación en dominios de CV físicos, psicológicos, sociales y ambientales en los padres de niños con TDAH. Se evidencia conjuntamente, que esta dificultad genera una percepción negativa en las relaciones con otras personas del entorno y que puede afectar la sensación de una CV óptima derivada de la complejidad para aprender a manejar la sintomatología del niño con TDAH.

En este estudio, se presuponen unas puntuaciones bajas para los dominios que mide la herramienta SF-36. Otros autores utilizan métodos diferentes de evaluación en los progenitores de menores con TDAH (Andrade, Geha, Duran, Suwwan, Machado y do Rosário, 2016; Dey, Paz Castro, Haug y Schaub, 2019), aunque conviene emplearlos con cautela, puesto que, hasta el momento, en España no se han validado cuestionarios específicos para analizar la CV de este tipo de población. A nivel nacional, se utilizan test genéricos cuya especificidad no llega a aportar datos reales de la percepción de CV tanto a nivel general, como en diferentes dominios.

En concordancia con trabajos previos, en esta investigación se ha demostrado que existe una mejoría significativa en la CV de los progenitores tras la implementación de una intervención cognitivo-conductual desde TO. Matza, Secnik, Mannix y Sallee (2005), analizaron la CV relacionada con la salud de progenitores de menores con TDAH, de los cuales, el 78,6% experimentaron problemas para realizar las AVD de manera satisfactoria y el 64,8% reportaron trastornos de ansiedad o depresión. En otro estudio (van der Kolk, Bouwmans, Schawo, Buitelaar,

van Agthoven y Hakkaart-van Roijen, 2014) se expuso que las madres de niños y niñas con TDAH desarrollaron estrés relacionado con la crianza e índices de depresión que se correlacionaban con el tipo de TDAH de los hijos.

En el análisis de las variables sociodemográficas no se ha apreciado una correlación significativa entre estas y la CV de los progenitores. Tampoco se han revelado hallazgos que puedan explicar de forma concisa como se produce la asociación entre estas variables y la CV de los padres. Sin embargo, los resultados que se han obtenido con esta investigación, distan con las conclusiones de otros estudios. En un artículo de Xiang, Luk y Lai (2009) se evidencia cómo las variables de nivel educativo, ingresos mensuales y condiciones médicas estaban significativamente correlacionadas con la CV. Sin embargo, investigadores como Johnston y Mash (2001) sostienen afirmativamente que la influencia de factores como el género, la cultura y el subtipo de diagnóstico en la asociación entre el TDAH y los factores familiares sigue siendo desconocida.

Los síntomas del TDAH se asocian con un deterioro de varios dominios de la CV y la funcionalidad familiar. Se ha verificado que la familia es el contexto primario de desarrollo en el que se forman las características que se relacionan con la adquisición de hábitos y de pequeñas rutinas diarias desde el nacimiento hasta el posterior desarrollo como adulto. De acuerdo con Wong et. al. (Wong, Hawes, Clarke, Kohn y Dar-Nimrod, 2018), la CV del progenitor principal y la relación que este presente con los hijos, se considera la base de la autopercepción y del aprendizaje que fomente los hábitos de autonomía e identidad ocupacional del niño.

La influencia del TDAH se proyecta en aspectos como en la forma que los progenitores tienen de comprender y asumir el trastorno. Tal y como afirman Hoseinzadeh-Maleki, Rasoolzadeh-Tabatabaei, Mashhadi y Moharreri (2019), la percepción negativa de la CV incrementa el riesgo de desarrollar problemas psicosociales, trastornos emocionales entre los que se incluyen la ansiedad, la depresión y la sensación de soledad. Con el propósito de plasmar las necesidades del progenitor principal, Pahlavanzadeh, Mousavi y Maghsoudi (2018), mostraron que las preocupaciones de los padres se centran en la ausencia de información suficiente sobre el trastorno y el tratamiento tras el diagnóstico y la necesidad de conocer herramientas para relacionarse con el menor en el hogar. Además, consideran que ignorar las necesidades del cuidador principal intensifica los problemas de la unidad familiar y del niño.

No obstante, conviene aludir a la escasez de estudios y meta-análisis que analizan la CV de los progenitores en nuestro país. Los escasos trabajos publicados hasta el momento en España se orientan al estudio de la implicación del tratamiento farmacológico en el bienestar del menor (Rajmil, Estrada, Herdman, Serra-Sutton, et al., 2009); en el estrés familiar (Guerro-Prado, Mardomingo-Sanz, Ortiz-Guerra, García-García y Soler-López, 2015), para determinar la percepción del núcleo familiar sobre el TDAH y la presencia de problemas de conducta asociados (Presentación-Herrero, García-Castellar, Miranda-Casas, Siegenthaler-Hierro y Jara-Jiménez, 2006); así como para identificar qué factores influyen en la satisfacción y bienestar del niño y de la familia (Miranda-Casas, Presentación-Herrero, Colomer-Diago y Roselló, 2011). Estas investigaciones no utilizan herramientas específicas para evaluar la CV de los progenitores, no encontrando hasta el momento literatura científica en esta línea.

Como compendio, en lo que respecta a la intervención experimental propuesta, se ha puesto de manifiesto que un tratamiento conductual para aumentar la independencia en la población infantil con TDAH mejora de modo significativo la CV de los progenitores. El tratamiento psicoeducativo realizado con los padres junto con el aprendizaje y la implementación de técnicas para el uso en el hogar, ha permitido capacitarlos para que fuesen partícipes del cambio en la autonomía de los hijos y, de manera directa, se produjeron cambios en la percepción que tienen sobre su propia CV.

Limitaciones de la investigación

La principal limitación que se ha detectado deriva del tamaño de la muestra. Debido a la heterogeneidad de este grupo de población, un número mayor en la representación poblacional aportaría más consistencia a los resultados y una solidez metodológica más robusta. Según los criterios de inclusión establecidos en esta tesis, resultó difícil encontrar un tamaño muestral amplio. El número de la muestra también ha imposibilitado calcular la relación entre la variable "*Tipo de diagnóstico*" con la percepción del desempeño ocupacional.

En este sentido, este trabajo se puede considerar un estudio exploratorio inicial desde la disciplina de la TO a nivel nacional, ya que el abordaje del TDAH centrado en las AVD y autonomía personal es una línea de investigación abierta que debe ser tomada en consideración en la práctica clínica actual y en la investigación desde la perspectiva de los terapeutas ocupacionales y de otros profesionales sanitarios que realicen tratamientos de intervención en este trastorno.

Otra limitación que se plantea en esta investigación, es la escasa presencia de personas de sexo femenino en ambos grupos de estudio. Si bien es cierto, que la predominancia del TDAH en el sexo masculino da respuesta a esta cuestión.

Se hace evidente la ausencia de escalas propias de TDAH en español orientadas al análisis del desempeño ocupacional, atendiendo a las limitaciones en los dominios de la vida diaria. Las herramientas validadas existentes en otros idiomas no dan respuesta a las necesidades en España, por lo que se sugiere el desarrollo de estudios que validen y adapten instrumentos específicos a la población española con TDAH incluyendo a la población infantil y a los adultos.

Así mismo, es imprescindible agregar una medida objetiva para la valoración del nivel de autonomía de los sujetos con TDAH, y prevenir de esta manera el efecto *Hawthorne*, en el que los padres observan la mejora debido a su participación en el proceso.

La información obtenida por los progenitores sobre la CV se ha realizado con una herramienta de uso genérico debido a la inexistencia de medidas de evaluación diseñadas específicamente para los progenitores de niños y niñas con TDAH que se adapten a las características de la población española.

Tal y como sucede con el tamaño muestral de los menores, también resulta evidente replicar el estudio con mayor representación de los padres y hacer una aproximación al género del cuidador principal. En esta investigación dicha variable no se contempló, únicamente se indicó la instrucción de cubrir el cuestionario de CV al progenitor principal,

entendiendo “principal” como aquel que se encargaba de la supervisión y apoyo en la rutina cotidiana para las AVDI y AVDI tanto antes como después de la intervención. Posiblemente, esa información permitiría obtener datos valiosos sobre el funcionamiento del núcleo familiar del niño con TDAH de forma más específica, según sea un hombre o una mujer la persona que haga las funciones de cuidador principal.

El tamaño muestral ha imposibilitado el cálculo de estimaciones significativas en el cruce de dos variables. No se ha podido demostrar una correlación o asociación directa entre el nivel de autonomía de los menores con TDAH y la percepción del desempeño ocupacional. Ni tampoco entre el nivel de autonomía de los menores con TDAH y la CV de los progenitores.

A los 6 meses de la intervención, con el grupo experimental se realizó una nueva medición para el nivel de independencia (CLARP), para la percepción de autonomía (COSA) y de CV de los padres (SF-36). La negativa a continuar participando en el estudio por parte del grupo control, ha imposibilitado un estudio comparativo entre ambas muestras en el seguimiento.

Los resultados que se han obtenido para cada variable muestran que los efectos del programa de intervención se mantienen a medio plazo, aunque sería pertinente realizar otra estimación al año.

Implicaciones clínicas e investigación futura

La realización de esta tesis es una primera aproximación a una línea de investigación desde una perspectiva ocupacional centrada en un trastorno

neuropsiquiátrico, TDAH, cuyo estudio y asistencia actual se centran en el manejo y control sintomático. Los hallazgos que se han conseguido afirman que este trabajo no está concluido, sino que queda abierto al desarrollo de investigaciones posteriores.

Con este estudio preliminar, se han obtenido hallazgos que facilitarán en gran medida el diseño y aplicación de programas más efectivos de independencia y autonomía en el hogar mediante el uso de técnicas de modificación de conducta centradas en la ocupación como eje central del cambio y mejora de la promoción de la salud y la CV.

Un mayor conocimiento y abordaje de los procesos de interacción familiar que influyen en el desarrollo de capacitación funcional y los patrones conductuales que interfieren en los hábitos de autonomía personal, son esenciales para un abordaje completo y apropiado de la trayectoria vital de cada persona con TDAH.

La falta de evidencia en la literatura científica sobre la autonomía personal y el desempeño ocupacional de la población infantil TDAH y CV desde diferentes perspectivas, hace que las intervenciones actuales estén basadas en el conocimiento desde el enfoque médico, estando ausente la práctica clínica desde otros abordajes, tal como el tratamiento cognitivo-conductual aplicado desde TO propuesto en esta tesis doctoral, lo cual va en detrimento de los intereses del paciente o usuario.

En este contexto, se proponen líneas innovadoras para desarrollar en el futuro a efectos de implementar resultados en la práctica clínica, tales como:

Se plantea confirmar los hallazgos con un estudio longitudinal según el curso evolutivo y las características del desempeño ocupacional y autonomía de los menores con TDAH, así como replicar los resultados de la autonomía personal tras la aplicación del programa cognitivo conductual en las AVD con un tamaño muestral más grande.

Para conocer cómo es el desempeño ocupacional y el grado de autonomía personal de los niños y las niñas con TDAH, se propone efectuar un estudio comparativo frente a un grupo normativo y extender la indagación en otras patologías.

Se sugiere incorporar más variables sociodemográficas y añadir otras nuevas relacionadas con el desempeño ocupacional para profundizar en las características y necesidades de la autonomía personal en este grupo de estudio. Por ello, se plantea analizar que variables de riesgo y de protección interfieren en el desarrollo de la autonomía personal de los menores con TDAH.

En lo referente al estudio de la CV de los progenitores de menores con TDAH, la falta de evidencia objetiva hace que sea necesario incrementar el número de investigaciones en términos de CV y bienestar personal. De esta manera, el conocimiento más detallado de las condiciones de salud y de satisfacción de los padres, permitirá que la práctica clínica mejore y las intervenciones sean más eficaces al abarcar de forma más específica todo el entorno personal del menor con TDAH. Por ende, se detallan distintas propuestas de investigación para su desarrollo, como examinar el grado de concordancia entre padres e hijos para valorar el desempeño ocupacional y la CV percibida; estudiar el impacto de las intervenciones psicoeducativas en la CV de los progenitores; o examinar la

CV de los padres de niñas y niños con TDAH en comparación con otros trastornos del neurodesarrollo.

Ante la ausencia de métodos de evaluación estandarizados de autonomía personal y CV para el TDAH en nuestro país, se apuesta por una línea de investigación futura orientada a realizar la adaptación a la población española de herramientas normativas para realizar evaluaciones específicas y centradas en las características del trastorno. Así mismo, el desarrollo de una estandarización y validación de instrumentos, permitirá realizar una comparativa con otros países sobre personas con este trastorno.

Las particularidades del TDAH con relación a las alteraciones en las habilidades de procesamiento cognitivas y en las funciones ejecutivas, pueden ejercer cierta influencia en el nivel de autonomía de las AVD. Por lo tanto, se propone un estudio para relacionar el desarrollo de las adquisiciones motoras y cognitivas con el desempeño ocupacional según la manifestación sintomática en la población infantil con TDAH.

El abordaje tradicional del TDAH, descrito en el capítulo 1, agrupa el tratamiento en el control de la inatención y el manejo motriz, no obstante, en la actualidad existen nuevos abordajes, cuya terapéutica está destinada a realizar intervenciones para que el niño con TDAH incremente al máximo su potencial. Es necesario desarrollar un paradigma que conceptualice cómo se produce el desarrollo ocupacional en las niñas y los niños con TDAH y que articule los fundamentos para utilizar la ocupación como un proceso facilitador del desarrollo cognitivo, motor y social. Por consiguiente, se propone diseñar un modelo de intervención específico desde TO para la aplicación y tratamiento que favorezca la autonomía

personal y el desempeño ocupacional autónomo de los menores con TDAH.

7. Conclusiones.

El tratamiento cognitivo-conductual aplicado mediante una intervención para la mejora de la autonomía y el desempeño ocupacional en niños y niñas con TDAH y en la CV de los progenitores, permite colegir las siguientes conclusiones:

1. La implementación de esta investigación ha sido el primer estudio de TO en España que ha explorado las necesidades en el desempeño ocupacional y la independencia funcional y ha ofrecido información sobre el impacto que este trastorno induce en el nivel de autonomía personal en menores con TDAH. Antes del tratamiento, ambos grupos de estudio, experimental y control, presentaban algún grado de dificultad para realizar las AVD sin limitaciones en el funcionamiento diario. La terapéutica aplicada en las AVDB y AVDI desde la aproximación cognitivo-conductual ha evidenciado mejoras significativas en el grupo experimental frente al grupo control.
2. Al finalizar la intervención cognitivo-conductual, los sujetos del grupo experimental han mostrado cambios significativos en la percepción del desempeño ocupacional en ítems relacionados con las AVD orientadas hacia el manejo y control de las manifestaciones de los síntomas nucleares del TDAH y en la planificación y autogestión de tareas. El grupo control no ha presentado diferencias en los ítems que evalúan la percepción del desempeño ocupacional. A pesar de obtener una mejora significativa en ciertas áreas ocupacionales, se necesita profundizar en la investigación para explicar dichos hallazgos. No obstante, se puede afirmar que el nivel de autonomía personal no se

relacionó de manera directa con la percepción del desempeño ocupacional. Tras la implementación de la intervención, el grado de dependencia en las AVD y la mejoría de la autopercepción ocupacional no muestran una relación significativa.

3. Los progenitores del grupo experimental presentan un aumento significativo de la CV al finalizar la intervención cognitivo-conductual. Sin embargo, los progenitores del grupo control, no han mostrado datos que indiquen una mejoría en la percepción de la misma. Además, no se ha encontrado una relación directa entre la CV de los progenitores y el nivel de autonomía de los niños y las niñas. Se puede afirmar que la intervención desarrollada produce una mejoría en el nivel de autonomía de los menores y en la CV de los padres.
4. Las conductas de autonomía e independencia funcional no sólo se mantienen, sino que mejoran ligeramente a medio plazo (6 meses) después de finalizar el programa de intervención cognitivo-conductual. Así mismo, se mantiene la mejoría en la CV de los progenitores a los 6 meses de seguimiento.

Como conclusión general de este estudio, una vez finalizada la intervención, los cambios positivos en los dominios de autonomía básica e instrumental en los niños y las niñas con TDAH son significativos, así como la mejora de la CV de los padres, cambios que permanecen a medio plazo. La realización de una intervención cognitivo-conductual para mejorar el grado de autonomía en el desempeño de las AVD de autocuidado e instrumentales tiene un impacto positivo y una eficacia alta como tratamiento en la población infantil con TDAH.

8. Bibliografía.

Agarwal, R., Goldenberg, M., Perry, R. y IsHak, W.W. (2012). The quality of life of adults with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *Innovations in clinical neuroscience*, 9(5-6), 10-21.

Agha, S.S., Zammit, S., Thapar, A. y Langley, K. (2017). Maternal psychopathology and off spring clinical outcome: a four-year follow-up of boys with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(2), 253–262. doi:10.1007/s00787-016-0873-y

Akutagava-Martins, G.C., Rohde, L.A. y Hutz, M.H. (2016). Genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: an update. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 16(2), 145-56. doi:10.1586/14737175.2016.1130626

Akutagava-Martins, G.C., Salatino-Oliveira, A., Kieling, C.C., Rohde, L.A. y Hutz, M.H. (2013). Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Current Findings and Future Directions. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(4), 435-445.

Alonso, J., Prieto, L. y Anto, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104(20), 771-776.

Amador, J.A., Forns, M. y González, M. (2010). Etiología del TDAH. En J. F. Amador, *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)* (págs. 29-51). Madrid: Síntesis.

Amador, J.A., Forns, M. y González, M. (2010). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Madrid: Síntesis.

American Academy of Pediatrics. (2011). ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*, *128*(5), 1007–1022.

American Academy of Pediatrics. (2019). Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. (M. H. Wolraich, Ed.) *Pediatrics*, *144*(4), e20192528. doi:10.1542/peds.2019-2528

American Occupational Therapy Association. (2010). Specialized knowledge and skills in mental health promotion, prevention, and intervention in occupational therapy practice. *American Journal of Occupational Therap*, *64* (Suppl.), S30–S43.

American Occupational Therapy Association. (2017). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd Edition). *American Journal of Occupational Therapy*, *68*, S1-S48.

American Psychiatric Association. (1968). *DSM-II. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Second Edition)*. Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Vol. 5ª)*. Madrid: Panamericana.

Anastopoulos, A.D., DuPaul, G.J., Weyandt, L.L., Morrissey-Kane, E., Sommer, J.L., Rhoads, L.H., Murphy, K.R., Gormley, M.J. y Gudmundsdottir, B.G. (2016). Rates and Patterns of Comorbidity Among First-Year College Students With ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 1-12. doi:10.1080/15374416.2015.1105137

Andrade, E.M., Geha, L.M., Duran, P., Suwvan, R., Machado, F. y Rosário, M.C. (2016). Quality of Life in Caregivers of ADHD Children and Diabetes Patients. *Frontiers in Psychiatry*, 7(127). doi:10.3389/fpsy.2016.00127

Anhalt, K., McNeil, C. y Bahl, A. (1998). The ADHD Classroom Kit: A Whole-Classroom Approach for Managing Disruptive Behavior. *Psychology in the Schools*, 35(1), 67-79. doi:10.1186/1741-7015-9-72

Antshel, K.M., Hargrave, T.M., Simonescu, M., Kaul, P., Hendricks, K. y Faraone, S.V. (2011). Advances in understanding and treating ADHD. *BMC Medicine*, 9(72).

- Areny-Balagueró, M., García-Molina, A., Roig-Rovira, T., Tormos, J. y Jodar-Vicente, M. (2015). Influencia de la memoria de trabajo y la flexibilidad cognitiva en la ejecución de la tarea Balloon Analogue Risk Task. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 9(2), 25-34.
- Arostegui, I. y Núñez-Antón, V. (2008). Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36). *Estadística Española*, 50(167), 147-192.
- Arostegui, I., Núñez-Antón, V. y Quintana, J.M. (2007). Analysis of the shortform-36 (SF-36): The beta-binomial distribution approach. *Statistics in medicine*, 26(6), 1318-1342.
- Ayuso-Mateos, J.L., Lasa, L., Vázquez-Barquero, J.L., Oviedo, A. y Díez-Manrique, J.F. (1999). Measuring health status in psychiatric community surveys: internal and external validity of the Spanish version of the SF-36. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(1), 26-32. doi:10.1111/j.1600-0447.1999.tb05381.x
- Azazy, S., Nour-Eldein, H., Salama, H. y Ismail, M. (2018). Quality of life and family function of parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 24(6), 579-587. doi:10.26719/2018.24.6.579
- Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: ESPASA LIBROS.
- Barbarese, W.J., Katusic, S.K., Colligan, R.C., Weaver, A.L., Leibson, C.L. y Jacobsen, S.J. (2006). Long-term stimulant medication treatment of

attention-deficit/hyperactivity disorder: Results from a population-based study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27, 1-10. doi:10.1097/00004703-200602000-00001

Barber, S., Grubbs, L. y Cottrell, B. (2005). Self-Perception in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Pediatric Nursing*, 20(4), 235-245. doi:10.1016/j.pedn.2005.02.012

Barkley, R., A. (2014). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment* (4 ed.). New York: Guilford Publications.

Barkley, R.A. (2002). Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(12), 10-15.

Barkley, R.A. y Murphy, K.R. (2010). Impairment in occupational functioning and adult ADHD: the predictive utility of executive function (EF) ratings versus EF tests. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25(3), 157-73. doi:10.1093/arclin/acq014

Barkley, R.A. y Peters, H. (2012). The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of "attention deficit" (Mangel der Aufmerksamkeit, *Attentio Volubilis*). *Journal of Attention Disorders*, 16(8), 623-30. doi:10.1177/1087054711432309

- Barkley, R.A., Fischer, M., Smallish, L. y Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(2), 192-202. doi:10.1097/01.chi.0000189134.97436.e2
- Barnett, R. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 387(10020), 737. doi:10.1016/s0140-6736(16)00332-9
- Barrios-Fernández, S., Gozalo, M., García-Gómez, A., Romero-Ayuso, D. y Hernández-Mocholí, M.A. (2020). A New Assessment for Activities of Daily Living in Spanish Schoolchildren: A Preliminary Study of its Psychometric Properties. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2673. doi:10.3390/ijerph17082673
- Bastiaansen, D., Koot, H.M., Ferdinand, R.F. y Verhulst, F.C. (2004). Quality of life in children with psychiatric disorders: Self, parent and clinician report. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry's*, 43(2), 221-230. doi:10.1097/00004583-200402000-00019
- Baumeister, R.F. (1999). *The Self in Social Psychology*. Philadelphia: Psychology Press.
- Baweja, R., Mattison, R.E. y Waxmonsky, J.G. (2015). Impact of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder on School Performance: What are the Effects of Medication? *Paediatric drugs*, 17(6), 459-77. doi:10.1007/s40272-015-0144-2

- Biederman, J. y Faraone, S.V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 22(366), 237-48. doi:10.1016/S0140-6736(05)66915-2
- Bijlenga, D., Kulcu, S., van Gellecum, T., Eryigit, Z. y Kooij, J.S. (2017). Persistence and Adherence to Psychostimulants, and Psychological Well-Being Up to 3 Years After Specialized Treatment of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Naturalistic Follow-Up Study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 37(6), 689-696. doi:10.1097/JCP.0000000000000787
- Blanche, E. y Henny-Kohler, E. (2000). Philosophy, science and ideology: a proposed relationship for occupational science and occupational therapy. *Occupational Therapy International*, 7(2), 99-110.
- Blesedell, C.E., Cohn, E.S. y Boyt, B.A. (2016). *Willard & Spackman Terapia Ocupacional* (12 ed.). Madrid: Médica Panamericana.
- Bonifacci, P., Massi, L., Pignataro, V., Zocco, S. y Chiodo, S. (2019). Parenting Stress and Broader Phenotype in Parents of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Dyslexia or Typical Development. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(11), 1878. doi:10.3390/ijerph16111878
- Bonvicini, C., Faraone, S.V. y Scassellati, C. (2017). Common and specific genes and peripheral biomarkers in children and adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *World Journal of Biological Psychiatry*, 1(52), 1-21. doi:10.1080/15622975.2017.1282175

- Bornovalova, M.A., Blazei, R., Malone, S.H., McGue, M. y Iacono, W.G. (2013). Disentangling the relative contribution of parental antisociality and family discord to child disruptive disorders. *Personality Disorders, 4*(3), 239-46. doi:10.1037/a0028607
- Brod, M., Johnston, J., Able, S. y Swindle, R. (2006). Validation of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-life Scale (AAQoL): A disease-specific quality-of-life measure. *Quality of Life Research, 15*(1), 117-129. doi:10.1007/s11136-005-8325-z
- Brod, M., Perwien, A., Adler, L., Spencer, T. y Johnston, J. (2005). Conceptualization and assessment of quality of life for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Primary Psychiatry, 12*(6), 58-64.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology, 22*(6), 723-742.
- Brown, C. y Stoffel, V. (2011). *Occupational therapy in mental health: A vision for participation*. Philadelphia: FA Davis.
- Brown, R.T., Perwien, A., Faries, D.E., Kratochvil, C.J. y Vaughan, B.S. (2006). Atomoxetine in the management of children with ADHD: effects on quality of life and school functioning. *Clinical Pediatrics, 45*(9), 819-827. doi:10.1177/0009922806294219

- Brown, T.E. (2006). *Trastorno por Déficit de Atención. Una mente desenfocada en niños y adultos*. Barcelona: Masson.
- Brown, T.E. (2014). *Comorbilidades del TDAH. Manual de las complicaciones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos* (2ª ed.). Barcelona: Masson.
- Brum, C.B., Paixão-Côrtes, V.R., Carvalho, A.M., Martins-Silva, T., Carpena, M.X., Ulguim, K.F., Luquez, K., Salatino-Oliveira, A., y Tovo-Rodrigues, L. (2020). Genetic variants in miRNAs differentially expressed during brain development and their relevance to psychiatric disorders susceptibility. *The World Journal of Biological Psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 1-12, Advance online publication. doi:10.1080/15622975.2020.183461
- Bruxel, E.M., Akutagava-Martins, G.C., Salatino-Oliveira, A., Contini, V., Kieling, C., Hutz, M.H. y Rohde, L.A. (2014). ADHD pharmacogenetics across the life cycle: New findings and perspectives. *American Journal of Medical Genetics*, 165B(4), 263-82. doi:10.1002/ajmg.b.32240
- Buhrmester, D. y Furman, W. (1990). Perceptions of sibling relationships during middle childhood and adolescence. *Child Development*, 61(5), 1387-98. doi:10.1111/j.1467-8624.1990.tb02869.x
- Bunevicius, A. (2017). Reliability and validity of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with brain tumors: a cross-sectional study.

Health and quality of life outcomes, 15(1), 92. doi:10.1186/s12955-017-0665-1

Caballo, V.E. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (7 ed.). Madrid: Siglo XXI.

Cagigal, C., Silva, T., Jesus, M., y Silva, C. (2019). Does Diet Affect the Symptoms of ADHD? *Current Pharmaceutical Biotechnology*, 20(2), 130–136. doi:10.2174/1389201019666180925140733

Camden, C., Foley, V., Anaby, D., Shikako-Thomas, K., Gauthier-Boudreault, C., Berbari, J. y Missiuna, C. (2016). Using an evidence-based online module to improve parents' ability to support their child with developmental coordination disorder. *Disability and Health Journal*, 9(3), 406–415. doi:10.1016/j.dhjo.2016.04.002

Canals, J., Morales-Hidalgo, P., Jané, M.C. y Domènech, E. (2018). ADHD Prevalence in Spanish Preschoolers: Comorbidity, Socio-Demographic Factors, and Functional Consequences. *Journal of Attention Disorders*, 22(2), 143–153. doi:10.1177/1087054716638511

Cappe, E., Bolduc, M., Rouge, M.C., Saiag, M.C. y Delorme, R. (2017). Quality of life, psychological characteristics, and adjustment in parents of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Quality of Life Research*, 26, 1283–1294. doi:10.1007/s11136-016-1446-8

- Case-Smith, J. (2010). Development of childhood occupations. En J. Case-Smith, & C. O'Brien, *Occupational therapy for children* (Vol. 6, págs. 56-83). Missouri: MOSBY Elsevier.
- Catalá-López, F., Hutton, B., Núñez-Beltrán, A., Page, M.J., Ridaó, M., Macías Saint-Gerons, D. y Moher, D. (2017). The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. *PloS One*, *12*(7), e0180355. doi:10.1371/journal.pone.0180355
- Catalá-López, F., Peiró, S., Ridaó, M., Sanfélix-Gimeno, G., Gènova-Maleras, R. y Catalá, M.A. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry*, *12*(168). doi:10.1186/1471-244X-12-168
- Cermak, S.A. y Maeir, A. (2012). Cognitive Rehabilitation of Children and Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. En N. y. Katz, *Cognition, Occupation, and Participation Across the Lifespan: Neuroscience, Neurorehabilitation, and Models of Intervention in Occupational Therapy* (4 ed., págs. 49–276). Bethesda: AOTA Press.
- Chakraborty, B., Rao, A., Shenoy, R., Davda, L. y Suprabha, S. (2019). Stress-mediated quality of life outcomes in parents of disabled children: A case-control study. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, *37*, 237-44. doi:10.4103/JISPPD.JISPPD_266_18

- Cheung, K., Aberdeen, A., Ward, M. y Theule J. (2018). Maternal Depression in Families of Children with ADHD: A Meta-Analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 1015-1028. doi:10.1007/s10826-018-1017-4
- Chien, C.W. y Graham, F. (2018). Limited evidence exists for the psychometric properties of child-report measures that assess occupational performance in children ages 2-18 years. *Australian Occupational Therapy Journal*, 65(5), 472-473. doi:10.1111/1440-1630.12531
- Christiansen, C. (1999). Defining Lives: Occupation as Identity: An Essay on Competence, Coherence, and the Creation of Meaning. *American Journal of Occupational Therapy*, 53(6), 547-558. doi:10.5014/ajot.53.6.547
- Chu, S. (2003). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), part one: A review of literature. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 10(5), 218-26.
- Chu, S. y Reynolds, F. (2007). Occupational therapy for children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), part 1: A delineation model of practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(9), 372-83. doi:10.1177/030802260707000902
- Clark, D.B., de Wit, H., y Iacono, W.G. (2014). ADHD, impulsivity and alcohol abuse: methods, results, and implications. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 22(2), 141-143. doi:10.1037/a0036140

- Clavel, C.M., Carballo, B.J., García, C.N., Moreno, F.P. y Quintero, J. (2008). Herramientas complementarias en la valoración del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En J. Quintero, *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida* (págs. 199-214). Barcelona: Masson.
- Clemow, D.B., Bushe, C., Mancini, M., Ossipov, M.H. y Upadhyaya, H. (2017). A review of the efficacy of atomoxetine in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in children and adult patients with common comorbidities. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *13*, 357-371. doi:10.2147/NDT.S115707
- Coghill, D.R., Banaschewski, T., Lecendreux, M., Soutullo, C., Zuddas, A., Adeyi, B. y Sorooshian, S. (2014). Post hoc analyses of the impact of previous medication on the efficacy of lisdexamfetamine dimesylate in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a randomized, controlled trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *29*(10), 2039-47. doi:10.2147/NDT.S68273
- Coghill, D.R., Banaschewski, T., Soutullo, C., Cottingham, M.G. y Zuddas, A. (2017). Systematic review of quality of life and functional outcomes in randomized placebo-controlled studies of medications for attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *26*(11), 1283-1307. doi:10.1007/s00787-017-0986-y
- Coles, E., Pelham, W., Fabiano, G., Gnagy, E., Burrows-MacLean, L., Wymbs, B., Chacko, A., Walker, K., Wymbs, F., Mazzant, J.R., Garefino, A., Hoffman, M., Massetti, G., Page, T., Waschbusch, D., Waxmonsky, J. y

Pelham, W. (2019). Randomized trial of first-line behavioral intervention to reduce need for medication in children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 48*(5), 1-15
Advance online publication. doi:10.1080/15374416.2019.1630835

Colman, W. (1992). Maintaining autonomy: the struggle between occupational therapy and physical medicine. *American Journal of Occupational Therapy, 46*(1), 63-70. doi:10.5014/ajot.46.1.63

Connor, L.T. y Maeir, A. (2011). Putting executive performance in a theoretical context. *Occupation, Participation and Health, 31*(1), S3-S7. doi:10.3928/15394492-20101108-02

Cooper, M., Eyre, O., Langley, K. y Thapar, A. (2013). Practitioner Review: What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*(1), 3-16.

Cordeiro, M.L., Farias, A.C., Cunha, A., Benko, C.R., Farias, L.G., Costa, M.T., Martins, L.F. y McCracken, J.T. (2010). Co-Occurrence of ADHD and High IQ. *Journal of Attention Disorders, 15*(6), 485-490. doi:10.1177/1087054710370569

Cordier, R., Bundy, A., Hocking, C. y Einfeld, S. (2009). A model for play-based intervention for children with ADHD. *Australian Occupational Therapy Journal, 56*, 332-340. doi:10.1111/j.1440-1630.2009.00796.x

Cordier, R., Bundy, A., Hocking, C. y Einfeld, S. (2010). Playing with a child with ADHD: A focus on the playmates. *Scandinavian Journal of*

Occupational Therapy, 17, 191–199.
doi:10.1080/11038120903156619

Cordier, R., Chen, Y.W., Speyer, R., Totino, R., Doma, K., Leicht, A., Brown, N. y Cuomo, B. (2016). Child-Report Measures of Occupational Performance: A Systematic Review. *PloS one*, 11(1), e0147751. doi:10.1371/journal.pone.0147751

Córdoba, A.L., Gómez, B.J. y Verdugo, A.M. (2008). Family Quality of Life of People with Disability: A Comparative Analyses. *Universitas Psychologica*, 7(2), 369-383.

Cordoba-Andrade, L., Gomez-Benito, J. y Verdugo-Alonso, M.A. (2008). Family quality of life of people with a disability: a comparative analysis. *Universitas Psychologica*, 7, 369–83.

Córdova, A.L. y Verdugo, A.M. (2003). Aproximación a la calidad de vida de familiares de niños con TDAH: un enfoque cualitativo. *Siglo Cero*, 34(208), 19-33.

Cornejo, J.W., Osío, O., Sánchez, Y., Carrizosa, J., Sánchez, G., Grisales, H., Castillo-Parra, H. y Holguín, J. (2005). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in Colombian children and teenagers. *Revista De Neurología*, 40(12), 716-22.

Cornell, H., Ting-Lin, T. y Anderson, J. (2018). A systematic review of play-based interventions for students with ADHD: Implications for school-based occupational therapists. *Journal of Occupational*

Therapy, Schools, & Early Intervention, 11(2), 192-211.
doi:10.1080/19411243.2018.1432446

Corral, S., Arribas, D., Santamaría, P., Sueiro, M.J. y Pereña, J. (2005). *Escala de inteligencia de Wechsler para niños*. Madrid: TEA Ediciones.

Cortese, S. (2010). Review: ADHD impairs quality of life, but children and young people with ADHD perceive less impairment than parents. *Evidence-based mental health*, 13(3), 76. doi:10.1136/ebmh.13.3.76

Cortese, S. y Tessari, L. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Obesity: Update 2016. *Current Psychiatry Reports*, 1(4), 19. doi:10.1007/s11920-017-0754-1

Cortese, S., Adamo, N., Mohr-Jensen, C., Hayes, A. J., Bhatti, S., Carucci, S. ... y Coghill, D. (2017). Comparative efficacy and tolerability of pharmacological interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder in children, adolescents and adults: protocol for a systematic review and network meta-analysis. *BMJ Open*, 7(1), e013967. doi:10.1136/bmjopen-2016-013967

Cramm, H., Krupa, T., Missiuna, C., Lysaght, R. y Parker, K. (2013). Executive functioning: A scoping review of the occupational therapy literature. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 80(3), 131-140. doi:10.1177/0008417413496060

Creek, J. (2008). *Occupational Therapy and Mental Health*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Curry, A.E., Yerys, B.E., Metzger, K.B., Carey, M.E., y Power, T.J. (2019). Traffic Crashes, Violations, and Suspensions Among Young Drivers With ADHD. *Pediatrics*, *143*(6), e20182305. doi:10.1542/peds.2018-2305

Cussen, A., Sciberras, E., Ukoumunne, O.C. y Efron, D. (2012). Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. *European Journal of Pediatrics*, *171*, 271–280. doi:10.1007/s00431-011-1524-4

Cuvo, A. (1999). Behavior modification: what it is and how to do it: a review of Martin and Pear's 6th edition. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *32*(4), 535–537. doi:10.1901/jaba.1999.32-535

Dalsgaard, S., Nielsen, H.S. y Simonsen, M. (2014). Consequences of ADHD medication use for children's outcomes. *Journal of Health Economics*, *37*, 137-151. doi:10.1016/j.jhealeco.2014.05.005

Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E.J.S., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner, M., Hollis, C., Santosh, P., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H.C., Taylor, E., Zuddas, A. y Coghill D. (2010). The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *19*(2), 83-105. doi:10.1007/s00787-009-0046-3

de las Heras, C.G, Romero, D. y Abelenda, J. (2006). Manual del Usuario de la Autoevaluación Ocupacional para Niños (COSA) versión 2.1. En J. K. Keller, *The Model of Human Occupation Clearinghouse*. Chicago: University of Illinois at Chicago.

de Mello, C.B. (2013). Neuroimaging and Neuropsychological Analyses in a Sample of Children with ADHD-inattentive subtype. *Clinical Neuropsychiatry*, 10(2).

De Ridder, T., Bruffearts, R., Danckaerts, M., Bonnewyn, A. y Demyttenaere, K. (2008). The prevalence of ADHD in the Belgian general adult population: an epidemiological explanatory study. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 50(8), 499-508.

Deb, S., Dhaliwal, A.J. y Roy, M. (2008). The usefulness of Conners' Rating Scales-Revised in screening for attention deficit hyperactivity disorder in children with intellectual disabilities and borderline intelligence. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(11), 950-65. doi:10.1111/j.1365-2788.2007.01035.x

Dey, M., Paz Castro, R., Haug, S. y Schaub, M.P. (2019). Quality of life of parents of mentally-ill children: A systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(5), 563-577. doi:10.1017/S2045796018000409

Dickerson, A.E. y Oakley, F. (1995). Comparing the roles of community-living persons and patient populations. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 49(3), 221-228.

Diener, M.B. y Milich, R. (1997). Effects of positive feedback on the social interactions of boys with attention deficit hyperactivity disorder: a

test of the self-protective hypothesis. *Clinical Child Psychology*, 26(3), 256-65. doi:10.1207/s15374424jccp2603_4

Dirks, H., Scherbaum, N., Kis, B., y Mette, C. (2017). ADHS im Erwachsenenalter und substanzbezogene Störungen – Prävalenz, Diagnostik und integrierte Behandlungskonzepte [ADHD in Adults and Comorbid Substance Use Disorder: Prevalence, Clinical Diagnostics and Integrated Therapy]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 85(6), 336–344. doi:10.1055/s-0043-100763

Dolgun, G., Savas, S. y Yazgan, Y. (2005). Development of the quality of life scale in children of the age group of 8-12 attention deficit/hyperactivity disorder (AD/HD-QOLS). *Journal of Research in Nursing*, 1(2), 39-52.

Donfrancesco, R., Marano, A., Calderoni, D., Mugnaini, D., Thomas, F., Di Trani, M., Innocenzi, M. y Vitiello, B. (2015). Prevalence of severe ADHD: An epidemiological study in the Italian regions of Tuscany and Latium. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(6), 525-33. doi:10.1017/S2045796014000523

DuPaul, G. y Evans, S. (2008). School-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder. *Adolescent medicine: State of the art reviews*, 19(2), 300-12.

Early, M.B. (2009). *Mental Health Concepts and Techniques for the Occupational Therapy Assistant* (4 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Elemam, M.E., Abdelmaksoud, A.A. y Abo-Elabbs, M.M. (2020). Effect of Parenting Style on Severity of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder among Children Attending Al-Azhar University Hospital, New Damietta. *International Journal of Medical Arts*, 2(1), 211-216. doi:10.21608/IJMA.2019.19845.1045

Emeh, C. y Mikami, Y. (2012). The Influence of Parent Behaviors on Positive Illusory Bias in Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 18(5), 456–465. doi:10.1177/1087054712441831

Escobar, R., Schacht, A., Wehmeier, P.M. y Wagner, T. (2010). Quality of life and attention-deficit/hyperactivity disorder core symptoms: A pooled analysis of 5 non-US atomoxetine clinical trials. *Journal of clinical psychopharmacology*, 30(2), 145-51. doi:10.1097/JCP.0b013e3181d21763

Espina, A., Fernández, E. y Pumar, B. (2001). El clima familiar en hogares con niños con trastornos del habla y del lenguaje. *Psiquis*, 22(1), 29-37.

Evans, S., Langberg, J., Egan, T. y Molitor, S. (2014). Middle School-based and High School-based Interventions for Adolescents with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(4), 699-715. doi:10.1016/j.chc.2014.05.004

Faraone, S.V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J.K., Ramos-Quiroga, J.A. Rohde, L.A., Sonuga-Barke, E.J., Tannock, R. y

Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, 15020. doi:10.1038/nrdp.2015.20

Faraone, S.V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M.A., Newcorn, J.H., Gignac, M., Al Saud, N.M., Manor, I., Rohde, L.A., Yang, L., et al.,. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based Conclusions about the Disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. doi:10.1016/j.neubiorev.2021.01.022

Faraone, S.V., Bonvicini, C. y Scassellati, C. (2014). Biomarkers in the diagnosis of ADHD--promising directions. *Current Psychiatry Reports*, 16(11), 497. doi:10.1007/s11920-014-0497-1

Faraone, S.V., DeSousa, N.J., Komolova, M., Sallee, F.R., Incledon, B. y Wilens, T.E. (2019). Functional Impairment in Youth With ADHD: Normative Data and Norm-Referenced Cutoff Points for the Before School Functioning Questionnaire and the Parent Rating of Evening and Morning Behavior Scale, Revised. *The Journal of clinical psychiatry*, 81(1), 19m12956. doi:10.4088/JCP.19m12956

Faraone, S.V., Sergeant, J., Gillberg, C. y Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, 2(2), 104–113.

Farré-Riba, A. y Narbona, J. (1997). Conners' rating scales in the assessment of attention deficit disorder with hyperactivity (ADHD). A new

validation and factor analysis in Spanish children. *Revista de neurología*, 25(138), 200-4.

Fergusson, D.M., Lynskey, M.T. y Horwood, L.J. (1993). The effect of maternal depression on maternal ratings of child behaviour. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21(3), 245-69. doi:10.1007/BF00917534

Fernandez, M., Gold, D., Hirsch, E. y Miller, S. (2014). From the Clinics to the Classrooms: A Review of Teacher-Child Interaction Training in Primary, Secondary, and Tertiary Prevention Settings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(2).

Fischer, M., Barkley, R.A., Smallish, L. y Fletcher, K. (2005). Executive functioning in hyperactive children as young adults: attention, inhibition, response perseveration, and the impact of comorbidity. *Developmental Neuropsychology*, 27(1), 107-33. doi:10.1207/s15326942dn2701_5

Fisher, A. (2003). Why is it so hard to practise as an occupational therapist? *Journal of Occupational Therapy Australia*, 50(3), 193-4. doi:10.1111/j.1440-1630.2003.00419.x

Flouri, E., Midouhas, E., Ruddy, A. y Moulton, V. (2017). The role of socio-economic disadvantage in the development of comorbid emotional and conduct problems in children with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(6), 723-732. doi:10.1007/s00787-017-0940-z

- Foley, M. (2011). A comparison of family adversity and family dysfunction in families of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and families of children without ADHD. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16, 39-49. doi:10.1111/j.1744-6155.2010.00269.x
- Frampton, J.E. (2018). Lisdexamfetamine Dimesylate: A Review in Paediatric ADHD. *Drugs*, 78(10), 1025-1036. doi:10.1007/s40265-018-0936-0
- Franke, B., Faraone, S.V., Asherson, P., Buitelaar, J., Bau, C.H., Ramos-Quiroga, J.A., Mick, E., Grevet, E.H., Johansson, S., Haavik, J., Lesch, K.P., Cormand, B. y Reif, A. (2012). The genetics of attention deficit/hyperactivity disorder in adults, a review. *Molecular Psychiatry*, 17, 960–987. doi:10.1038/mp.2011.138
- Freire, P. (2012). *Pedagogía de la autonomía*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- Frisch, C., Rosenblum, S. y Tirosh, E. (2020b). Parental Occupational Executive Training: Feasibility and Parental Perceptions. *OTJR: Occupation, participation and health*, 40(3), 203–210. doi:10.1177/1539449220912191
- Frisch, C., Tirosh, E. y Rosenblum, S. (2020a). Parental Occupation Executive Training (POET): An Efficient Innovative Intervention for Young Children with Attention Deficit Hyperactive Disorder. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 40(1), 47–61. doi:10.1080/01942638.2019.1640336

- Froehlich, T.E., Epstein, J.N., Nick, T.G., Melguizo, M.S., Stein, M.A., Brinkman, W.B. ... y Kahn, R.S. (2011). Pharmacogenetic Predictors of Methylphenidate Dose-Response in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(11), 1129–1139.e2. doi:10.1016/j.jaac.2011.08.002
- Froehlich, T.E., McGough, J.J. y Stein, M.A. (2010). Progress and Promise of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Pharmacogenetics. *CNS Drugs*, 24(2), 99-117. doi:10.2165/11530290-000000000-00000
- Gajria, K., Lu, M., Sikirica, V., Greven, P., Zhong, Y., Qin, P. y Xie, J. (2014). Adherence, persistence, and medication discontinuation in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder – a systematic literature review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1543–1569. doi:10.2147/NDT.S65721
- Gallego-Méndez, J., Perez-Gomez, J., Calzada-Rodríguez, J.I., Denche-Zamorano, A.M., Mendoza-Muñoz, M., Carlos-Vivas, J., Garcia-Gordillo, M.A. y Adsuar, J.C. (2020). Relationship between Health-Related Quality of Life and Physical Activity in Children with Hyperactivity. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2804. doi:10.3390/ijerph17082804
- Galloway, H. y Newman, E. (2017). Is there a difference between child self-ratings and parent proxy-ratings of the quality of life of children with a diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)? A systematic review of the literature. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 9, 11-29. doi:10.1007/s12402-016-0210-9

- Gantschnig, B.E., Page, J. y Fisher, A.G. (2012). Cross-Regional Validity of the Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) for Use in Middle Europe. *Journal of Rehabilitation Medicine. Journal of Rehabilitation Medicine*, 44, 151-157. doi:10.2340/16501977-0915
- García, P.M. y Magaz, L.A. (2011). *Escalas Magallanes de Detección de Déficit de Atención: EMA-DDA*. Grupo Albor-COH5.
- García, P.R., Loro, L.M. y Quintero, J. (2010). Comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad: importancia de su diagnóstico. En J. C. Quintero, *Características clínicas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia* (págs. 215-250). Barcelona: Elsevier Masson.
- Gawrilow, C., Kühnhausen, J., Schmid, J. y Stadler, G. (2014). Hyperactivity and Motoric Activity in ADHD: Characterization, Assessment, and Intervention. *Frontiers in Psychiatry*, 5(171). doi:10.3389/fpsy.2014.00171
- Gelfand, D.M. y Hartmann, D.P. (2008). *Child behavior analysis and therapy*. Michigan: Pergamon Press.
- Gerber, M. y Solari, E. (2005). Teaching Effort and the Future of Cognitive-Behavioral Interventions. *Behavioral Disorders*, 30(3), 289-299. doi:10.1177/019874290503000301
- Gharebaghy, S., Rassafiani, M. y Cameron, D. (2015). Effect of Cognitive Intervention on Children with ADHD. *Physical & Occupational*

Therapy In Pediatrics, 35(1), 13-23.
doi:10.3109/01942638.2014.957428

Gizer, I.R., Ficks, C. y Waldman, I.D. (2009). Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Human Genetics*, 126(1), 51-90.
doi:10.1007/s00439-009-0694-x

Gol, D. y Jarus, T. (2005). Effect of a social skills training group on everyday activities of children with attention-deficit-hyperactivity disorder. *Developmental medicine and child neurology*, 47(8), 539-545.
doi:10.1017/s0012162205001052

Goldstein, L.H., Harvey, E.A., Friedman-Weieneth, J.L., Pierce, C., Tellert, A. y Sippel, J.C. (2007). Examining subtypes of behavior problem among 3-years-old children part II: Investigating differences in parent psychopathology, couple conflict, and other family stressors. *Journal of Abnormal Psychology*, 35(1), 111-123. doi:10.1007/s10802-006-9088-x

Gómez, C., Sánchez, J.J., García, F.J. y Segovia, J.M. (2017). Morbidity in ≤ 1500 -Gram Births in Spain, 1993-2011: Study of a Sample of 1200 Cases. *Global Pediatric Health*, 4, 1-7.
doi:10.1177/2333794X17733372

Gomez-Sanchez, C.I., Carballo, J.J., Riveiro-Alvarez, R., Soto-Insuga, V., Rodrigo, M., Mahillo-Fernandez, I. ... y Ayuso, C. (2017). Pharmacogenetics of methylphenidate in childhood attention-

deficit/hyperactivity disorder: long-term effects. *Scientific Reports*, 7(1), 10391. doi:10.1038/s41598-017-10912-y

Gray, J. (1998). Putting Occupation Into Practice: Occupation as Ends, Occupation as Means. *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 354-364. doi:10.5014/ajot.52.5.354

Greenblatt, E., Mattis, S. y Trad, P.V. (1991). The ACID pattern and the freedom from distractibility factor in a child psychiatric population. *Developmental Neuropsychology*. *Developmental Neuropsychology*, 7(2), 121-130.

Greenhill, L.L., Biederman, J., Boellner, S.W., Ruginio, T.A., Sangal, R.B., Earl, C.Q., Jiang, J.G. y Swanson, J.M. (2006). A randomized, double-blind, placebo-controlled study of modafinil film-coated tablets in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(5), 503-11. doi:10.1097/01.chi.0000205709.63571.c9

Gresham, F.M., Lane, K.L., MacMillan, D.L., Bocian, K.M. y Ward, S.L. (2000). Effects of positive and negative illusory biases: Comparisons across social and academic self-concept domains. *Journal of School Psychology* *Psychology*, 38(2), 151-75. doi:10.1016/S0022-4405(99)00042-4

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con*

Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS N° 2007/18.

Gu, M., Cheng, Q., Wang, X., Yuan, F., Sam, N. B., Pan, H., Li, B. y Ye, D. (2019). The impact of SLE on health-related quality of life assessed with SF-36: A systemic review and meta-analysis. *Lupus*, 28(3), 371-382. doi: 10.1177/0961203319828519

Guerrero, R. (2016). Evolución histórica y mitos sobre el TDAH. En R. Guerrero, *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. (págs. 37-44). Madrid: Planeta.

Guerro-Prado, D., Mardomingo-Sanz, L.M., Ortiz-Guerra, J.J., García-García, P. y Soler-López, B. (2015). Evolución del estrés familiar en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anales de Pediatría (Barcelona, Spain)*, 83(5), 328-335. doi:10.1016/j.anpedi.2014.12.004

Gundel, L.K., Pedersen, C.B., Munk-Olsen, T. y Dalsgaard, S. (2017). Longitudinal association between mental disorders in childhood and subsequent depression. A nationwide prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 227, 56-64. doi:10.1016/j.jad.2017.10.023

- Gureasko-Moore, S., DuPaul, G. y White, G. (2007). Self-Management of Classroom Preparedness and Homework: Effects on School Functioning of Adolescent with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *School Psychology Review*, 36(4), 647-664.
- Haenlein, M. y Caul, W.F. (1987). Attention deficit disorder with hyperactivity: A specific hypothesis of reward dysfunction. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 356-362. doi:10.1097/00004583-198705000-00014
- Hahn-Markowitz, J., Berger, I., Manor, I. y Maeir, A. (2016). Efficacy of Cognitive-Functional (Cog-Fun) Occupational Therapy Intervention Among Children With ADHD: An RCT. *Journal of Attention Disorders*, 24(5), 655-666. doi:10.1177/1087054716666955
- Hahn-Markowitz, J., Berger, I., Manor, I. y Maeir, A. (2017). Impact of the Cognitive-Functional (Cog-Fun) Intervention on Executive Functions and Participation Among Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 7105220010p1-7105220010p9. doi:10.5014/ajot.2017.022053
- Hahn-Markowitz, J., Berger, I., Manor, I. y Maeir, A. (2018). Cognitive-Functional (Cog-Fun) Dyadic Intervention for Children with ADHD and Their Parents: Impact on Parenting Self-Efficacy. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 38(4), 444-456. doi:10.1080/01942638.2018.1441939

- Hahn-Markowitz, J., Manor, I. y Maeir, A. (2011). Effectiveness of cognitive-functional (Cog-Fun) intervention with children with attention deficit hyperactivity disorder: A pilot study. *American Journal of Occupational Therapy*, *65*, 384–392. doi:10.5014/ajot.2011.000901
- Halperin, J.M., Bédard, A.C., y Curchack-Lichtin, J.T. (2012). Preventive Interventions for ADHD: A Neurodevelopmental Perspective. *Neurotherapeutics*, *9*, 531–541. doi:10.1007/s13311-012-0123-z
- Harty, S.C., Galanopoulos, S., Newcorn, J.H., y Halperin, J.M. (2013). Delinquency, aggression, and attention-related problem behaviors differentially predict adolescent substance use in individuals diagnosed with ADHD. *The American Journal on Addictions*, *22*(6), 543–550. doi:10.1111/j.1521-0391.2013.12015.x
- Hassan, A. M., Al-Haidar, F., Al-Alim, F. y Al-Hag, O. (2009). A screening tool for attention deficit hyperactivity disorder in children in Saudi Arabia. *Annals of Saudi Medicine*, *29*(4), 294-298. doi:10.4103/0256-4947.55321
- Hawthorne, G., Richardson, J. y Osborne, R. (1999). The Assessment of Quality of Life (AQoL) instrument: a psychometric measure of health-related quality of life. *Quality of Life Research*, *8*(3), 209-224. doi:10.1023/a:1008815005736
- Hayase, D., Mosenteen, D., Thimmaiah, D., Zemke, S., Adler, K. y Fisher, A.G. (2004). Age-related changes in activities of daily living ability.

Journal of Occupational Therapy Australia, 51, 192-198.
doi:10.1111/j.1440-1630.2004.00425.x

Hermosillo, R.J., Mooney, M.A., Fezcko, E., Earl, E., Marr, M., Sturgeon, D., Perrone, A., Dominguez, O.M., Faraone, S.V., Wilmot, B., Nigg, J.T. y Fair, D.A. (2020). Polygenic Risk Score-Derived Subcortical Connectivity Mediates Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnosis. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 5(3), 330-341. doi:10.1016/j.bpsc.2019.11.014

Hernández, S., Díaz, A., Jiménez, J.E., Martín, R., Rodríguez, C. y García, E. (2012). Datos normativos para el test de Span Visual: Estudio evolutivo de la memoria de trabajo visual y la memoria de trabajo verbal. *European Journal of Education and Psychology*, 5(1), 65-77. doi:10.1989/ejep.v5i1.91

Hinojosa, J. y Kramer, P. (1997). Statement-fundamental concepts of occupational therapy: Occupation, purposeful activity and function. *American Journal of Occupational Therapy*, 51(10), 864-6. doi:10.5014/ajot.51.10.864

Hong, J., Dilla, T. y Arellano, J. (2009). A modelled economic evaluation comparing atomoxetine with methylphenidate in the treatment of children with attention-deficit/hyperactivity disorder in Spain. *BMC Psychiatry*, 9(15). doi:10.1186/1471-244X-9-15

Hosainzadeh-Maleki, Z., Mashhadi, A., Soltanifar, A., Moharreri, F. y Ghanaei Ghamanabad, A. (2014). Barkley's Parent Training Program,

Working Memory Training and their Combination for Children with ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry*, 9(2), 47-54.

Hoseinzadeh-Maleki, Z., Rasoolzadeh-Tabatabaei, K., Mashhadi, A. y Moharreri, F. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder in preschool age: Lived experiences of mothers. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 6(1), 265-275.

Houck, G., Kendall, J., Miller, A., Morrell, P. y Wiebe, G. (2011). Self-concept in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of pediatric nursing*, 26(3), 239–247. doi:10.1016/j.pedn.2010.02.004

Hoza, B., Vaughn, A., Waschbusch, D. A., Murray-Close, D. y McCabe, G. (2012). Can children with ADHD be motivated to reduce bias in self-reports of competence? *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(2), 245–254. doi:10.1037/a0027299

Hughes, J.N. (1888). *Cognitive behavioral therapy with children in schools*. New York: Pergamon Press.

Humphry, R. (2002). Young children's occupations: Explicating the dynamics of developmental processes. *American Journal of Occupational Therapy*, 56(2), 171-79. doi:10.5014/ajot.56.2.171

Hutton, A.M. y Caron, S.L. (2005). Experiences of families with children with autism in rural New England. *Focus on Autism and Other*

Developmental Disabilities, 20, 180-189.
doi:10.1177/10883576050200030601

Ikiugu, M.N. (2010). Analyzing and Critiquing Occupational Therapy Practice Models Using Mosey's Extrapolation Method. *Occupational Therapy in Health Care*, 24(3), 193-205.
doi:10.3109/07380570903521641

Indredavik, M.S., Vik, T., Evensen, K.A., Skranes, J., Taraldsen, G. y Brubakk, A.M. (2010). Perinatal risk and psychiatric outcome in adolescents born preterm with very low birth weight or term small for gestational age. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 31(4), 286-94. doi:10.1097/DBP.0b013e3181d7b1d3

Injoque-Ricle, I. y Burin, D.I. (2008). Validez y fiabilidad de la prueba Torre de Londres. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 11, 31-31.

James, S., Ziviani, J. y Boyd, R. (2014). A systematic review of activities of daily living measures for children and adolescents with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 233-44.
doi:10.1111/dmcn.12226

Jensen, P.S., Hinshaw, S.P., Kraemer, H.C., Lenora, N., Newcorn, J.H. ... Pelham, W.E., Severe, J.B., Swanson, J.M., Wells, K.C., Wigal, T., y Vitiello, B. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(2), 147-58.
doi:10.1097/00004583-200102000-00009

Jensen, P.S., Hinshaw, S.P., Swanson, J.M., Greenhill, L.L., Conners, C.K., Arnold, L.E., Abikoff, H.B., Elliott, G., Hechtman, L., Hoza, B., March, J.S., Newcorn, J.H., Severe, J.B., Vitiello, B., Wells, K. y Wigal, T. (2001). Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): Implications and applications for primary care providers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 22*(1), 60-73. doi:10.1097/00004703-200102000-00008

Johnston, C. y Mash, E.J. (2001). Families of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and Recommendations for Future Research. *Clinical Child and Family Psychology Review, 4*(3), 183-207. doi:10.1023/a:1017592030434

Joseph, A., Ayyagari, R., Xie, M., Cai, S., Xie, J., Huss, M. y Sikirica, V. (2017). Comparative efficacy and safety of attention-deficit/hyperactivity disorder pharmacotherapies, including guanfacine extended release: a mixed treatment comparison. *European Child and Adolescent Psychiatry, 26*(8), 875-897. doi:10.1007/s00787-017-0962-6

Josman, N. y Meyer, S. (2019). Conceptualisation and use of executive functions in paediatrics: A scoping review of occupational therapy literature. *Australian Occupational Therapy Journal, 66*(1), 77-90. doi:10.1111/1440-1630.12525

Kaiser, N.M., Hoza, B., Pelham, W.E., Gnagy, E. y Greiner, A.R. (2008). ADHD status and degree of positive illusions: Moderational and mediational relations with actual behavior. *Journal of Attention Disorders, 12*(3), 227-38. doi:10.1177/1087054707311661

- Kamradt, J.M., Ullsperger, M. y Nikolas, M.A. (2014). Executive function assessment and adult attention-deficit/hyperactivity disorder: Tasks versus ratings on the Barkley deficits in executive functioning scale. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 26(4), 1095-105. doi:10.1037/pas0000006
- Karimirad, M., Noghani, F., Oghli, O., Noorian, S. y Amini, E. (2019). Quality of Life in the Mothers of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder and its Effective Factors. *International Journal of Epidemiologic Research*, 6(4), 158-163. doi:10.15171/ijer.2019.28
- Kashdan, T.B., Jacob, R.G., Pelham, W.E., Lang, A.R., Hoza, B., Blumenthal, J.D. y Gnagy, E.M. (2004). Depression and anxiety in parents of children with ADHD and varying levels of oppositional defiant behaviors: Modeling relationships with family functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 169–181. doi:10.1207/S15374424JCCP3301_16
- Katzman, M.A., Bilkey, T.S., Chokka, P.R., Fallu, A. y Klassen, L.J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*, 302. doi:10.1186/s12888-017-1463-3
- Kazdin, A.E. (2005). Evidence-based assessment for children and adolescents: Issues in measurement development and clinical application. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34(3), 548-58. doi:10.1207/s15374424jccp3403_10

Kazdin, A.E. (2012). *Behavior Modification in Applied Settings* (7 ed.). Illinois: Waveland Press.

Kielhofner, G. (2002). *Modelo de ocupación humana. Teoría y aplicación*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Kielhofner, G. (2009). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy* (3 ed.). Philadelphia: Davis Company.

Kielhofner, G., Forsyth, K., Kramer, J.M., Melton, J. y Bobson, E. (2009). El modelo de la ocupación humana. En C. C. Blesedell, *Willard & Spackman. Terapia Ocupacional* (Vol. 11^a, págs. 446-461). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Kim, E., Song, D.H., Kim, N.W., Sohn, I.J. y Cheon, K.A. (2017). The Relationship between the *SNAP-25* Polymorphism and Omission Errors in Korean Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, *31*(15), 222-228. doi:10.9758/cpn.2017.15.3.222

Kim, J.W., Sharma, V. y Ryan, N.D. (2015). Predicting Methylphenidate Response in ADHD Using Machine Learning Approaches. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, *18*(1), pyv052. doi:10.1093/ijnp/pyv052

Kin, K., Yasuhara, T., Tomita, Y., Umakoshi, M., Morimoto, J. y Date, I. (2019). SF-36 scores predict postoperative delirium after surgery for cervical

spondylotic myelopathy. *Journal of neurosurgery. Spine*, 1(6), Advance online publication. doi:10.3171/2018.11.SPINE181031

Kirkland, A.E., Langan, M.T., y Holton, K.F. (2020). Artificial food coloring affects EEG power and ADHD symptoms in college students with ADHD: a pilot study. *Nutritional neuroscience*, 1-10, Advance online publication. doi:10.1080/1028415X

Klassen, A.F., Miller, A. y Fine, S. (2004). Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 114(5), 541-7. doi:10.1542/peds.2004-0844

Koumoula, A. (2012). The course of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) over the life span. *Psychiatriki*, 23(1), 49-59.

Kramer, J., Kielhofner, G. y Smith, E. (2010). Validity Evidence for the Child Occupational Self Assessment. *The American Journal of Occupational Therapy*, 64(4), 621-32. doi:10.5014/ajot.2010.0814210.5014/ajot.2010.08142

Kreider, C.M., Bendixen, R.M., Huang, Y.Y. y Lim, Y. (2014). Review of occupational therapy intervention research in the practice area of children and youth 2009-2013. *The American Journal of Occupational Therapy*, 68(2), 61-73. doi:10.5014/ajot.2014.011114

Kühler, M. y Jelinek, N. (2013). *Autonomy and the Self*. London: Springer.

- Kvist, A.P., Nielsen, H.S. y Simonsen, M. (2013). The importance of children's ADHD for parents' relationship stability and labor supply. *Social Science & Medicine*, *88*, 30-08. doi:10.1016/j.socscimed.2013.04.001
- Labrador, E.F.J. (2011). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Lachapelle, Y., Wehmeyer, M.L., Haelewyck, M.C., Courbois, Y., Keith, K.D., Schalock, R., Verdugo, M.A. y Walsh, P.N. (2005). The relationship between quality of life and selfdetermination: An international study. *Journal of Intellectual Disability Research*, *47*, 740-44.
- Landgraf, J.M. (2007). Monitoring quality of life in adults with ADHD: Reliability and validity of a new measure. *Journal of Attention Disorders*, *11*(3), 351–362. doi:10.1177/1087054707299400
- Landgraf, J.M., Rich, M. y Rappaport, L. (2002). Measuring quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and their families: development and evaluation of a new tool. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *156*(4), 384-391. doi:10.1001/archpedi.156.4.384
- Lange, K.W., Reichl, S., Lange, K.M., Tucha, L. y Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, *2*(4), 241–255. doi:10.1007/s12402-010-0045-8

- Laugesen, B. y Groenkjaer, M. (2015). Parenting experiences of living with a child with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review of qualitative evidence. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 13(11), 169–234. doi:10.11124/jbisrir-2015-2449
- Lavigne, R. y Romero, J.F. (2010). *¿Qué es?, ¿qué lo causa?, ¿cómo evaluarlo y tratarlo?* Madrid: Psicología Pirámide.
- Law, M. (2002). Participation in the Occupations of Everyday Life. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 640-649. doi:10.5014/ajot.56.6.640
- Law, M., Steinwender, S. y Leclair, L. (1998). Occupation, Health and Well-Being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 81-91. doi:10.1177/000841749806500204
- Lawrence, K., Estrada, R.D. y McCormick, J. (2017). Teachers' Experiences With and Perceptions of Students With Attention Deficit/hyperactivity Disorder. *Journal of Pediatric Nursing*, 36, 141-48. doi:10.1016/j.pedn.2017.06.010
- Leaberry, K.D., Rosen, P.J., Fogleman, N.D., Walerius, D.M. y Slaughter, K.E. (2020). Comorbid Internalizing and Externalizing Disorders Predict Liability of Negative Emotions Among Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 24(14), 1989-2001. doi:10.1177/1087054717734647

Leahy, L.G. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Historical Review (1775 to Present). *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 55(9), 10-16. doi:10.3928/02793695-20170818-08

Lecciso, F. y Colombo, B. (2019). Beyond the Cortico-Centric Models of Cognition: The Role of Subcortical Functioning in Neurodevelopmental Disorders. *Frontiers in Psychology*, 10(2809). doi:10.3389/fpsyg.2019.02809

Lehn, H., Derks, E.M., Hudziak, J.J., Heutink, P., van Beijsterveldt, T.C. y Boomsma, D.I. (2017). Attention problems and attention-deficit/hyperactivity disorder in discordant and concordant monozygotic twins: evidence of environmental mediators. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(1), 83-91. doi:10.1097/01.chi.0000242244.00174.d9

Leijten, P., Scott, S., Landau, S., Harris, V., Mann, J., Hutchings, J., Beecham, J. y Gardner, F. (2020). Individual Participant Data Meta-Analysis: Impact of Conduct Problem Severity, Comorbid Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Emotional Problems, and Maternal Depression on Parenting Program Effects. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(8), 933-943. doi:doi.org/10.1016/j.jaac.2020.01.023

Levanon-Erez, N., Kampf-Sherf, O. y Maeir, A. (2019). Occupational therapy metacognitive intervention for adolescents with ADHD: Teen Cognitive-Functional (Cog-Fun) feasibility study. *British Journal of*

Occupational Therapy, 82(10), 618–629.
doi:10.1177/0308022619860978

López, P.B., Castellanos O.M.C. y Viana, M.I. (2008). *Terapia Ocupacional en la Infancia. Teoría y práctica*. Madrid: Medica Panamericana.

López-Villalobos, J.A., Serrano-Pintado, I., Andrés De Llano, J.M., Delgado, S.J., Alberola-López, S. y Sánchez-Azón, M.I. (2010). Utilidad del test de Stroop en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista De Neurología*, 50, 333-40. doi:10.33588/rn.5006.2009418

Luria, A.R. (1986). *Lenguaje y pensamiento*. Barcelona: Martínez Roca.

Maciá, D.A. (2012). *TDAH en la infancia y la adolescencia: Concepto, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide Psicología.

Maeir, A., Fisher, O., Bar-Ilan, R.T., Boas, N., Berger, I. y Landau, Y.E. (2014). Effectiveness of Cognitive-Functional (Cog-Fun) occupational therapy intervention for young children with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(3), 260-7. doi:10.5014/ajot.2014.011700

Mannuzza, S., Klein, R.G. y Moulton, J.L. (2008). Lifetime criminality among boys with attention deficit hyperactivity disorder: A prospective follow-up study into adulthood using official arrest records. *Psychiatry Research*, 160(3), 237-46. doi:10.1016/j.psychres.2007.11.003

- Martin, C.P., Shoulberg, E.K., Hoza, B., Vaughn, A. y Waschbusch, D.A. (2020). Factors Relating to the Presence and Modifiability of Self-Perceptual Bias Among Children with ADHD. *Child Psychiatry & Human Development*, 51(2), 281-293. doi:10.1007/s10578-019-00929-x
- Martinez-Raga, J., Ferreros, A., Knecht, C., de Alvaro, R. y Carabal, E. (2017). Attention-deficit hyperactivity disorder medication use: factors involved in prescribing, safety aspects and outcomes. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 8(3), 87-99. doi:10.1177/2042098616679636
- Maskill, L. y Tempest, S. (2017). *Neuropsychology for Occupational Therapists: Cognition in Occupational Performance* (4 ed.). United Kingdom: Wiley.
- Matcham, F., Scott, I.C., Rayner, L., Hotopf, M., Kingsley, G.H., Norton, S., Scott, D.L. y Steer, S. (2014). The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36: a systematic review and meta-analysis. *Seminars in arthritis and rheumatism*, 44(2), 123-130. doi:10.1016/j.semarthrit.2014.05.001
- Matthews, M., Nigg, J.T. y Fair, D.A. (2014). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 16, 235-266. doi:10.1007/7854_2013_249
- Matza, L.S., Rentz, A.M., Secnik, K., Swensen, A.R., Revicki, D.A., Michelson, D., Spencer, T., Newcorn, J.H. y Kratochvil, C.J. (2004). The link

between health-related quality of life and clinical symptoms among children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 25(3), 166-174. doi:10.1097/00004703-200406000-00005

Matza, L.S., Secnik, K., Mannix, S. y Sallee, F.R. (2005). Parent-proxy EQ-5D ratings of children with attention-deficit hyperactivity disorder in the US and the UK. *Pharmacoeconomics*, 23(8), 777-90. doi:10.2165/00019053-200523080-00004

Mayer, G.R. (1995). Preventing antisocial behavior in the schools. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 28(4), 467-478. doi:10.1901/jaba.1995.28-467

McCabe, S.E., Veliz, P., Wilens, T.E. y Schulenberg, J.E. (2017). Adolescents' Prescription Stimulant Use and Adult Functional Outcomes: A National Prospective Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(3), 226-233.e4. doi:10.1016/j.jaac.2016.12.008

McQuade, J.D., Hoza, B., Waschbusch, D.A., Murray-Close, D. y Owens, J.S. (2011). Changes in self-perceptions in children with ADHD: a longitudinal study of depressive symptoms and attributional style. *Behavior therapy*, 42(2), 170-182. doi:10.1016/j.beth.2010.05.003

Meinzer, M.C., LeMoine, K.A., Howard, A.L., Stehli, A., Arnold, L.E., Hechtman, L., Hinshaw, S.P., Molina, B., Murray, D.W., Sibley, M.H., Swanson, J.M., Tamm, L., y Chronis-Tuscano, A. (2020). Childhood

ADHD and Involvement in Early Pregnancy: Mechanisms of Risk. *Journal of Attention Disorders*, 24(14), 1955–1965. doi:10.1177/1087054717730610

Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R. y Ford, T. (2003). Mental health of children and adolescents in Great Britain. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2), 185-7. doi:10.1080/0954026021000046155

Meyers, D. (1989). *Self, Society and Personal Choice*. New York: Columbia University Press.

Middeldorp, C.M., Hammerschlag, A.R., Ouwens, K.G., Groen-Blokhuis, M.M., Pourcain, B.S., Greven, C.U. ... y Boomsma, D.I. (2016). A genome-wide association meta-analysis of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in population-based paediatric cohorts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(10), 896-905. doi:10.1016/j.jaac.2016.05.025

Miller, M., Iosif, A.M., Bell, L.J., Farquhar-Leicester, A., Hatch, B., Hill, A., Hill, M., Solis, E., Young, G. y Ozonoff, S. (2020). Can Familial Risk for ADHD Be Detected in the First Two Years of Life? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 53, 1-13 [Epub ahead of print]. doi:10.1080/15374416.2019.1709196

Minatoya, M., Araki, A., Itoh, S., Yamazaki, K., Kobayashi, S., Miyashita, C., Sasaki, S. y Kishi, R. (2019). Prenatal tobacco exposure and ADHD symptoms at pre-school age: The Hokkaido Study on Environment

and Children's Health. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 24(1), 74. doi:10.1186/s12199-019-0834-4

Miranda, A. (2011). *Manual Práctico de TDAH*. Madrid: Síntesis.

Miranda, A., Arlandis, M. y Soriano, M. (1997). Instruction in strategies and attributional training: Effects on the problem-solving and self-concept of students' with learning disabilities. *Infancia y Aprendizaje*, 37-52. doi:10.1174/021037097761396153

Miranda-Casas, A., Presentacion-Herrero, M.J., Colomer-Diago, C. y Roselló, B. (2011). Satisfacción con la vida de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estudio de posibles factores de riesgo y de protección. *Revista de neurología*, 52(1), S119–S126.

Missiuna, C. y Pollock, N. (2000). Perceived efficacy and goal setting in young children. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67(2), 101-9. doi:doi.org/10.1177/000841740006700303

Missiuna, C., Mandich, A.D., Polatajko, H.J. y Malloy-Miller, T. (2001). Cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP): Part I-theoretical foundations. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 20(2-3), 69-81. doi:10.1080/J006v20n02_05

Mlinac, M. y Feng, M. (2016). Assessment of Activities of Daily Living, Self-Care and Independence. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31(6), 506–516. doi:10.1093/arclin/acw049

Mofokeng, M. y van der Wath, A.E. (2017). Challenges experienced by parents living with a child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 29(2), 137-145. doi:10.2989/17280583.2017.1364253

Molano-Bilbao, A., Olano-Martín, D., Tejedor, H.D. y Ferrer-Alcón, M. (2009). Genética del Trastorno por Déficit de atención e hiperactividad. En J. C. Quintero, *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida* (Vol. 3ª, págs. 27-52). Barcelona: Elsevier Masson.

Molina, B.S.G., Walther, C.A.P., Cheong, J., Pedersen, S., Gnagy, E.M. y Pelham, W.E. (2014). Heavy Alcohol Use in Early Adulthood as a Function of Childhood ADHD: Developmentally-Specific Mediation by Social Impairment and Delinquency. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 22(2), 110-121. doi:10.1037/a0035656

Morrison, V. y Bennet, P. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Pearson Educación.

Moruno, M.P. y Talavera, V.M.A. (2012). *Terapia Ocupacional en salud mental*. Barcelona: Elsevier Masson.

Moruno, P. y Romero, D. (2005). *Actividades de la vida diaria*. Barcelona: Masson.

Moulin, F., Chollet, A., Ramos-Quiroga, J.A., Bouvard, M., Melchior, M. y Galéra, C. (2017). Prevalence and Psychosocial Correlates of ADHD

Symptoms in Young Adulthood: A French Population-Based Study. *Journal of Attention Disorders*, 22(2), 167–181. doi:10.1177/1087054717706758

Muñiz, C.M. y Gasper, D. (2009). Exploring Human Autonomy Effectiveness: Project Logic and its Effects on Individual Autonomy. *SSRN Electronic Journal*, DOI.10.2139/ssrn.1434343.

Muñoz, M.P., Rubilar, P., Valdés, M., Muñoz-Quezada, M.T., Gómez, A., Saavedra, M. y Iglesias, V. (2020). Attention deficit hyperactivity disorder and its association with heavy metals in children from northern Chile. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 226, 113483. doi:10.1016/j.ijheh.2020.113483

Murray, A.L., Booth, T., Eisner, M., Auyeung, B., Murray, G., y Ribeaud, D. (2019). Sex differences in ADHD trajectories across childhood and adolescence. *Developmental science*, 22(1), e12721. doi:10.1111/desc.12721

National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): The NICE guideline on diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*. London: NICE.

National Institute on Drug Abuse. (2014). *Stimulant ADHD Medications: Methylphenidate and Amphetamines*. NIDA Drug Abuse.

- Neuman, R.J., Lobos, E., Reich, W., Henderson, C.A., Sun, L.W. y Todd, R.D. (2007). Prenatal smoking exposure and dopaminergic genotypes interact to cause a severe ADHD subtype. *Biological Psychiatry*, *61*(12), 1320-8. doi:10.1016/j.biopsych.2006.08.049
- Newcorn, J.H., Nagy, P., Childress, A.C., Frick, G., Yan, B. y Pliszka, S. (2017). Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Acute Comparator Trials of Lisdexamfetamine and Extended-Release Methylphenidate in Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *CNS Drugs*, *31*(11), 999-1014. doi:10.1007/s40263-017-0468-2
- Nielsen, S.K., Kelsch, K. y Miller, K. (2017). Occupational Therapy Interventions for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. *Occupational Therapy in Mental Health*, *31*(1), 70-80. doi:10.1080/0164212X.2016.1211060
- Oerbeck, B., Overgaard, K.R., Aspenes, S.T., Pripp, A.H., Mordre, M., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T. y Zeiner, P. (2017). ADHD, comorbid disorders and psychosocial functioning: How representative is a child cohort study? Findings from a national patient registry. *BMC psychiatry*, *17*(1), 23. doi:10.1186/s12888-017-1204-7
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Manual de instrucciones de la OMS sobre la calidad de vida*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes* (10 ed.). Madrid: Medica Panamericana.
- Orjales, V.I. (2007). Cognitive treatment for children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Review and new contributions. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 3, 19-30.
- Orjales, V.I. (2011). *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE.
- Orjales, V.I. y Polaino, L.A. (2004). *Programas de intervención cognitivo-conductual en niños con déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: CEPE.
- O'Rourke, S.R., Bray, A.C. y Anastopoulos, A.D. (2017). Anxiety Symptoms and Disorders in College Students With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 24(12), 1764-1774. doi:10.1177/1087054716685837
- Ougrin, D., Chatterton, S. y Banarsee, R. (2010). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): review for primary care clinicians. *London Journal of Primary Care*, 3(1), 45-51. doi:10.1080/17571472.2010.11493296
- Owens, J.S., Goldfine, M.E., Evangelista, N.M., Hoza, B. y Kaiser, N. (2007). A critical review of self-perceptions and the positive illusory bias in children with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10, 335-351. doi:10.1007/s10567-007-0027-3

- Pahlavanzadeh, S., Mousavi, S. y Maghsoudi, J. (2018). Exploring the needs of family caregivers of children with attention deficit hyperactivity disorder: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(2), 149-54. doi:10.4103/ijnmr.IJNMR_16_17
- Panagiotidi, M., Overton, P.G. y Stafford, T. (2018). The relationship between ADHD traits and sensory sensitivity in the general population. *Comprehensive psychiatry*, 80, 179-185. doi:10.1016/j.comppsy.2017.10.008
- Pane, S., Solans, M., Gaité, L., Serra-Sutton, V., Estrada, M.D. y Rajmil, L. (2006). *Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica. Revisión sistemática de la literatura: actualización*. Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas. Barcelona: Instituto de Salud Carlos III (Red de Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios, IRYSS, G03/202).
- Parham, L.D., Clark, G., Watling, R. y Schaaf, R. (2019). Occupational Therapy Interventions for Children and Youth With Challenges in Sensory Integration and Sensory Processing: A Clinic-Based Practice Case Example. *The American journal of occupational therapy: Official publication of the American Occupational Therapy Association*, 73(1), 7301395010p1-7301395010p9. doi:10.5014/ajot.2019.731002
- Park, B.E., Lee, J.S., Kim, H.Y., Bae, J.N., Kim, W.H., Kim, H.Y., Rim, M.R., Kang, S.G. y Choi, S.H. (2019). The Influence of Depression and School Life on the Quality of Life of Korean Child and Adolescent Patients with

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Comparison of the Perspectives of the Patients and Their Caregivers. *Soa Chongsonyon Chongsin Uihak; Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(1), 2-8. doi:10.5765/jkacap.180027

Peasgood, T., Bhardwaj, A., Biggs, K., Brazier, J.E., Coghill, D., Cooper, C.L. ... y Sonuga-Barke, E.J.S. (2016). The impact of ADHD on the health and well-being of ADHD children and their siblings. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(11), 1217–1. doi:10.1007/s00787-016-0841-6

Pelham, W., Fabiano, G., Waxmonsky, J., Greiner, A., Gnagy, E., Pelham, W., Coxe, S., Verley, J., Bhatia, I., Hart, K., Karch, K., Konijnendijk, E., Tresco, K., Nahum-Shani, I. y Murphy, S. (2016). Treatment Sequencing for Childhood ADHD: A Multiple-Randomization Study of Adaptive Medication and Behavioral Interventions. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53, 45(4), 396-415.* doi:10.1080/15374416.2015.1105138

Pelham, W.E. y Altszuler, A.R. (2020). Combined Treatment for Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Brief History, the Multimodal Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Study, and the Past 20 Years of Research. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 41, S88-S98. doi:10.1097/DBP.0000000000000777

Pelham, W.E. y Fabiano, G.A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of*

Clinical Child & Adolescent Psychology, 37(1), 184-214.
doi:10.1080/15374410701818681

Pelsser, L. M., Frankena, K., Toorman, J., y Rodrigues Pereira, R. (2017). Diet and ADHD, Reviewing the Evidence: A Systematic Review of Meta-Analyses of Double-Blind Placebo-Controlled Trials Evaluating the Efficacy of Diet Interventions on the Behavior of Children with ADHD. *Plos One*, 12(1), e0169277.
doi:10.1371/journal.pone.0169277

Pereira, P.M. y Cruz, F.A. (2007). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in schoolchildren in the city of Salvador, Bahia, Brazil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 65(2A), 240-244.
doi:10.1590/S0004-282X2007000200010

Pérez-Lescure Picarzo, J., Centeno Malfaz, F., Collell Hernández, R., Crespo Marcos, D., Fernández Soria, T., Manso García, B., Rojo Sombrero, H., Sabaté Rotés, A. y Sarquella-Brugada G. (2020). Recommendations of the Spanish Society of Paediatric Cardiology and Congenital Heart Disease as regards the use of drugs in attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents with a known heart disease, as well as in the general ... *Anales de Pediatría*, 92(2), 109.e1-109.e7. doi:10.1016/j.anpede.2019.09.006

Perham, W.E. y Hoza, J. (1987). Behavioral assement of psychostimulant effects on ADD children in a summer day treatment program. *Advances in behavioral assessment of children and families*, 3-34.

- Pfeiffer, B., Clark, G.F. y Arbesman, M. (2018). Effectiveness of Cognitive and Occupation-Based Interventions for Children With Challenges in Sensory Processing and Integration: A Systematic Review. *American journal of occupational therapy*, 72(1), 7201190020p1-7201190020p9. doi:10.5014/ajot.2018.028233
- Pham, H.D., Nguyen, H.B. y Tran, D.T. (2015). Prevalence of ADHD in primary school children in Vinh Long, Vietnam. *Pediatrics International*, 57(5), 856-9. doi:10.1111/ped.12656
- Philipp-Wiegmann, F., Retz-Junginger, P., Retz, W., y Rösler, M. (2016). The intraindividual impact of ADHD on the transition of adulthood to old age. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(4), 367–371. doi:10.1007/s00406-015-0644-7
- Piernik-Yoder, B. y Beck, A. (2012). The use of standardized assessments in occupational therapy in the United States. *Occupational Therapy in Health Care*, 26(2-3), 97-108. doi:10.3109/07380577.2012.695103
- Pikur, B., Beurskens, A., Ketelaar, M., Jongmans, M., Casparie, B. y Smeets, R. (2017). Daily actions, challenges, and needs among Dutch parents while supporting the participation of their child with a physical disability at home, at school, and in the community: a qualitative diary study. *BMC Pediatrics*, 17(1), 12. doi:10.1186/s12887-016-0768-6
- Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A. y Rohde, L.A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide

prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-65. doi:10.1111/jcpp.12381

Pollak, Y., Shalit, R. y Aran, A. (2017). Risk taking and adult attention deficit/hyperactivity disorder: A gap between real life behavior and experimental decision making. *Psychiatric Research*, 3(259), 56-62. doi:10.1016/j.psychres.2017.10.012

Popova, E.S., Ostrowski, R.K., Wescott, J.J. y Taylor, R.R. (2019). Development and Validation of the Occupational Self-Assessment-Short Form (OSA-SF). *American Occupational Therapy Association*, 73(3), 7303205020p1–7303205020p10. doi:10.5014/ajot.2019.030288

Posner, J., Polanczyk, G.V. y Sonuga-Barke, E. (2020). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 395(10222), 450-462. doi:10.1016/S0140-6736(19)33004-1

Poston, D., Turnbull, A., Park, J., Mannan, H., Marquis, J. y Wang, M. (2003). Family Quality of Life: A Qualitative Inquiry. *Mental Retardation*, 4, 313-328. doi:10.1352/0047-6765(2003)41<313:FQOLAQ>2.0.CO;2

Powell, V., Riglin, L., Hammerton, G., Eyre, O., Martin, J., Anney, R., Thapar A. y Rice, F. (2020). What explains the link between childhood ADHD and adolescent depression? Investigating the role of peer relationships and academic attainment. *European Child &*

Adolescent Psychiatry, 10.1007/s00787-019-01463-w. Advance online publication. doi:10.1007/s00787-019-01463-w

Presentación-Herrero, M.J., García-Castellar, R., Miranda-Casas, A., Siegenthaler-Hierro, R. y Jara-Jiménez, P. (2006). Familial impact of children with the combined subtype of attention deficit hyperactivity disorder: the effects of associated behavioural disorders. *Revista de Neurología*, 42(3), 137–143.

Purper-Ouakil, D., Fourneret, P., Wohl, M. y Rénéric, J.P. (2005). Atomoxetine: A new treatment for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in children and adolescents. *L'Encephale*, 31(3), 337-48. doi:10.1016/s0013-7006(05)82399-1

Quinlan, D.M. (2003). Valoración del TDAH y las comorbilidades. En T. Brown, *Valoración del TDAH y de las comorbilidades* (págs. 312-333). Barcelona: Masson.

Quinn, P.D., Chang, Z., Hur, K., Gibbons, R.D., Lahey, B.B., Rickert, M.E., Sjölander, A., Lichtenstein, P., Larsson, H. y D'Onofrio, B.M. (2017). ADHD Medication and Substance-Related Problems. *American Journal of Psychiatry*, 174(9), 877-885. doi:10.1176/appi.ajp.2017.16060686

Quintana, H., Cherlin, E.A., Duesenberg, D.A., Bangs, M.E., Ramsey, J.L., Feldman, P.D., Allen, A.J. y Kelsey, D.K. (2007). Transition from methylphenidate or amphetamine to atomoxetine in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder-a

preliminary tolerability and efficacy study. *Clinical Therapeutics*, 29(6), 1168-77. doi:10.1016/j.clinthera.2007.06.017

Quintero, J., Correas, L.J. y Quintero, L.F.J. (2009). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida* (3ª ed.). Barcelona: Elsevier Masson.

Quintero, J., García, C.N., Unzeta, C.B., Pando, V.F. y Herrera, P.J.A. (2010). Diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En J. C. Quintero, *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*. (págs. 147-158). Barcelona: Elsevier Masson.

Quintero, J., Herrera, P.J.A., Correas, L.J., San Sebastián, C.J., García-Campos, N. y Loro, L.M. (2008). Características clínicas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia. En J. C. Quintero, *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*. (págs. 133-146). Barcelona: Elsevier Masson.

Quintero, J., Navas, M., Fernández, A. y Ortiz, T. (2009). Avances en el trastorno por deficit de atención e hiperactividad. ¿Qué nos aporta la neuroimagen?. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(6), 352-358.

Quintero, J., Ramos-Quiroga, J., Sebastián, J.S., Montañés, F., Fernández-Jaén, A., Martínez-Raga, J., Giral, M.G., Graell, M., Mardomingo, M.J., Soutullo, C., Eiris, J., Téllez, M., Pamias, M., Correas, J., Sabaté, J., García-Orti, L. y Alda, J.A. (2018). Health care and societal costs of the management of children and adolescents with attention-

deficit/hyperactivity disorder in Spain: a descriptive analysis. *BMC Psychiatry*, 18(1), 40. doi:10.1186/s12888-017-1581-y

Raggi, V., Chronis-Tuscano, A., Fishbein, H. y Groomes, A. (2009). Development of a Brief, Behavioral Homework Intervention for Middle School Students with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *School Mental Health*, 1(2), 61-7. doi:10.1007/s12310-009-9008-7

Rajmil, L., Estrada, M.D., Herdman, M., Serra-Sutton, V., Tebé, C., Izaguirre, J., Alda, J.A., Alonso, J., Riley, A.W., Forrest, C.B. y Starfield, B. (2009). Concordancia entre padres e hijos en la calidad de vida relacionada con la salud en niños con hiperactividad: estudio longitudinal. *Anales de pediatría (Barcelona, Spain)*, 70(6), 553-561. doi:10.1016/j.anpedi.2008.12.007

Ramos, R.M. (2007). *Tratamiento de la hiperactividad. Un acercamiento a los trastornos de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Vigo: Ideaspropias.

Ramos-Quiroga, J.A., Chalita, P.J., Vidal, R., Bosch, R., Palomar, G., Prats, L. y Casas, M. (2012). Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Revista de neurología*, 54(Supl 1), S105-15. doi:10.33588/rn.54S01.2012009

Razjouyan, K., Khademi, M., Dorandish, Z.Y., y Davari-Ashtiani, R. (2020). An investigation into the frequency of addiction to video games in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of*

Family Medicine and Primary Care, 9(2), 669-72.
doi:0.4103/jfmpc.jfmpc_464_19

Reed, K. y Sanderson, S. (1999). *Concepts of occupational therapy* (4ª ed.). Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.

Regev, S. y Josman, N. (2020). Evaluation of executive functions and everyday life for people with severe mental illness: A systematic review. *Schizophrenia Research: Cognition*, 21, Available online 100178. doi:<https://doi.org/10.1016/j.scog.2020.100178>

Rego, R.P.M.T., Domínguez, M., M.G., Playán, R.V. y Moruno, M.P. (2012). Técnicas de intervención cognitivo-conductuales en Terapia Ocupacional. En M. y. Moruno, *Terapia Ocupacional en salud mental* (págs. 441-456). Barcelona: Elsevier.

Remschmidt, H. y Matthejat, F. (2010). The quality of life of children and adolescents with ADHD undergoing outpatient psychiatric treatment: simple disorders of activity and attention and hyperkinetic conduct disorders in comparison with each other and with other diagnostic groups. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2(4), 161-70. doi:10.1007/s12402-010-0036-9

Rey, A. (1997). *Rey: Test de copia y de reproducción de memoria de figuras geométricas complejas*. Madrid: TEA.

Richardson, J., Iezzi, Khan, M.A. y Maxwell, A.I. (2014). Validity and Reliability of the Assessment of Quality of Life(AQoL)-8D Multi-Attribute Utility Instrument. *Patient*, 7(1), 85-96. doi:10.1007/s40271-013-0036-x

Rietveld, M.J., Hudziak, J.J., Bartels, M., van Beijsterveldt, C.E. y Boomsma, D.I. (2004). Heritability of attention problems in children: Longitudinal results from a study of twins, age 3 to 12. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 57-8. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00247.x

Ríos-Hernández, A., Alda, J.A., Farran-Codina, A., Ferreira-García, E. y Izquierdo-Pulido, M. (2017). The Mediterranean Diet and ADHD in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 139(2), e20162027. doi:10.1542/peds.2016-2027

Romera, I.M. (2003). Calidad de vida en el contexto familiar: dimensiones e implicaciones políticas. *Intervención Psicosocial*, 12(1), 47-63.

Romero, A.D. (2006). Motivation and occupational performance in children with ADHD. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional*, 4, 1-36.

Romero, A.D. (2008). Intervención ocupacional en los trastornos psicológicos del desarrollo infantil. En L. C. Polonio, *Terapia Ocupacional en la infancia. Teoría y práctica*. (págs. 209-225). Madrid: Editorial Medica Panamericana.

Romero, A.D. y Kramer, J. (2009). Using the Spanish Child Occupational Self-Assessment (COSAS) With Children With ADHD. *Occupational*

Therapy in Mental Health, 25(2), 101-114.
doi:10.1080/01642120902856432

Rosenberg, L., Maeir, A., Yochman, A., Dahan, I. y Hirsch, I. (2015). Effectiveness of a cognitive-functional group intervention among preschoolers with attention deficit hyperactivity disorder: a pilot study. *American Journal of Occupational Therapy*, 69, 6903220040p1-6903220040p8.

Roskell, N.S., Setyawan, J., Zimovetz, E.A. y Hodgkins, P. (2014). Systematic evidence synthesis of treatments for ADHD in children and adolescents. Indirect treatment comparisons of lisdexamfetamine with methylphenidate and atomoxetine. *Current Medical Research and Opinion*, 8, 1673-85. doi:10.1185/03007995.2014.904772

Rowland, A.S., Lesesne, C.A. y Abramowitz, A.J. (2002). The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A public health view. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8, 162-170. doi:10.1002/mrdd.10036

Rowland, A.S., Skipper, B.J., Rabiner, D.L., Qeadan, F., Campbell, R.A., Naftel, A.J. y Umbach, D.M. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Interaction between socioeconomic status and parental history of ADHD determines prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(3), 213-222. doi:10.1111/jcpp.12775

- Rubio, D., Berg-Weger, M. y Tebb, S. (1999). Assessing the validity and reliability of well-being and stress in family caregivers. *Social Work Research, 23*(1), 54-66. doi:10.1093/swr/23.1.54
- Ruíz, M.A., Días, M.I. y Vilalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Russell, C., Fitzgerald, M.H., Williamson, P., Manor, D. y Whybrow, S. (2002). Independence as a practice issue in occupational therapy: the safety clause. *American Journal of Occupational Therapy, 56*(4), 369-79. doi:10.5014/ajot.56.4.369
- Ryan, R.M. y Deci, E.L. (2010). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*(1), 68-78. doi:10.1037//0003-066x.55.1.68.
- Saad, J.F., Griffiths, K.R., Kohn, M.R., Clarke, S., Williams, L.M. y Korgaonkar, M.S. (2017). Regional brain network organization distinguishes the combined and inattentive subtypes of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *NeuroImage: Clinical, 15*, 383–390. doi:10.1016/j.nicl.2017.05.016
- Sadeghi, M., McAuley, T. y Sandberg, S. (2020). Examining the Impact of Motivation on Working Memory Training in Youth With ADHD. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*(1), 4-14.

- Salamanca-Duque, L.M. (2010a). Construcción, validación y confiabilidad de un cuestionario sobre niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8(2), 1117-1129.
- Salamanca-Duque, L.M. (2010b). Cuestionario para la evaluación de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación en niños con TDAH a nivel escolar. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 21, 19-30.
- Salamanca-Duque, L.M., Naranjo Aristizábal, M.M., Gutiérrez Ríos, G.H. y Prieto, J.B. (2014). Intra-rater Reliability for the Questionnaire on Activity Limitations and Participation Restrictions of Children With ADHD. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(1), 25-31. doi:10.1016/S0034-7450(14)70039-3
- Salamanca-Duque, L.M., Naranjo-Aristizábal, M.M.C., Méndez-Narváez, M. y Sánchez, D.P. (2014). Internal Consistency and Concurrent Validity of Questionnaire for Assessment of Limitations and Restrictions. *Revista Ciencias de la Salud*, 12(3), 371-84. doi:10.12804/revsalud12.03.2014.06
- San Sebastián, C.J. y Quintero, J. (2008). Tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad: generalidades y psicofarmacología. En J. C. Quintero, *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida* (págs. 271-291). Barcelona: Masson.

Sánchez, R.O., Polonio, L.B. y Pellegrini, S.M. (2013). *Terapia Ocupacional en Salud Mental Teoría y Técnicas para la Autonomía Personal*. Madrid: Panamericana.

Sánchez-Martínez, F.I., Abellán-Perpiñán, J.M., Martínez-Pérez, J.E. y Méndez-Martínez, I. (2008). *Estimación de un algoritmo para el cálculo de utilidades de estados de salud descritos mediante EL SF-6D(SF-36)*. Universidad de Murcia, Departamento de Economía Aplicada. Grupo de Investigación en Economía de la salud y evaluación económica.

Sandberg, S.T., Rutter, M. y Taylor, E. (1978). Hyperkinetic disorder in psychiatric clinic attenders. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 20(3), 279-99. doi:10.1111/j.1469-8749.1978.tb15219.x

Sattari, M., Yazdani, F., Rassafiani, M. y Hosseini, S.A. (2019). Construct validity of the Persian version of the Child Occupational Self-Assessment in children with attention-deficit/hyperactivity disorder in Iran. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 32(2), 127-35. doi:10.1177/1569186119889791

Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T. y Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet Psychiatry*, 5(2), 175-186. doi:10.1016/S2215-0366(17)30167-0

Schaaf, R.C., Dumont, R.L., Arbesman, M. y May-Benson, T.A. (2018). Efficacy of Occupational Therapy Using Ayres Sensory Integration®:

A Systematic Review. *American journal of occupational therapy*, 72(1), 7201190010p1-7201190010p10.

Schalock, R.L., Verdugo, M.A., Jenaro, C., Wang, M., Wehmeyer, M., Jiancheng, X. y Lachapelle, Y. (2005). Cross-cultural study of quality of life indicators. *American Journal of Mental Retardation*, 110(4), 298-311. doi:10.1352/0895-8017(2005)110[298:CSOQOL]2.0.CO;2

Scheinoltz, M. (2010). *Occupational therapy in mental health: Considerations for advanced practice*. Bethesda, MD: AOTA Press. 2w2222. Bethesda: AOTA Press.

Schell, B., Gillen, G. y Scaffa, M. (2016). *Willard & Spackman. Terapia Ocupacional* (Vol. 12). Madrid: Panamericana.

Schneider, M. y Robin, A. (1990). La técnica de la tortuga. Un método para el autocontrol de la conducta impulsiva. En T. Bonet, *Problemas psicológicos en la infancia*. Valencia: Promolibro-CINTECO.

Schwörer, M.C., Reinelt, T., Petermann, F. y Petermann, U. (2020). Influence of executive functions on the self-reported health-related quality of life of children with ADHD. *Quality of life research: An international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 29(5), 1183–1192. doi:10.1007/s11136-019-02394-4

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2009). *Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A national clinical guideline*. Edinburgh: SIGN 112.

- Segenreich, D., Paez, M.S., Regalla, M.A., Fortes, D., Faraone, S.V., Sergeant, J. y Mattos, P. (2015). Multilevel analysis of ADHD, anxiety and depression symptoms aggregation in families. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24(5), 525-36. doi:10.1007/s00787-014-0604-1
- Serrallach, B., Groß, C., Bernhofs, V., Engelmann, D., Benner, J., Gündert, N., Blatow, M., Wengenroth, M., Seitz, A., Brunner, M., Seither, S., Parncutt, R., Schneider, P. y Seither-Preisler, A. (2016). Neural Biomarkers for Dyslexia, ADHD, and ADD in the Auditory Cortex of Children. *Frontiers in Neuroscience*, 15(10), 324. doi:10.3389/fnins.2016.00324
- Shang, C.Y., Lin, H.Y., y Gau, S.S. (2020). Effects of the dopamine transporter gene on striatal functional connectivity in youths with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychological medicine*, 1(11), Advance online publication. doi:10.1017/S0033291719003830
- Shang, C.Y., Sheng, C., Yang, L.K., Chou, T.L. y Gau, S.S. (2017). Differential brain activations in adult attention-deficit/ hyperactivity disorder subtypes: a counting Stroop functional MRI study. *Brain Imaging and Behavior*, 12(3), 882-890. doi:10.1007/s11682-017-9749-0
- Shenaar-Golan, V., Wald, N. y Yatzkar, U. (2017). Patterns of emotion regulation and emotion-related behaviors among parents of children with and without ADHD. *Journal of Psychiatric Research*, 258, 494-500. doi:10.1016/j.psychres.2017.08.090

Sibley, M.H., Pelham, W.E., Molina, B.S., Gnagy, E.M., Waxmonsky, J.G., Waschbusch, D.A., Derefinko, K.J., Wymbs, B.T., Garefino, A.C., Babinski, D.E. y Kuriyan, A.B. (2012). When diagnosing ADHD in young adults emphasize informant reports, DSM items, and impairment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(6), 1052-61. doi:10.1037/a0029098

Sokolova, E., Groot, P., Claassen, T., van Hulzen, K.J., Glennon, J.C., Franke, B., Heskes, T. y Buitelaar, J. (2016). Statistical Evidence Suggests that Inattention Drives Hyperactivity/Impulsivity in Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *PLOS ONE, 11*(10), e0165120. doi:10.1371/journal.pone.0165120

Soutollo, E.C. (2013). *Informe PANDAH. El TDAH en España*. Madrid: Adelphi.

Soutollo, E.C. y Díez, S.A. (2007). Tratamiento farmacológico del TDAH. En E. y. Soutollo, *Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH* (págs. 77-114). Madrid: Médica Panamericana.

Soutollo, E.C. y Díez, S.A. (2007). *Descripción clínica del TDAH*. Madrid: Medica Panamericana.

Soutollo, E.C. y Díez, S.A. (2007). Etiología. En E. y. Soutollo, *Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH* (págs. 15-32). Madrid: Médica Panamericana.

- Soutollo, E.C. y Díez, S.A. (2007). Historia del TDAH (1865-2007). En E. y. Soutollo, *Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH* (págs. 7-9). Madrid: Medica Panamericana.
- Soutullo, E.C., Banaschewski, T., Lecendreux, M., Johnson, M., Zuddas, A., Anderson, C., Civil, R., Higgins, N., Bloomfield, R., Squires, L.A. y Coghill, D.R. (2003). A post hoc comparison of the effects of lisdexamfetamine dimesylate and osmotic-release oral system methylphenidate on symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *CNS Drugs*, 27(9), 743-751. doi:10.1007/s40263-013-0086-6
- Spratt, E.G., Macias, M.M. y Saylor, C.F. (2007). Assessing parenting stress in multiple samples of children with special needs (CSN). *Families, Systems, and Health*, 25, 435-449. doi:10.1037/1091-7527.25.4.435
- Sprich, S., Biederman, J., Crawford, M.H., Mundy, E. y Faraone, S.V. (2000). Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1432-7. doi:10.1097/00004583-200011000-00018
- Stevens, J.R., Wilens, T.E. y Stern, T.A. (2013). Using stimulants for attention-deficit/hyperactivity disorder: Clinical approaches and challenges. *Prim Care Companion CNS Disord*, 15(2), PCC.12f01472. doi:10.4088/PCC.12f01472
- Stickley, A., Koyanagi, A., Takahashi, H., Ruchkin, V., Inoue, Y. y Kamio, Y. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder and physical

multimorbidity: A population-based study. *European Psychiatry*, 4(45), 227-234. doi:10.1016/j.eurpsy.2017.07.010

Storebø, O. J., Krogh, H. B., Ramstad, E., Moreira-Maia, C. R., Holmskov, M., Skoog, M, ... y Gluud, C. (2015). Methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: Cochrane systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses of randomised clinical trials. *BMJ*, 351, h5203. doi:10.1136/bmj.h5203

Stubbe, D.E. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder overview. Historical perspective, current controversies, and future directions. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9(3), 469-79. doi:10.1016/S1056-4993(18)30101-9

Tamaru, A., Mccoll, M.A. y Yamasak, S. (2007). Understanding "Independence": Perspectives of occupational. *Disability and Rehabilitation*, 29(13), 1021-1033. doi:10.1080/09638280600929110

Tamm, L., Nakonezny, P.A. y Hughes, C.W. (2014). An open trial of a metacognitive executive function training for young children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 18(6), 551-559. doi:10.1177/1087054712445782

Tarver, J., Daley, D. y Sayal, K. (2015). Beyond symptom control for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): What can parents do to improve outcomes? *Child: Care, Health and Development*, 41(1), 1-14. doi:10.1111/cch.12159

Taylor, E. (2011). Antecedents of ADHD: a historical account of diagnostic concepts. *Attention-deficit/hyperactivity disorder*, 3(2), 69-75. doi:10.1007/s12402-010-0051-x

Taylor, S. (2015). *Health Psychology* (9 ed.). New York: McGraw Hill.

Tha Deang, K., Sidi, H., Zakaria, H., Lope Adam, R., Das, S., Hazwani Hatta, N., Hatta, M. y Wei Wee, K. (2011). The novelty of bupropion as a dopaminergic antidepressant for the treatment of adult attention deficit hyperactive disorder. *Current Drug Targets*, 11, 210-219. doi:10.2174/1389450118666170511145628

Thabrew, H., McDowell, H., Given, K. y Murrell, K. (2017). Systematic Review of Screening Instruments for Psychosocial Problems in Children and Adolescents With Long-Term Physical Conditions. *Global Pediatric Health*, 4, 2333794X17690314. doi:10.1177/2333794X17690314

Thapar, A. y Cooper, M. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 387, 1240-50. doi:10.1016/S0140-6736(15)00238-X

The MTA Cooperative Group. (1999). Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(12), 1073-1086.

The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409.

- Thomas, K.S., Venkateswaran, C. y Alexander, A.V. (2020). Quality of life, perceived stress and caregiver burden in mothers of children with childhood psychiatric disorders in Kerala. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 8(8), 7. doi: 10.18203/2320-6012.ijrms20203043
- Thome, J., Ehli, A.C., Fallgatter, A.J., Krauel, K., Lange, K.W., Riederer, P., Romanos, M., Taurines, R., Tucha, O., Uzbekov, M. y Gerlach, M. (2012). Biomarkers for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). A consensus report of the WFSBP task force on biological markers and the World Federation of ADHD. *World Journal of Biological Psychiatry*, 13(5), 379-400. doi:10.3109/15622975.2012.690535
- Thompson, A.L., Molina, B.S., Pelham, W. y Gnagy, E.M. (2007). Risky driving in adolescents and young adults with childhood ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(7), 745-59. doi:10.1093/jpepsy/jsm002
- Thompson, T., Lloyd, A., Joseph, A. y Weiss, M. (2017). The Weiss Functional Impairment Rating Scale-Parent Form for assessing ADHD: Evaluating diagnostic accuracy and determining optimal thresholds using ROC analysis. *Quality of Life Research*, 26, 1879-1885. doi:10.1007/s11136-017-1514-8
- Thornton, A., Licari, M., Reid, S., Armstrong, J., Fallows, R. y Elliott, C. (2016). Cognitive Orientation to (Daily) Occupational Performance intervention leads to improvements in impairments, activity and participation in children with Developmental Coordination Disorder.

Disability and rehabilitation, 38(10), 979–986.
doi:10.3109/09638288.2015.1070298

Toglia, J.P., Rodger, S.A. y Polatajko, H.J. (2012). Anatomy of Cognitive Strategies: A Therapist's Primer for Enabling Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(4), 225–236. doi:10.2182/cjot.2012.79.4.4

Tripp, G. y Wickens, J.R. (2009). Neurobiology of ADHD. *Neuropharmacology*, 57(7-8), 479-89.
doi:10.1016/j.neuropharm.2009.07.026

Tuithof, M., Ten Have, M., van Dorsselaer, S. y de Graaf, R. (2014). Prevalence, persistency and consequences of ADHD in the Dutch adult population. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 56(1), 10-9.

Turnbull, A. (2003). La calidad de vida de la familia como resultado de los servicios: el nuevo paradigma. *Siglo Cero*, 34, 59-73.

Turnbull, A., Zuna, N. y Gotto, G. (2008). Enhancing Family Quality of Life Through Wisdom-Based Action. *Inspire*, 2(2), 14-18.

Uldall Torp, N.M., y Thomsen, P.H. (2020). The use of diet interventions to treat symptoms of ADHD in children and adolescents. A systematic review of randomized controlled trials. *Nordic journal of psychiatry*, 74(8), 558–568. doi:10.1080/08039488.2020.1769187

- Unal, D., Unal, M.F., Alikasifoglu, M. y Cetinkaya, A. (2016). Genetic Variations in Attention Deficit Hyperactivity Disorder Subtypes and Treatment Resistant Cases. *Psychiatry Investigation*, *13*(4), 427-33. doi:10.4306/pi.2016.13.4.427
- Uneri, O.S., Senses-Dinc, G. y Goker, Z. (2015). The Quality of Life (QoL) in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). En J. Norvilitis, *ADHD - New Directions in Diagnosis and Treatment* (págs. 197-230). Croatia: IntechOpen.
- Upton, P., Maddocks, A., Eiser, C., Barnes, P.M. y Williams, J. (2005). Development of a measure of the health-related quality of life of children in public care. *Health Qual Life Outcomes*, *31*(4), 409-415. doi:10.1111/j.1365-2214.2005.00520.x
- Urzúa, M.A. y Caqueo-Úrizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, *30*(1), 61-71.
- van der Kolk, A., Bouwmans, C.A., Schawo, S.J., Buitelaar, J.K., van Agthoven, M. y Hakkaart-van Roijen, L. (2014). Association between quality of life and treatment response in children with attention Deficit Hyperactivity Disorder and their parents. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, *17*(3), 119-29.
- Van der Meer, D., Hartman, C.A., van Rooij-Franke, B., Heslenfeld, D.J., Oosterlaan, J., Faraone, S.V., Buitelaar, J.K. y Hoekstra, P.J. (2017). Effects of dopaminergic genes, prenatal adversities, and their interaction on attention-deficit/hyperactivity disorder and neural

correlates of response inhibition. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 42(2), 113-121. doi:10.1503/jpn.150350

Van der Meer, D., Hoekstra, P.J., van Donkelaar, M., Bralten, J., Oosterlaan, J., Heslenfeld, D. ... y Hartman, C.A. (2017). Predicting attention-deficit/hyperactivity disorder severity from psychosocial stress and stress-response genes: a random forest regression approach. *Translational Psychiatry*, 7(6), e1145. doi:10.1038/tp.2017.114

Velő, S., Keresztény, Á., Szentiványi, D. y Balázs, J. (2013). Quality of life of patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: Systematic review of the past 5 years. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 15(2), 73-82.

Verdugo, M.A. y Schalock, R.L. (2013). Calidad de vida. En M. Verdugo, R. Schalock, B. Arias, L. Gómez, & B. Jordan de Urriés, *Discapacidad e Inclusión* (págs. 443-461). Salamanca: Amarú.

Vereb, R.L. y DiPerna, J.C. (2004). Teachers' Knowledge of ADHD, Treatments for ADHD, and Treatment Acceptability: An Initial Investigation. Research Brief. *School Psychology Review*, 33(3), 421-428. doi:10.1080/02796015.2004.12086259

Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M. ... y Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150. doi:10.1157/13074369

- Vila-Paz, A., Santos del Riego, S. y García de la Torre, P. (2019). Perception of quality of life and personal autonomy in children and adolescents with ADHD: systematic review. *ESHPA-Education, Sport, Health and Physical Activity*, 3(1), 118-140.
- Wallander, J.L., Schmitt, M. y Koot, H.M. (2001). Quality of life measurement in children and adolescents: Issues, instruments, and applications. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 571-785. doi:10.1002/jclp.1029
- Wallis, D., Russell, H.F. y Muenke, M. (2008). Review: Genetics of attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(10), 1085-99. doi:10.1093/jpepsy/jsn049
- Wang, B., Yao, N., Zhou, X., Liu, J. y Lv, Z. (2017). The association between attention deficit/hyperactivity disorder and internet addiction: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17(1), 260. doi:10.1186/s12888-017-1408-x
- Wang, S.M., Han, C., Lee, S., Jun, T.Y., Patkar, A.A., Masand, P.S. y Pae, C.U. (2017). Modafinil for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis. *Journal Of Psychiatric Research*, 84, 292-300. doi:10.1016/j.jpsychires.2016.09.034
- Wang, T., Liu, K., Li, Z., Xu, Y., Liu, Y., Shi, W. y Chen, L. (2017). Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among children and adolescents in China: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17(1), 32. doi:10.1186/s12888-016-1187-9

- Ware, J.E. y Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care Journal*, 30(6), 473–483.
- Waxmonsky, J. (2003). Assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children with comorbid psychiatric illness. *Current Opinion in Pediatrics*, 15(5), 476-82. doi:10.1097/00008480-200310000-00006
- Wehmeyer, M.L., Shogren, K.A., Palmer, S.B., Williams-Diehm, K.L., Little, T. y Boulton, A. (2012). Impact of the Self-Determined Learning Model of Instruction on Self-Determination: A Randomized-Trial Control Group Study. *Exceptional Children*, 78(2), 135-153. doi:10.1177/001440291207800201
- Weiss, M., Murray, C., Wasdell, M., Greenfield, B., Giles, L. y Hechtman, L. (2012). A randomized controlled trial of CBT therapy for adults with ADHD with and without medication. *BMC Psychiatry*, 12, 30. doi:10.1186/1471-244X-12-30
- Weiss, M.D., McBride, N.M., Craig, S. y Jensen, P. (2018). Conceptual review of measuring functional impairment: findings from the Weiss Functional Impairment. *Evidence-based mental health*, 21(4), 155–164. doi:10.1136/ebmental-2018-300025
- Whiteford, G. (2000). Occupational Deprivation: Global Challenge in the New Millennium. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 200-204. doi:10.1177/030802260006300503

- Whiteford, G., y Hocking, C. (2012). *Society, inclusion, participation : critical perspectives on occupational science*. Oxford, United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Wicks-Nelson, R. y Israel, A.C. (2005). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad* (3ª ed.). Madrid: Prentice Hall.
- Wiegand-Grefe, S., Sell, M., Filter, B. y Plass-Christl, A. (2019). Family Functioning and Psychological Health of Children with Mentally Ill Parents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(7), 1278. doi:10.3390/ijerph16071278
- Wilcock, A.A. y Hocking, C. (2015). *An Occupational Perspective of Health* (3ª ed.). New Zealand: SLACK.
- Wilens, T.E. y Morrison, N.R. (2012). Substance-use disorders in adolescents and adults with ADHD: Focus on treatment. *Neuropsychiatry*, 2(4), 301-312. doi:10.2217/npv.12.39
- Wilkinson, A.A., Dennis, M., Simic, N., Taylor, M.J., Morgan, B.R., Frndova, H., Choong, K., Campbell, C., Fraser, D., Anderson, V., Guerguerian, A.M., Schachar, R. y Hutchison J. (2017). Brain biomarkers and pre-injury cognition are associated with long-term cognitive outcome in children with traumatic brain injury. *BMC Pediatrics*, 17(1), 173. doi:10.1186/s12887-017-0925-6
- Wolraich, M., Brown, L., Brown, R.T., DuPaul, G., Earls, M., Feldman, H.M., Ganiats, T.G., Kaplanek, B., Meyer, B., Perrin, J., Pierce, K., Reiff, M.,

- Stein, M.T. y Visser, S. (2011). ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*, *128*(5), 1007-22. doi:10.1542/peds.2011-2654
- Wong, H.K., Tiffin, P.A., Chappell, M.J., Nichols, T.E., Welsh, P.R., Doyle, O.M. ... y Tiño, P. (2017). Personalized Medication Response Prediction for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Learning in the Model Space vs. Learning in the Data Space. *Frontiers in Physiology*, *8*, 199. doi:10.3389/fphys.2017.00199
- Wong, I.Y.T., Hawes, D.J., Clarke, S., Kohn, M.R. y Dar-Nimrod, I. (2018). Perceptions of ADHD Among Diagnosed Children and Their Parents: A Systematic Review Using the Common-Sense Model of Illness Representations. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *21*(1), 57-93. doi:10.1007/s10567-017-0245-2
- Wood, W. (1996). Legitimizing Occupational Therapy's Knowledge. *American Journal of Occupational Therapy*, *50*, 626-634. doi:10.5014/ajot.50.8.626
- Wright, R. y Sugarman, L. (2009). *Occupational Therapy and Life Course Development: A Work Book for Professional Practice*. United Kingdom: Wiley.
- Wymbs, B.T., Pelham, W.E., Molina, B.S.G., Gnagy, E.M., Wilson, T.K. y Greenhouse, J.B. (2008). Rate and predictors of divorce among

parents of youth with ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 735–744. doi:10.1037/a0012719

Xiang, Y.T., Luk, E.S. y Lai, K. (2009). Quality of life in parents of children with attention-deficit-hyperactivity disorder in Hong Kong. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 43(8), 731–738. doi:10.1080/00048670903001968

Yarlas, A., Bayliss, M., Cappelleri, J.C., Maher, S., Bushmakin, A.G., Chen, L.A., Manuchehri, A. y Healey, P. (2018). Psychometric validation of the SF-36 Health Survey in ulcerative colitis: results from a systematic literature review. *Quality of life research : An international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 27(2), 273–290. doi:10.1007/s11136-017-1690-6

Yerxa, E.J. (2000). Occupational science: a renaissance of service to humankind through knowledge. *Occupational Therapy International*, 7(2), 87-98. doi:10.1002/oti.109

Yerxa, E.J., Clark, F., Frank, G., Jackson, J., Parham, D., Pierce, D., Stein, C. y Zemke, R. (1989). Occupational science: The foundation for new models of practice. *Occupational Therapy in Health Care*, 6(4), 1-17. doi:10.1177/030802269105400516

Zamorano, F., Billeke, P., Kausel, L., Larrain, J., Stecher, X., Hurtado, J.M., López, V., Carrasco, X. y Aboitiz, F. (2017). Lateral prefrontal activity as a compensatory strategy for deficits of cortical processing in

Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Scientific Reports-Nature*, 7(1), 7181. doi:10.1038/s41598-017-07681-z

Zavadenko, N.N. y Davydova, L. (2019). Neurological and neurodevelopmental disorders in preterm-born children (with extremely low, very low or low body weight). *Zhurnal Nevrologii I Psikhiiatrii Imeni S.S. Korsakova*, 119(12), 12-19. doi:10.17116/jnevro201911912112

Zeeuw, E.L., van Beijsterveldt, C.E., Ehli, E.A., de Geus, E.J. y Boomsma, D.I. (2017). Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms and Low Educational Achievement: Evidence Supporting A Causal Hypothesis. *Behavior Genetics*, 47(3), 278–289. doi:10.1007/s10519-017-9836-4

Zemke, R. (2004). Time, Space, and the Kaleidoscopes of Occupation. *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 608-620. doi:10.5014/ajot.58.6.608

Zemke, R. y Clark, F. (1996). *Occupational science: The evolving discipline*. Philadelphia: FA Davis.

Zuna, N.I., Turnbull, A. y Summers, J.A. (2009). Family Quality of Life: Moving From Measurement to Application. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 25-31. doi:10.1111/j.1741-1130.2008.00199.x

Apéndices.

APÉNDICE A: ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES _____ **308**

Aceptación Comité Ético
Acuerdo de colaboración con la entidad
Invitación para participar en el estudio
Hoja de información al participante
Documento de consentimiento para participar en el estudio
Documento de consentimiento para representante legal

APÉNDICE B: MATERIAL PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN _____ **319**

Variables sociodemográficas
Cuestionario para la evaluación de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación en niños con TDAH (CLARP)
Autoevaluación Ocupacional (COSA)
Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36)

APÉNDICE C: MATERIAL ENTREGADO AL GRUPO EXPERIMENTAL _____ **328**

Material entregado a los niños del grupo experimental
Listado con actividades de la vida diaria orientativo
Hoja de registro diario para sesión 1
Sistema de puntos para la sesión 2
Sistema de puntos para las sesiones 3, 4 y 5
Material entregado a los padres del grupo experimental
Dosier con las técnicas de modificación de conducta para fomentar la autonomía en el hogar
Sistema de economía de fichas
Sistema de autoinstrucciones
Listado de recompensas orientativo

APÉNDICE D: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN: ORGANIZACIÓN DE LAS SESIONES _____ **347**

Intervención con los menores

Intervención psicoeducativa con los padres

Muestra de los contenidos del grupo experimental

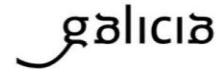
APÉNDICE E: ESTADÍSTICA _____ **370**

APÉNDICE A: ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Aceptación Comité Ético.



Secretaría Técnica
Comité Autonómico de Ética da Investigación de Galicia
Secretaría Xeral, Consellería de Sanidade
Edificio Administrativo San Lázaro
15703 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Tel: 881 546425; ceic@sergas.es



DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE A CORUÑA-FERROL

Carlos Rodríguez Moreno, Secretario del Comité de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol

CERTIFICA:

Que este Comité evaluó en su reunión del día 12/19/2017 el estudio:

Título: Una aproximación interdisciplinar al desarrollo de la autonomía personal en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Promotor: Alba Vila Paz

Tipo de estudio: Outros

Version:

Código del Promotor:

Código de Registro: 2017/405

Y, tomando en consideración las siguientes cuestiones:

- La pertinencia del estudio, teniendo en cuenta el conocimiento disponible, así como los requisitos legales aplicables, y en particular la Ley 14/2007, de investigación biomédica, el Real Decreto 1716/2011, de 18 de noviembre, por el que se establecen los requisitos básicos de autorización y funcionamiento de los biobancos con fines de investigación biomédica y del tratamiento de las muestras biológicas de origen humano, y se regula el funcionamiento y organización del Registro Nacional de Biobancos para investigación biomédica, la ORDEN SAS/3470/2009, de 16 de diciembre, por la que se publican las Directrices sobre estudios Posautorización de Tipo Observacional para medicamentos de uso humano, y el la Circular nº 07 / 2004, investigaciones clínicas con productos sanitarios.
- La idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio, justificación de los riesgos y molestias previsibles para el sujeto, así como los beneficios esperados.
- Los principios éticos de la Declaración de Helsinki vigente.
- Los Procedimientos Normalizados de Trabajo del Comité.

Emite un **INFORME FAVORABLE** para la realización del estudio por el/la investigador/a del centro:

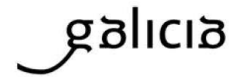
Centros	Investigadores Principales
UDC, Facultade de Ciencias da Educación	Alba Vila Paz

Firmado digitalmente por: RODRIGUEZ
MORENO CARLOS - 05614327G
Fecha: 2017.12.20 13:50:38 +02'00'



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Secretaría Xeral Técnica

Secretaría Técnica
Comité Autonómico de Ética da Investigación de Galicia
Secretaría Xeral, Consellería de Sanidade
Edificio Administrativo San Lázaro
15703 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Tel: 981 546425; ceic@sergas.es



Y hace constar que:

1.- El Comité Territorial de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol cumple los requisitos legales vigentes (Ley 14/2007 de Investigación Biomédica y el Decreto 63/2013 por el que se regulan los comités de ética de investigación en Galicia).

2.- La composición actual del Comité Territorial de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol es:

Salvador Pita Fernández (Presidente). Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Área de Gestión Integrada A Coruña.

Lucía Fuster Sanjurjo (Vicepresidenta). Farmacéutica. Especialista en Farmacia Hospitalaria. Área de Gestión Integrada Ferrol

Carlos Rodríguez Moreno (Secretario). Médico especialista en Farmacología Clínica. Área de Gestión Integrada Santiago

Natalia Cal Purriños (Vicesecretaria). Licenciada en derecho. Fundación "Profesor Nóvoa Santos". A Coruña

Juana M^a Cruz del Río. Trabajadora social. Consellería de Sanidad

Begoña Graña Suárez. Médica especialista en Oncología Médica. Área de Gestión Integrada A Coruña

Angel Lopez-Silvarrey Varela. Médico especialista en Pediatría. Área de Gestión Integrada A Coruña

Alejandro Pazos Sierra. Médico. Universidad de A Coruña

Gonzalo Peña Pérez. Médico especialista en Cardiología. Hospital de San Rafael. A Coruña

José M^a Rumbo Prieto. Diplomado en enfermería. Área de Gestión Integrada Ferrol

María Isabel Sastre Gervás. Farmacéutica Atención Primaria. Área de Gestión Integrada A Coruña

Para que conste donde proceda, y a petición del promotor / investigador, en Santiago de Compostela,

El secretario



Firmado digitalmente por: RODRIGUEZ
MORENO CARLOS - 05614327G
Fecha: 2017.12.20 13:50:42 +02'00'

Acuerdo de colaboración con la entidad.



ASOCIACIÓN DE NIÑOS CON DÉFICIT DE ATENCIÓN CON/SEN HIPERACTIVIDADE

Doña Pilar Castiñeira Chamorro, con DNI.: 32.438.452-Q en calidad de representante legal de la Asociación de Niños con Déficit de Atención con/sin Hiperactividad (ANHIDACORUÑA), con el CIF.: G-70245717 y con Registro Sanitario C-15-003603

Autoriza a Doña Alba Vila Paz, con DNI.:53486795L, doctorada en el programa de Desarrollo Psicológico, Aprendizaje y Salud de la Universidade de A Coruña, a realizar el estudio que lleva por título “*Una aproximación interdisciplinar al desarrollo de la autonomía personal en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad*”, con el fin de:

- Realizar el trabajo de investigación para este estudio con los usuarios de ANHIDACORUÑA.

En Culleredo, a 05 de octubre de 2017.



Asociación de Niños con Déficit de Atención con/sen Hiperactividade
NIF G70245717
Edif. A ESCADA. R/ Manuel Azaña, 2 - 1º O Burgo 15670 Culleredo [A Coruña]
Prestadora de Servizos Sociais Nº E - 5732 de la Xunta de Galicia
Entidade Sanitaria Acreditada Nº C-15-003603 da Xunta de Galicia

Firmado.:

Pilar Castiñeira Chamorro

Invitación para para participar en el estudio.

Invitación para participar en un estudio sobre la independencia y la autonomía de niños con TDAH

Estimados padres,

Alba Vila Paz, Terapeuta ocupacional de ANHIDACORUÑA, Col. nº G-180 ha iniciado un estudio en niños y niñas con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) con el objetivo de desarrollar y evaluar una intervención en la calidad de vida y mejorar el desempeño de las actividades de la vida diaria de autocuidado e instrumentales de menores con TDAH.

El estudio formará parte de su tesis doctoral vinculada a la Unidad de Investigación en Integración y Promoción de la Salud (INTEGRA SAÚDE) y al Grupo de Persona-Ambiente de la Universidad de A Coruña en colaboración con la Asociación ANHIDACORUÑA. Está aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol (Código 2017/405). La muestra de personas necesarias sería de 40-50 personas.

Después de varias reuniones, habéis sido seleccionados a participar en dicha investigación por cumplir los criterios necesarios y formar parte de ANHIDACORUÑA. Nos pondremos en contacto para ajustarnos a vuestros horarios. Debéis entender que es una forma generosa para ayudar a lograr avances en el estudio del TDAH a través de un programa novedoso en el TDAH.

Habrán dos tipos de participantes: niños con TDAH y adultos en la condición de padres de niños con TDAH. Este programa se estructura en seis semanas. Cada sesión durará una hora y se realizará un día por semana. Se hará un seguimiento tras el alta, con una evaluación a los seis meses y otra al año de la intervención.

Tras vuestra participación, se ofrecerá de forma gratuita un informe completo con resultados de los avances en la autonomía y la independencia de su hijo/a en actividades de la vida diaria.

Se agradece de antemano el interés y colaboración en este proyecto.

Hoja de información al participante.

FOLLA DE INFORMACIÓN AO/Á PARTICIPANTE ADULTO/A

TÍTULO DO ESTUDO: APROXIMACIÓN AO DESENVOLVEMENTO DA AUTONOMÍA PERSOAL EN NENOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDADE.

INVESTIGADOR: Alba Vila Paz

CENTRO: Facultade de Ciencias da Educación. Universidade de A Coruña

Este documento ten por obxecto ofrecerlle información sobre un **estudo de investigación** no que se lle invita a participar. Este estudo foi aprobado polo Comité de Ética da Investigación de Galicia.

Se decide participar no mesmo, debe recibir información personalizada do investigador, **ler antes este documento** e facer todas as preguntas que precise para comprender os detalles sobre o mesmo. Se así o desexa, pode levar o documento, consultalo con outras persoas, e tomar o tempo necesario para decidir se participar ou non.

A participación neste estudo é completamente **voluntaria**. Vd. pode decidir non participar ou, se acepta facelo, cambiar de parecer retirando o consentimento en calquera momento sen obriga de dar explicacións. Asegurámoslle que esta decisión non afectará á relación con esta asociación.

Cal é o propósito do estudo?

O obxectivo xeral deste traballo é desenvolver e avaliar unha intervención para mellorar o grao de autonomía e calidade de vida no desempeño das actividades da vida diaria de autocoidado e instrumentais de nenos con TDAH.

Os obxectivos específicos do presente traballo son:

- Explorar e analizar as necesidades que presenten as persoas con TDAH no desempeño ocupacional.
- Definir os requisitos para contemplar no programa de intervención.
- Analizar a calidade de vida relacionada coa independencia funcional na idade escolar de nenos con trastorno por déficit de atención con hiperactividade.

Por que me ofrecen participar a min?

Vostede é convidado a participar porque realizouse unha selección das persoas que teñen un diagnóstico de TDAH e por estar sendo atendido en ANHIDACORUÑA. Estes criterios serven para seleccionar á poboación na que se responderá o interrogante da investigación. Vd. está convidado/á participar porque cumpre eses criterios. Tamén se lle informa que haberá dous tipos de participantes: nenos con TDAH e adultos na condición de pais de nenos con TDAH.

En que consiste a miña participación?

Os procedementos que se aplicarán a consulta de datos na historia clínica, realización de técnicas de para o estudo da materia, cumprimentación dunha enquisa e utilización de resultados de probas xa realizadas.

Este programa estrutúrase en seis semanas. Cada sesión durará una hora e realizarase un día por semana. Farase un seguimento tras a alta, cunha avaliación aos seis meses e outra ao ano da intervención. Durante a intervención estudarase un programa de intervención novidoso no Trastorno por Déficit de Atención.

Esta intervención farase en dous grupos, que se formarán de maneira aleatoria. Un grupo intervirase cos pais e cos nenos, e no outro grupo só cos nenos. A intervención é tanto para os pais do grupo de intervención como para os nenos de ambos grupos. Os pais do grupo control non a recibiran. A distribución para pertencer a cada grupo decidirase ao azar.

Que molestias ou inconvenientes ten a miña participación?

A súa participación non implica molestias adicionais as da practica asistencial habitual. Debe ter en conta os desprazamentos e o tempo empregado na participación.

Obterei algún beneficio por participar?

Non se espera que Vd. obteña beneficio directo por participar no estudo. A investigación pretende descubrir aspectos descoñecidos ou pouco claros sobre o trastorno por déficit de atención con hiperactividade. Esta información poderá ser de utilidade nun futuro para outras persoas.

Recibirei a información que se obteña do estudo?

Se Vd. o desexa, facilitaráselle un resumo dos resultados do estudo.

Publicaranse os resultados deste estudo?

Os resultados deste estudo serán remitidos a publicacións científicas para a súa difusión, pero non se transmitirá ningún dato que poida levar á identificación dos participantes.

Como se protexerá a confidencialidade dos meus datos?

O tratamento, comunicación e cesión dos seus datos farase conforme ao disposto pola Lei Orgánica 15/1999, de 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal.

So equipo investigador terá acceso a todos os datos recollidos polo estudo. Os seus datos serán recollidos e conservados até rematar o estudo de modo:

- **Codificados**, que quere dicir que posúen un código có que o equipo investigador poderá coñecer a quen pertencen.

O responsable da custodia dos datos é Alba Vila Paz. Ao rematar o estudo os datos serán **anonimizados**.

Existen intereses económicos neste estudo?

O investigador non recibirá retribución específica pola dedicación ao estudo.

Vd. non será retribuído por participar. É posible que dos resultados do estudo se deriven produtos comerciais ou patentes. Neste caso, Vd. non participará dos beneficios económicos orixinados.

Como contactar có equipo investigador deste estudo?

Vd. pode contactar con Alba Vila Paz no teléfono [REDACTED] ou enderezo electrónico alba.vila1@udc.es.

Moitas grazas pola súa colaboración.

Documento de consentimiento para participar en el estudio.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA A PARTICIPACIÓN NUN ESTUDO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO do estudo: UNHA APROXIMACIÓN INTERDISCIPLINAR AO DESENVOLVEMENTO DA AUTONOMÍA PERSOAL EN NENOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDADE.

Eu, _____

- Lin a folla de información ao participante do estudo arriba mencionado que se me entregou, puiden conversar con Alba Vila Paz e facer todas as preguntas sobre o estudo.
- Comprendo que a miña participación é voluntaria, e que podo retirarme do estudo cando queira, sen ter que dar explicacións e sen que isto repercuta nos meus coidados médicos.
- Accedo a que se utilicen os meus datos nas condicións detalladas na folla de información ao participante.
- Presto libremente a miña conformidade para participar neste estudo.
-

Asdo.: O/a participante,

Asdo.:O/a investigador/a que solicita o
consentimento

Nome e apelidos:

Nome e apelidos:

Data:

Data:

Documento de consentimiento para representante legal.

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO PARA REPRESENTANTE LEGAL PARA A PARTICIPACIÓN NUN ESTUDO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO do estudo: UNHA APROXIMACIÓN INTERDISCIPLINAR AO DESENVOLVEMENTO DA AUTONOMÍA PERSOAL EN NENOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDADE.

Eu, _____, representante legal de

- Lin a folla de información ao participante do estudo arriba mencionado que se me entregou, puiden conversar con: Alba Vila Paz e facer todas as preguntas sobre o estudo.
- Comprendo que a súa participación é voluntaria, e que pode retirarse do estudo cando queira, sen ter que dar explicacións e sen que isto repercuta nos seus coidados médicos.
- Accedo a que se utilicen os seus datos nas condicións detalladas na folla de información ao participante.
- Presto libremente a miña conformidade para que participe neste estudo.

Asdo.: O/a representante legal,

Asdo.:O/a investigador/a que solicita o consentimento

Nome e apelidos:

Nome e apelidos:

Data:

Data:

APÉNDICE B: MATERIAL PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN

APÉNDICE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

SEXO	Femenino	Masculino	
Edad del niño/a		Edad de los padres	
Nivel de estudios de los padres	Obligatorios	Formación profesional	Universitarios
Hermano/as	Si	No	Número
Vivienda habitual	Padre Madre	Ambos	Vive con otros
Zona de residencia	Rural	Urbano	
Nivel de estudios del menor	Curso sin repetición	Repetición de algún curso escolar	
Edad del diagnóstico			
Tipo de TDAH según criterios del DSM-V o versiones anteriores			
Toma de medicación	Si	No	

Gracias por su colaboración

Cuestionario para la evaluación de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación en niños con TDAH (CLARP).

CODIFICACIÓN	ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN						
1. TAREAS Y DEMANDAS GENERALES							
a2302 COMPLETAR LA RUTINA DIARIA	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para completar la rutina diaria, por ejemplo, levantarse, vestirse, desayunar y salir al colegio?	0	1	2	3	4	
a2303 DIRIGIR EL PROPIO NIVEL DE ACTIVIDAD	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para organizar el tiempo necesario para sus obligaciones diarias, por ejemplo, distribuir tiempo en las tareas escolares y el juego?	0	1	2	3	4	
a2401 MANEJO DEL ESTRÉS	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para sobrellevar la presión o estrés asociado a la realización de tareas, por ejemplo, un examen en el colegio?	0	1	2	3	4	
2. AUTOCUIDADO							
a5100 LAVAR PARTES INDIVIDUALES DEL CUERPO	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para lavarse con agua y jabón una parte del cuerpo, por ejemplo, manos, cara, pies?	0	1	2	3	4	
a5101 LAVAR TODO EL CUERPO	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para lavarse con agua y jabón todo el cuerpo, por ejemplo, darse una ducha completa?	0	1	2	3	4	
a5102 SECARSE	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para secarse el cuerpo?	0	1	2	3	4	
a5201 CUIDADO DE LOS DIENTES	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para cuidar los dientes, por ejemplo cepillarlos?	0	1	2	3	4	
a5202 CUIDADO DEL PELO	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para peinarse?	0	1	2	3	4	
a5300 REGULACIÓN DE LA MICCIÓN	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar las actividades relacionadas con el orinar, por ejemplo, indicar la necesidad, adoptar la postura adecuada, acudir al lugar adecuado, manipular la ropa o limpiarse?	0	1	2	3	4	
a5301 REGULACIÓN DE LA DEFECACIÓN	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar las actividades relacionadas con el defecar, por ejemplo, indicar la necesidad, adoptar la postura adecuada, acudir al lugar adecuado, manipular la ropa o limpiarse?	0	1	2	3	4	
a5400 PONERSE LA ROPA	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para vestirse adecuadamente?	0	1	2	3	4	
a5401 QUITARSE LA ROPA	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para desvestirse?	0	1	2	3	4	
a550 COMER	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar las acciones relacionadas con el comer los alimentos servidos, por ejemplo, abrir frascos, cortar, usar cubiertos, llevar a la boca?	0	1	2	3	4	
a560 BEBER	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar las acciones relacionadas con el beber, por ejemplo, abrir botellas y latas, sujetar el vaso o pitillo, llevarlos a la boca?	0	1	2	3	4	
3. VIDA DOMÉSTICA							
p6300 PREPARAR COMIDAS SENCILLAS	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para preparar comidas sencillas, por ejemplo, un sandwich?	0	1	2	3	4	
p6400 LAVAR Y SECAR ROPA	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para lavar ropa a mano y tenderla para que se seque al aire?	0	1	2	3	4	
p6401 LIMPIAR LA ZONA DE COCINA Y LOS UTENSILIOS	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para limpiar la cocina y sus utensilios, por ejemplo, limpiar las mesas y lavar los platos?	0	1	2	3	4	
p6402 LIMPIEZA DE	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para limpiar su cuarto, por ejemplo, ordenar y quitar el polvo?	0	1	2	3	4	
p6405 ELIMINACIÓN DE LA BASURA	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para eliminar la basura de la casa, por ejemplo, recogerla y usar los basureros?	0	1	2	3	4	
p6506 CUIDADO DE LOS ANIMALES	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para cuidar los animales domésticos y las mascotas, por ejemplo, alimentarlos, limpiarlos, cepillarlos?	0	1	2	3	4	

Autoevaluación Ocupacional (COSA).

Auto Evaluación Ocupacional para Niños (COSA)

Nombre del niño: _____	Género: Niño <input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento: ___/___/___
Grado escolar: _____	Programa escolar: _____	
Terapeuta: _____	Fecha de la evaluación: ___/___/___	

Instrucciones:

- Las siguientes frases se refieren a las cosas diarias que hacen los niños. Para cada una de ellas, pregúntate a ti mismo si: ¿Es un problema para mí?, Si es así, ¿En qué grado es un problema para ti? ¿Cómo de grande es el problema? Señala la cara que mejor se ajuste a lo que tú piensas.
- También, piensa cuánta importancia tienen estas cosas para ti. Señala las estrellas que mejor se ajusten a lo que tú piensas.
- No hay respuestas correctas o erróneas.
- Elige la respuesta que te parezca mejor a ti.

Este es un ejemplo de cómo se hace:

Yo	Tengo muchos problemas para hacer esto	Tengo pocos problemas para hacer esto	Esto lo hago bien	Esto lo hago muy bien	No es muy importante para mí	Es importante para mí	Es muy importante para mí	Es lo más importante para mí
Puedo ver una película								

Yo	Tengo muchos problemas para hacer esto	Tengo pocos problemas para hacer esto	Esto lo hago bien	Esto lo hago muy bien	No es muy importante para mí	Es importante para mí	Es muy importante para mí	Es lo más importante para mí
Mantengo mi cuerpo limpio								
Me visto solo								
Como <u>sin ayuda</u>								
Uso dinero para comprar cosas por mí mismo								
Completo mis trabajos								
Duelmo lo suficiente								

Yo	Tengo muchos problemas para hacer esto	Tengo pocos problemas para hacer esto	Esto lo hago bien	Esto lo hago muy bien	No es muy importante para mí	Es importante para mí	Es muy importante para mí	Es lo más importante para mí
Tengo suficiente tiempo para hacer lo que me gusta								
Cuido de mis cosas								
Muevo mi cuerpo desde un lugar a otro								
Elige las cosas que quiero hacer								
Mantengo mi concentración en lo que tengo que hacer								
Termino lo que hago sin cansarme demasiado pronto								

Yo	Tengo muchos problemas para hacer esto	Tengo pocos problemas para hacer esto	Esto lo hago bien	Esto lo hago muy bien	No es muy importante para mí	Es importante para mí	Es muy importante para mí	Es lo más importante para mí
Hago cosas con mi familia					★	★★	★★★	★★★★
Hago cosas con mis amigos					★	★★	★★★	★★★★
Hago cosas con mis compañeros de clase					★	★★	★★★	★★★★
Sigo las reglas del aula					★	★★	★★★	★★★★
Finalizo mi trabajo a tiempo en el aula					★	★★	★★★	★★★★
Hago mis tareas					★	★★	★★★	★★★★

Yo	Tengo muchos problemas para hacer esto	Tengo pocos problemas para hacer esto	Esto lo hago bien	Esto lo hago muy bien	No es muy importante para mí	Es importante para mí	Es muy importante para mí	Es lo más importante para mí
Pregunto a mi profesor cuando lo necesito					★	★★	★★★	★★★★
Logro que los demás entiendan mis ideas					★	★★	★★★	★★★★
Pienso en la forma de hacer las cosas cuando tengo un problema					★	★★	★★★	★★★★
Sigo haciendo las cosas aunque se vuelvan difíciles					★	★★	★★★	★★★★
Me puedo calmar cuando me siento molesto					★	★★	★★★	★★★★

Yo	Tengo muchos problemas para hacer esto	Tengo pocos problemas para hacer esto	Esto lo hago bien	Esto lo hago muy bien	No es muy importante para mí	Es importante para mí	Es muy importante para mí	Es lo más importante para mí
Hago que mi cuerpo haga lo que quiero hacer					★	★★	★★★	★★★★
Uso mis manos para trabajar con cosas					★	★★	★★★	★★★★



Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36).

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente. Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una la casilla que mejor describa su respuesta.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año

3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año

5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada



LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco 4 Sí, moderado 5 Sí, mucho 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.



23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca
24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca
25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca
26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca
27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca
28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca
29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca
30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca
31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez
32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa
34. Estoy tan sano como cualquiera.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa
35. Creo que mi salud va a empeorar.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa
36. Mi salud es excelente.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

APÉNDICE C: MATERIAL ENTREGADO AI GRUPO EXPERIMENTAL

Material entregado a los niños del grupo experimental.

Listado con actividades de la vida diaria orientativo

Hoja de registro diario para sesión 1

Sistema de puntos para la sesión 2

Sistema de puntos para las sesiones 3, 4 y 5

Actividades de la vida diaria.

Básicas

Eres capaz de asear o lavar tus manos y cara.

Tomas una ducha o baño sin ninguna ayuda.

Cepillas tus dientes y pelo por ti mismo.

Eres capaz de elegir qué ropa usar y de vestirte sin ninguna ayuda.

Eres capaz de usar tenedor, cuchara y cuchillo para comer y un vaso o taza para beber sin derramar ni necesitar ninguna ayuda.

Me ducho cuando se indica.

Lavo las manos antes de comer/cenar.

Lavo las manos después de comer/cenar.

Instrumentales

Eres capaz de elegir algo para comprar y sabes cuánto dinero darle al cajero.

Eres capaz de terminar trabajos que se te piden sin ninguna ayuda de otros.

Mantienes un buen horario para tener tus tareas hechas de forma que tengas tiempo libre para hacer las cosas que deseas.

Mantienes tu ropa, libros, juegos y otras cosas a mano y disponibles de forma que puedas encontrar con facilidad lo que necesitas.

Eres capaz de estudiar en casa de forma de terminar tus tareas a tiempo.

Pongo/recojo la mesa.

Limpio el polvo de objetos/muebles de mi habitación o de algún sitio de la casa.

Ordeno mi habitación.

Riego las plantas.

Colaboro en preparar la cena.

Guardo lo compra.

Coloco mi ropa en el armario.

Me preparo para ir a dormir: lavo los dientes, las manos, me pongo el pijama y me meto en la cama a la hora indicada.

Guardo mis juegos después usarlos en el lugar adecuado (indicar cuál es).

Preparo la mochila sin ayuda para el colegio.




Llevo la ropa sucia al canasto después de ducharme.

Hoja de registro diario.




Debes pintar la cara que se corresponda con la actividad que has hecho cada día.

LUNES

Responsabilidad 1:

		
¡¡Hecho!!	Casi hecho	Hoy no lo hice




Responsabilidad 2:

		
¡¡Hecho!!	Casi hecho	Hoy no lo hice




Firma:

MARTES

Responsabilidad 1:

		
¡¡Hecho!!	Casi hecho	Hoy no lo hice




Responsabilidad 2:

		
¡¡Hecho!!	Casi hecho	Hoy no lo hice




Firma:

MIÉRCOLES

Responsabilidad 1:

		
¡¡Hecho!!	Casi hecho	Hoy no lo hice




Responsabilidad 2:

		
¡¡Hecho!!	Casi hecho	Hoy no lo hice




Firma:

JUEVES

Responsabilidad 1:

		
¡¡Hecho!!	Casi hecho	Hoy no lo hice




Responsabilidad 2:

		
¡¡Hecho!!	Casi hecho	Hoy no lo hice




Firma:

VIERNES

Responsabilidad 1:

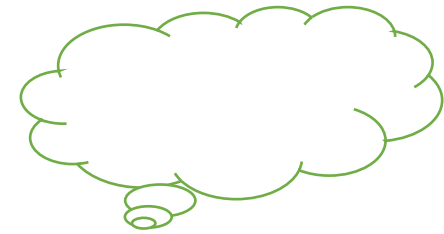
		
¡¡Hecho!!	Casi hecho	Hoy no lo hice

Responsabilidad 2:

		
¡¡Hecho!!	Casi hecho	Hoy no lo hice

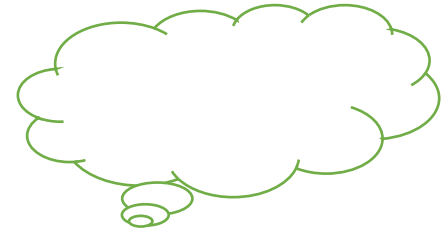
Firma:

Sistema de puntos de



¿QUÉ HAGO?	¿CUÁNDO LO HAGO?					Imagen	Recompensa
ACTIVIDAD 1:	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES		
ACTIVIDAD 2:	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES		

Sistema de puntos de



¿QUÉ HAGO?	¿CUÁNDO LO HAGO?					Imagen	Recompensa
ACTIVIDAD 1:	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES		
ACTIVIDAD 2:	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES		
ACTIVIDAD 3:	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES		

Material entregado a los padres del grupo experimental.

Dosier con las técnicas de modificación de conducta para fomentar la autonomía en el hogar

Sistema de economía de fichas

Sistema de autoinstrucciones

Listado de recompensas orientativo

Dossier entregado a padres.

Técnicas de modificación de conducta para fomentar la autonomía en casa

Introducción a las estrategias de intervención



¿Qué son las técnicas de modificación de conducta?

Las técnicas modificación conductual son herramientas que se emplean para reforzar, eliminar o fomentar responsabilidades diarias o conductas en el niño.

Tipos de refuerzos/consecuencias

Antes de conocer las técnicas de modificación conductual, se van a explicar los tipos de refuerzos/consecuencias que se pueden aplicar para obtener cambios en el niño.

Material

- Consecuencia físicas: juguetes
- Muy potentes
- Es difícil que se cansen de ellos

Comestible

- Implican comer algo
- Muy efectivos con hambre
- Poco efectivos con saciedad
- Refuerzo universal

Afectivo y social

- Ámbito emocional: caricias, palabras aplauso, abrazos, sonrisas, guiños...
- Muy efectivos y no cansan
- Relevancia en la autoestima
- Aumentan la motivación intrínseca

Actividad

- Permiso para hacer actividad o juego motivador
- Ventaja: muy reforzante
- Desventaja: se tienen que aplazar

Enfoques que se van a utilizar

1. Refuerzo positivo

Se utiliza para reforzar o mantener conductas en el tiempo. El objetivo es que las conductas “positivas” se repitan en el tiempo al premiarlas y reforzarlas.

POSITIVO	NEGATIVO
<ul style="list-style-type: none">▶ La consecuencia es positiva o agradable▶ Ejemplos:<ul style="list-style-type: none">◦ Dar un regalo por buen comportamiento◦ Hacer un guiño por una respuesta correcta	<ul style="list-style-type: none">▶ La consecuencia es evitar o escapar a un estímulo aversivo▶ No es castigo▶ Ejemplos:<ul style="list-style-type: none">◦ Conductas de protección

Recomendaciones:

- Usar un lenguaje claro, directo y sencillo
- Evitar uso de generalidades: tienes que portarte bien si haces los deberes tu sólo en tu cuarto, cuando acabes puedes usar media hora la tablet
- Objetivos alcanzables: si sacas notables te compro un caballo
- Comprometernos con consecuencias que podamos cumplir
- Refuerzos motivantes y atractivos para el niño
- Consecuencias proporcionadas con los actos

2. Economía de fichas

La economía de fichas utiliza puntos o gomets para fomentar o reforzar comportamientos en el día a día. Los refuerzos se aplican después de un comportamiento adecuado y los puntos obtenidos se canjean por “premios”.

- Uso para reforzar conductas e incrementar su frecuencia
- Uso de reforzadores artificiales: estrellas, gomets, fichas...
- Se obtienen reforzadores naturales significativos para el niño: ir al cine, juego, minutos en el ordenador...
- Trabajo de varias conductas a la vez
- Más efectiva porque es muy motivante

3. Autoinstrucciones

Las autoinstrucciones facilitan un aprendizaje simple y gradual de tareas. Las actividades se desglosan en tantos pasos como sean necesarios para la ejecución de forma independiente (hoja anexa).

Fomentar la autonomía y la responsabilidad en las actividades de la vida diaria

Enseñar hábitos de autonomía personal



¿Qué es la autonomía en la vida diaria?

Un niño se considera autónomo cuando es capaz de realizar sin ayuda actividades propias de su edad, acordes con su capacidad y su entorno socio-cultural.

Cuando es poco autónomo suele ser dependiente y requiere ayuda continua, tiene escasa iniciativa y mayores dificultades para solucionar problemas propios de la edad. Estas características se reflejan en la relación con iguales, en el aprendizaje diario y en el colegio.

Consejos previos

La norma que se debe seguir es, que todo aquello que pueda hacer solo, debe hacerlo por el mismo.

- Asumir la responsabilidad como padres.
 - Relación padre-hijo
 - Tiempo
 - Marcar límites
- Cambio de ideas: *“Yo lo hago más rápido”*.
- Acuerdo entre la pareja.
- Practicar con el ejemplo: «En casa tenemos las tareas repartidas, yo suelo cocinar y Ana suele encargarse de la limpieza. A nuestros hijos cuesta poco hacerles colaborar».
- Disponer de normas claras y límites delimitados.
- Deja que experimente las consecuencias, sean positivas o negativas.



- Adoptar pautas educativas: Mantener la constancia: adquisición de una rutina diaria.
- Elogia sus pequeños logros: REFUERZO POSITIVO.

Fomentar la autonomía de 7 a 11 años

Exigirle unas obligaciones y tareas

- *Poner la mesa, dejar la ropa sucia en el cesto, ordenar su ropa en el armario, cuidado de mascotas...*

Enseñarle a tomar pequeñas decisiones

- *«Ya sé que te gustan estos dos cuentos, pero sólo puedes elegir uno»*

Respetar los horarios

- Enseñar tiempos para cada actividad y que tienen principio y fin

Hábitos de autonomía personal

- Vestido
- Autocuidado
- Alimentación
- Estudio

¿Cómo empezar a exigir rutinas en casa?

- Proponedlo con confianza y seguridad. Sin alternativas ni titubeos: «a partir de hoy, antes de ducharte, pondrás la ropa sucia en este cesto».
- Exigir los hábitos poco a poco.
- Enseñarle mediante las estrategias anteriores.

2 y 3 años	4 y 5 años	6 y 7 años	8 y 9 años	10 y 11 años	12 años y más
Guardar los juguetes en su caja	Alimentar a las mascotas	Recoger la basura	Cargar el lavavajillas	Limpiar los baños	Fregar el suelo
Poner los libros en su sitio	Limpiar derrames del suelo	Doblar toallas	Cambiar bombillas	Limpiar la encimera	Cambiar bombillas del techo
Poner la ropa sucia para lavar	Recoger juguetes que se le indiquen	Limpiar el suelo con una mopa	Meter ropa en la lavadora y ponerla a funcionar	Aspirar las alfombras	Podar setos
Tirar cosas a la basura	Hacer la cama	Vaciar el lavavajillas	Doblar/colgar ropa limpiar	Preparar una comida simple	Ir a comprar comida con una lista
Llevar la leña	Recoger la habitación	Juntar los calcetines limpios	Limpiar el polvo de los muebles	Cortar el césped	Cocinar una comida completa
Doblar trapos	Regar las plantas	Quitar las hierbas malas	Guardar la compra	Recoger el correo	Hornear un pastel/bizcocho
Poner la mesa	Limpiar y ordenar cubiertos	Recoger hojas secas	Cocinar huevos revueltos	Barrer el garaje/coche	Hacer una reparación sencilla en casa
Ir a buscar pañales y toallitas	Preparar aperitivos sencillos	Pelar patatas o zanahorias	Hornear galletas		Limpiar los cristales
Limpiar polvo de los zócalos	Usar la aspiradora de mano	Hacer una ensalada	Sacar al perro		Planchar ropa
	Recoger la mesa de la cocina	Cambiar el rollo del WC	Poner la mesa		Vigilar a los hermanos menores
	Guardar los platos		Limpiar la mesa después de comer		
	Limpiar pomos de las puertas				

Distintas actividades para fomentar la responsabilidad y la autonomía en el hogar.

Si fuese necesario, se realizaran con supervisión oral o visual. También se debe empezar por pequeños pasos y con indicaciones sencillas y graduales.

Sistema de economía de fichas.

1. El sistema de economía de fichas o puntos:
 - Es una estrategia que utiliza el uso de estímulos como refuerzos para que aparezcan conductas deseables que favorezcan la adquisición de hábitos de autonomía.
 - Los puntos que se adquieren se cambian por recompensas o premios.
 - Las recompensas se elaboran y consensúan con el niño.
2. El tipo de recompensa/privilegio:
 - Deben ser tangibles y contingentes.
 - Cuando se entregue se debe:
 - i. Decir detalladamente que es lo que se ha premiado.
 - ii. Dar el premio de forma física.
 - iii. Debe ser tiempo de atención individual.
 - iv. Dar SIEMPRE CON UN REFUERZO SOCIAL (se elogia la conducta adquirida).

Ejemplo de un registro de economía de fichas:

¿QUÉ HAGO?	¿CUÁNDO LO HAGO?					Imagen	Recompensa
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES		
ACTIVIDAD 1: lavo los dientes tres veces al día	Si	No	Si	Si	Si		Participar toda la familia en un juego de mesa
ACTIVIDAD 2: Guardo mis juegos después usarlos en el lugar adecuado (indicar cuáles).	Si	Si	Si	Si	Si		Elegir el postre que quiera en domingo
ACTIVIDAD 3: Preparo la mochila sin ayuda para el colegio	No	Si	Si	No	No		Ver una película en casa con palomitas

Sistema de puntos de



¿QUÉ HAGO?	¿CUÁNDO LO HAGO?					Imagen	Recompensa
ACTIVIDAD 1:	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES		
ACTIVIDAD 2:	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES		
ACTIVIDAD 3:	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES		

Uso del sistema de autoinstrucciones.

Objetivo:

Implantación de un estilo cognitivo reflexivo en el niño, este deberá internalizar las instrucciones.

En qué consiste el contenido de las autoinstrucciones:

1. *Definición del problema.* ¿Qué es lo que tengo que hacer?.
2. *Estructurar la aproximación al problema.* Considerar todas las posibilidades.
3. *Focalizar la atención.* Tengo que centrar mi atención y pensar sólo en esto. Tengo que hacerlo «muy bien».
4. *Elección de la respuesta.* Yo pienso que es esta.
5. *Auto-refuerzo de las respuestas correctas o rectificación de los errores.* Esto ayuda a que el niño aprenda que puede pensar por sí mismo y a rectificar cuando comete un error, además de evitar juicios negativos, como «soy tonto», que pueden interferir en una ejecución adecuada.

Pasos para la puesta en práctica:

Estos cinco objetivos tienen que realizarse en un proceso que transcurre desde la expresión en voz alta de las autoinstrucciones a una fase en que se usa el lenguaje interno.

1. La madre (o el padre) modela la realización de la tarea, hablando en voz alta. El niño observa.
2. El niño realiza la tarea hablándose a sí mismo en voz alta.
3. El padre o la madre modela la realización de la tarea, mientras susurra las instrucciones que siguen.
4. El padre o la madre realiza la tarea, mientras utiliza autoinstrucciones encubiertas, con pausas y signos comportamentales de pensamiento.
5. El niño realiza la tarea utilizando autoinstrucciones encubiertas. El padre o la madre actúan en este caso como «modelos» de la conducta del niño. Es importante que participen y demuestren al niño la forma correcta de ejecutar sus actividades, en lugar de utilizar instrucciones correctas que planifiquen las tareas del niño.

IMPORTANTE: Tanto si el niño ha ejecutado bien la actividad, como si ha rectificado algún error cometido se le refuerza la conducta y la iniciativa de autonomía.

Ejemplo de Modelado:



Establecer el momento y lugar en el que debe realizarse la tarea.

Este debe incluirse dentro de las actividades cotidianas. Ej.: hacer la cama.

Mostramos los pasos y explicar al mismo tiempo que la realizamos.

Estimulamos al niño para que vaya realizando cada uno de los pasos mientras nosotros los vamos diciendo en voz alta.

Fragmentar en tareas más sencillas correctamente secuenciadas.

Si necesita ayuda se la prestamos pero conforme va mejorando la vamos retirando.

No olvidemos elogiarle por lo bien que lo está haciendo aunque los progresos sean pequeños.

Como dar órdenes de forma eficiente. Uso de la atención para reforzar el cumplimiento de conductas apropiadas.

1. Incrementar el uso de la atención positiva hacia conductas adecuadas.
2. Dar instrucciones de forma adecuada.
 - Características de una instrucción:
 - i. Necesaria.
 - ii. Factible: se tiene que poder cumplir.
 - iii. Quien da la orden debe:
 - Estar presente hasta que se cumpla.
 - Comprobar que se realiza.
 - Cómo dar la orden:
 - i. En el momento más propicio para ser cumplida.
 - ii. En el momento que el niño/a la entienda.
 - Reducir las distracciones: preparar el entorno.
 - Mantener el contacto visual mientras se da la orden.
 - iii. Debe ser CLARA Y SIMPLE.
 - No se pregunta, no se solicita de favor, ni se ruega: es una orden.
 - iv. Dar UNA sola cada vez.
 - Si es compleja se segmenta en partes, y se va dando el resto de información a medida que se ha cumplido la anterior.
 - v. Asegurarse que el niño ha entendido las instrucciones.
 - Hacer que repita la orden.
 - Cómo supervisar:
 - i. Limitar el tiempo de cumplimiento de la tarea.
 - ii. Supervisar la tarea antes de que se agote el tiempo.
 - iii. Estimular a acabar la tarea.
 - iv. REFORZAR Y ALABAR UNA VEZ CUMPLIDA LA ORDEN.

Texto adaptado de Amador, J.A., Forns, M., y González, M. (2010). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Madrid: Síntesis.

Lista de recompensas.

Poner un adorno que elija en la habitación (un corcho, poster, cuadro, figura...)
Ver la televisión 40 minutos
Jugar a videojuegos 10 minutos extra
Usar la tablet/ordenador 10 minutos extra
Salir a jugar con amigos
Invitar a un amigo a casa para jugar
Acostarse 30 minutos más tarde
Comprar un comic/libro
Merendar fuera de casa
Cenar fuera de casa
Ir a jugar a los bolos
Ir a ver la película que está de moda
1 paquete de cromos
Material para el colegio
10 chucherías que elija
Su bollo favorito para el desayuno o el postre
Hacer una manualidad con mamá/papá
Ayudar a hacer un bizcocho/tortilla/
Participar toda la familia en un juego de mesa
Ver una película en casa con palomitas
Bajar la bici al parque
Llevar un flotador a la piscina/playa

**Este listado es orientativo, cada familia debe consensuar junta una recompensa que vaya en consonancia con la tarea que va a ser realizada.
Se pueden poner en práctica otras que sean motivadoras para el niño.**

APÉNDICE D: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN: ORGANIZACIÓN DE LAS
SESIONES

Intervención con los menores.

Sesión 1

Objetivos de la sesión

- Explicar el funcionamiento del programa.
- Analizar las actividades y responsabilidades diarias en casa.

Guía de la sesión

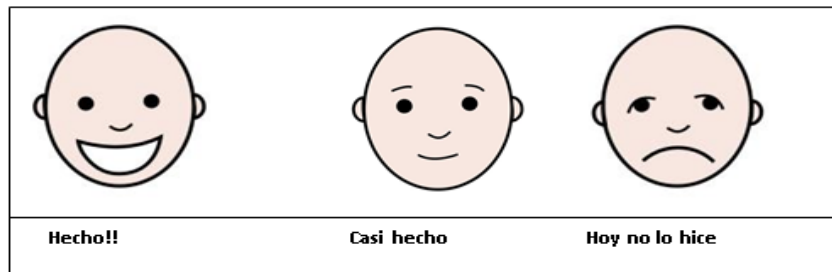
- Creación de un collage con las AVDB y la AVDI que cada niño realiza habitualmente en casa.
- Elección de la actividad para realizar como tarea para casa: elección de una actividad que el niño ya realice y de otra para que aprenda o mejore en su desempeño. El niño obtendrá una recompensa si cumple las responsabilidades todos los días.
- Tarea para casa: Se utilizará la supervisión mediante una lista que se le entregará al niño en las sesiones. Cada ficha tendrá una zona de firmas para los padres y otra para el niño. Todos los días deben firmar y pintar la cara con la indicación del comportamiento.

Comentarios posteriores

- Creación de un collage: se le entregó por escrito un listado de AVD y seleccionaron las que sabían hacer y las que querían aprender o mejorar. Después, los participantes escogieron dos y las explicaron por pasos secuenciales.
- Elección de la actividad y del refuerzo: cada participante seleccionó dos responsabilidades del collage. Los menores tenían que consensuar con los padres estas responsabilidades para hacer durante la semana, así como la recompensa iban a recibir si lograban completar las dos tareas diarias. Como premisa para los padres, se les indicó que una de las

responsabilidades debía ser una actividad que ya supieran hacer para que exista un refuerzo fijo y continuo y motivase a los menores en la ejecución de la segunda actividad. El sistema de elección de actividades y de recompensas se realizó de esta forma durante todo el programa. La elección durante la sesión fue orientativa.

- En tarea para casa: los padres supervisaron si las tareas han sido hechas. Los niños y las niñas pintaron en hoja de registro si la responsabilidad designada ha sido realizada de forma parcial, completa o quedó sin hacer.



Hoja de registro diario para completar en casa. Material realizado con pictogramas obtenidos en Arasaac.

Materiales

- Hoja de registro diario.

Sesión 2

Objetivos de la sesión

- Elaboración de un sistema de refuerzo positivo en el hogar.
- Realización de un dossier de conductas-recompensas que apoye el uso de la economía de fichas.

Guía de la sesión

- Repaso y cumplimiento de tareas de la sesión anterior seguido por el refuerzo de la terapeuta.
- Análisis de los problemas para la consecución de las tareas de la sesión anterior.
- Realizar la hoja para la economía de fichas. Se consensúan dos AVD con el menor en la sesión y se elige una de las que ha estado realizando en casa en las tareas de las sesiones anteriores. Se reflexiona con participante la elección del premio con relación a la actividad hecha.
- Tarea: buscar con los padres en casa una tarea de autocuidado que el niño realice de forma independencia en el hogar y de otra que necesite supervisión o ayuda para una ejecución correcta. Durante la semana, el niño y los padres las pondrán en práctica por lo menos una vez al día. Si realiza las tareas de autocuidado de manera independiente se seleccionará una actividad instrumental.

Materiales

- Tabla de puntos con actividades para cada día de la semana y con los refuerzos.
- AVD: 1 que domine y otra para aprender o mejorar.

Sesión 3

Objetivos de la sesión

- Realizar un horario con las rutinas diarias.
- Reforzar las actividades que realiza cotidianamente.
- Repaso de tareas.
- Elección de AVD para introducir.

Guía de la sesión

- Repaso y cumplimiento de las tareas de sesión anterior seguido por el refuerzo de la terapeuta.
- Análisis de los problemas para la consecución de las tareas de la sesión anterior.
- Tarea: buscar con los padres en casa una tarea de autocuidado que el menor realice de forma independiente en el hogar y de dos que necesite supervisión o ayuda para una ejecución correcta. Durante la semana el niño y los padres las pondrán en práctica por lo menos una vez al día. Si realiza las tareas de autocuidado de manera independiente, se seleccionarán actividades instrumentales.

Materiales

- Tabla de puntos con actividades para cada día de la semana y con los refuerzos.

AVD: 1 que domine y dos para aprender o mejorar.

Sesión 4

Objetivos de la sesión

- Realizar un horario con las rutinas diarias.
- Reforzar las actividades que realiza en el día a día.
- Repaso de tareas.
- Elección de AVD para introducir.

Guía de la sesión

- Repaso y cumplimiento de tareas de la sesión anterior seguido por el refuerzo de la terapeuta.
- Análisis de los problemas para la consecución de las tareas de la sesión anterior.
- Tarea: buscar con los padres en casa una tarea de autocuidado que el niño realice de forma independencia en el hogar y de dos que necesite supervisión o ayuda para una ejecución correcta. Durante la semana el menor y los padres las pondrán en práctica por lo menos una vez al día. Si realiza las tareas de autocuidado de manera independiente se seleccionarán actividades instrumentales.

Materiales

- Tabla de puntos con actividades para cada día de la semana y con los refuerzos.

AVD: 1 que domine y dos para aprender o mejorar.

Sesión 5

Objetivos de la sesión

- Realizar un horario con las rutinas diarias.
- Reforzar las actividades que realiza cotidianamente.
- Repaso de tareas.
- Elección de AVD para introducir. Durante la semana el menor y los padres las pondrán en práctica por lo menos una vez al día. Si realiza las tareas de autocuidado de manera independiente se seleccionarán actividades instrumentales.

Guía de la sesión

- Repaso y cumplimiento de tareas de la sesión anterior seguido por el refuerzo de la terapeuta.
- Análisis de los problemas surgidos durante la semana para la consecución de las tareas de sesión anterior.

Materiales

- Tabla de puntos con actividades para cada día de la semana y con los refuerzos.

AVD: 1 que domine y dos para aprender o mejorar.

Sesión 6

Objetivos de la sesión

- Revisar los problemas que han aparecido durante la semana.
- Revisar el aprendizaje, las técnicas que han funcionado y las que le han costado poner en práctica.

Guía de la sesión

- Repaso y cumplimiento de tareas de sesión la anterior seguido por el refuerzo de la terapeuta.
- Análisis de los problemas para la consecución de las tareas de la sesión anterior.
- Evaluación final.
- Cierre del programa.

Intervención psicoeducativa con los padres.

Sesión 1

Objetivos de la sesión

- Presentación del programa de intervención.
- Enseñar que actividades ocupacionales se corresponden con la edad cronológica de los hijos y análisis de las competencias actuales que presentan para que las pongan en práctica en el hogar.

IMPORTANTE: se le recordará que es necesario que refuercen todas las iniciativas de autonomía que están surgiendo en las niñas y los niños de forma independiente.

Guía de la sesión

- Presentación de los participantes y de la terapeuta.
- Información sobre el programa de intervención:
 - a. Introducción al TDAH.
 - b. Técnicas de modificación de conducta. Introducción a las estrategias de intervención.
 - Refuerzo positivo.
 - Economía de fichas.
 - Autoinstrucciones.
 - c. Autonomía en menores con TDAH.
 - d. Uso de la actividad propositiva como medio de intervención.
- Selección de la tarea para la semana. Se eligen dos tareas, una que el menor ya realice de forma autónoma y otra que todavía no haga o que sea necesario mejorar. Si el menor hace las responsabilidades todos los días, obtendrá una recompensa. El sistema de puntos y de recompensas orientativo se entrega en una lista a los padres.

- Tareas para casa: Se utilizará la supervisión mediante una hoja de registro diario que se le entregará al menor en la primera sesión. Cada ficha tendrá una zona de firmas para los padres y otra para el niño. Todos los días deben firmar y pintar la cara con la indicación del comportamiento.

Materiales

- Dossier para trabajar y facilitar la adquisición de contenidos los trabajados en sesión.

Sesión 2

Objetivos de la sesión

- Recogida de la documentación de la sesión anterior.
- Seguimiento sobre problemas durante la semana y puntos clave de éxito.
- Elección de AVD para introducir.

Guía de la sesión

- Repaso y cumplimiento de tareas de la sesión anterior.
- Análisis de los problemas surgidos durante la semana para la consecución de las tareas durante la semana.

Materiales

- Hojas de trabajo para casa (entregado a los menores).

Sesión 3

Objetivos de la sesión

- Recogida de la documentación de la sesión anterior.
- Seguimiento sobre problemas durante la semana y puntos clave de éxito.
- Elección de AVD para introducir.

Guía de la sesión

- Repaso y cumplimiento de tareas de sesión la anterior.
- Análisis de los problemas surgidos durante la semana para la consecución de las tareas que se han seleccionado.

Materiales

- Hojas de trabajo para casa (entregado a los menores).

Sesión 4

Objetivos de la sesión

- Revisar los problemas que han aparecido durante todo el programa.
- Revisar el aprendizaje, las técnicas que han funcionado y las que le han costado poner en práctica.
- Analizar las áreas ocupacionales que han mejorado y las que no han dado resultados óptimos.

Materiales

- Hojas de trabajo para casa (entregado a los menores).

Sesión 5

Objetivos de la sesión

- Revisar los problemas que han aparecido durante todo el programa.
- Revisar el aprendizaje, las técnicas que han funcionado y las que le han costado poner en práctica.
- Analizar las áreas ocupacionales que han mejorado y las que no han dado resultados óptimos.

Guía de la sesión

- Repaso y cumplimiento de las tareas de la sesión anterior.
- Análisis de los problemas surgidos durante la semana para la consecución de las tareas durante la semana.

Materiales

- Hojas de trabajo para casa (entregado a los menores).

Sesión 6

Objetivos de la sesión

- Recogida de la documentación de la sesión anterior.
- Seguimiento sobre problemas durante la semana y puntos clave de éxito.

Guía de la sesión

- Revisar los problemas que han aparecido durante la semana.
- Revisar el aprendizaje, las técnicas que han funcionado y las que ha sido dificultoso poner en práctica.
- Revisar el funcionamiento del programa: puntos fuertes, debilidades y mejoras.
- Analizar el nivel de autonomía adquirido en estas sesiones.
- Marcar fecha para el seguimiento a los 6 meses.

Muestra de los contenidos del grupo experimental.

A continuación, se presenta documentación relativa al tratamiento cognitivo-conductual realizado durante las sesiones del programa de intervención.

Se aporta el material con los resultados de un sujeto del grupo experimental para facilitar la comprensión y mostrar cómo ha sido el proceso de intervención durante las sesiones que formaban parte del estudio.

Se garantiza la confidencialidad de datos preservando el anonimato con las muestras de este apartado.

LO SE HACER

LO QUIERO APRENDER

0 MEJORAR

- Aspirar las alfombras
- Alimentar a las mascotas
- Preparar una comida simple
- Limpiar los derrames
- Recoger los juguetes
- Hacer la cama
- Recoger la habitación
- Regar las plantas
- Limpiar y ordenar los cubiertos
- Preparar aperitivos sencillos
- Usar la aspiradora de mano
- Recoger la mesa de la cocina
- Limpiar y guardar los platos
- Limpiar los pomos de las puertas

- Cargar el lavavajillas
- Limpiar la mesa
- Doblar/colgar ropa limpia
- Limpiar el polvo de los muebles
- Guardar la compra
- Sacar al perro

Controlar tiempo

- Limpiar los cristales
- Ir a comprar comida con una lista
- Vigilar a los hermanos menores
- Guardar los juguetes en la caja
- Poner los libros en su sitio
- Poner la ropa sucia para lavar
- Tirar las cosas a la basura
- Vaciar el lavavajillas
- Juntar los calcetines limpios
- Cambiar el rollo de papel del WC
- Doblar los trapos
- Poner la mesa
- Doblar toallas

- Hacer huevos revueltos
- Cambiar bombillas
- Limpiar la encimera
- Recoger el correo
- Aspirar y lavar el coche
- Fregar el suelo
- Planchar ropa
- Pelar patatas y zanahorias
- Hacer costura fácil (doblillos, botones,...)
- Hacer una ensalada
- Recoger la basura
- Hornear galletas
- Hornear un pastel o bizcocho
- Limpiar el suelo con la mopa
- Cortar el césped
- Limpiar los baños

Semana Nº

Hoja de registro diario

Debes pintar la cara que se corresponda con la actividad que has hecho cada día.




LUNES

Responsabilidad 1: Preparar desayuno

Responsabilidad 2: Doler / colgar ropa

Firma:

		
¡¡Hecho!!	Casi hecho	Hoy no lo hice

		
¡¡Hecho!!	Casi hecho	Hoy no lo hice



[Handwritten signature]




MARTES

Responsabilidad 1:

Responsabilidad 2: No hay ropa

Firma:

		
¡¡Hecho!!	Casi hecho	Hoy no lo hice

		
¡¡Hecho!!	Casi hecho	Hoy no lo hice




[Handwritten signature]




MIÉRCOLES

Responsabilidad 1:

Responsabilidad 2:

Firma:

		
¡¡Hecho!!	Casi hecho	Hoy no lo hice

		
¡¡Hecho!!	Casi hecho	Hoy no lo hice

[Handwritten signature]




JUEVES

Responsabilidad 1:

Responsabilidad 2:

Firma:

		
¡¡Hecho!!	Casi hecho	Hoy no lo hice

		
¡¡Hecho!!	Casi hecho	Hoy no lo hice

[Handwritten signature]




VIERNES

Responsabilidad 1:

Responsabilidad 2:

Firma:

		
¡¡Hecho!!	Casi hecho	Hoy no lo hice

		
¡¡Hecho!!	Casi hecho	Hoy no lo hice

[Handwritten signature]

Cine con mamá

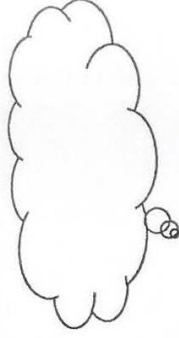
TAMBIEN NO HUBO

Sistema de puntos de

NO HUBO PUNTA

¿QUÉ HAGO?	¿CUÁNDO LO HAGO?					Imagen	Recompensa
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES		
ACTIVIDAD 1: Contar el tiempo de la ducha (11 min)	-	SI	SI	-	SI		Jugar con papa a los bolos
ACTIVIDAD 2: Recoger la mesa	SI	SI	SI	SI	SI		Comer con papa en el Burger King

Nº semana: 3

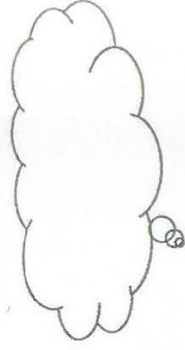


Sistema de puntos de

¿QUÉ HAGO?	¿CUÁNDO LO HAGO?					Imagen	Recompensa
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES		
ACTIVIDAD 1: Preparar desayuno y recoger mesa al desayuno y a la comida	SI	SI	SI	SI	SI		Cine Lory
ACTIVIDAD 2: Doler / colgar ropa	SI	SI	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES NO HUBO		Burguesa King con el Abuelo
ACTIVIDAD 3: Contador tiempo de ducha	-	-	SI	SI	SI		10 minutos más de play

Nº semana: 4

Sistema de puntos de



¿QUÉ HAGO?	¿CUÁNDO LO HAGO?					Imagen	Recompensa
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES		
ACTIVIDAD 1: Preparar desayuno y recoger mesa al desayuno y a la comida	SI	SI	SI	SI	SI		Carro con papá
ACTIVIDAD 2: Contar el tiempo de ducha	SI	-	SI	-	-		5 minutos más de play
ACTIVIDAD 3: Recoger el correo, aprender a cocinar cosas sencillas	SI	-	-	SI	-		

Nº Semana = 5

¿QUÉ HAGO?	¿CUÁNDO LO HAGO?							Imagen	Recompensa
	L	M	Miércoles	J	D				
ACTIVIDAD 1: Guardarla Compras, ir a comprar con una lista. Recoger el compra compra	-	SI	SI	SI	-			In a um casting ¡ACTOR!	
ACTIVIDAD 2: Preparar desayuno y recoger mesa al desayuno y a la comida	SI	SI	SI	SI	SI				
ACTIVIDAD 3: Doblar / recoger ropa	-	NO	-	-	-				

APÉNDICE E: ESTADÍSTICA

Descriptivo escala COSA pre intervención para 4 categorías de respuesta.

Tabla 60

Descriptivo de la escala COSA pre intervención para cuatro categorías

	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL		
	n	%	n	%	
COSA Pre: Mantengo mi cuerpo limpio	Tengo muchos problemas para hacer esto	2	11,1%	0	0,0%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	2	11,1%	2	11,1%
	Esto lo hago bien	8	44,4%	7	38,9%
	Esto lo hago muy bien	6	33,3%	9	50,0%
COSA Pre: Me visto solo	Tengo muchos problemas para hacer esto	1	5,6%	1	5,6%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	2	11,1%	2	11,1%
	Esto lo hago bien	5	27,8%	5	27,8%
	Esto lo hago muy bien	10	55,6%	10	55,6%
COSA Pre: Como sin ayuda	Tengo muchos problemas para hacer esto	2	11,1%	2	11,1%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	5	27,8%	1	5,6%
	Esto lo hago bien	11	61,1%	5	27,8%
	Esto lo hago muy bien	0	0,0%	10	55,6%
COSA Pre: Uso dinero para comprar cosas por mí mismo	Tengo muchos problemas para hacer esto	5	27,8%	3	16,7%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	5	27,8%	5	27,8%
	Esto lo hago bien	7	38,9%	6	33,3%
	Esto lo hago muy bien	1	5,6%	4	22,2%
COSA Pre: Completo mis trabajos	Tengo muchos problemas para hacer esto	2	11,1%	0	0,0%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	10	55,6%	0	0,0%
	Esto lo hago bien	6	33,3%	11	61,1%
	Esto lo hago muy bien	0	0,0%	7	38,9%
COSA Pre: Duermo lo suficiente	Tengo muchos problemas para hacer esto	5	27,8%	3	16,7%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	2	11,1%	4	22,2%
	Esto lo hago bien	4	22,2%	6	33,3%
	Esto lo hago muy bien	7	38,9%	5	27,8%
COSA Pre: Tengo suficiente tiempo para hacer lo que me gusta	Tengo muchos problemas para hacer esto	1	5,6%	1	5,6%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	4	22,2%	2	11,1%
	Esto lo hago bien	8	44,4%	3	16,7%
	Esto lo hago muy bien	5	27,8%	12	66,7%
COSA Pre: Cuido de mis cosas	Tengo muchos problemas para hacer esto	3	16,7%	0	0,0%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	4	22,2%	2	11,1%
	Esto lo hago bien	8	44,4%	6	33,3%
	Esto lo hago muy bien	3	16,7%	10	55,6%
COSA Pre: Muevo mi cuerpo desde un lugar hacia otro	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%	0	0,0%

	Tengo pocos problemas para hacer esto	1	5,6%	1	5,6%
	Esto lo hago bien	8	44,4%	6	33,3%
	Esto lo hago muy bien	9	50,0%	11	61,1%
COSA Pre: Elijo cosas que quiero hacer	Tengo muchos problemas para hacer esto	1	5,6%	2	11,1%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	4	22,2%	0	0,0%
	Esto lo hago bien	7	38,9%	11	61,1%
	Esto lo hago muy bien	6	33,3%	5	27,8%
	Tengo muchos problemas para hacer esto	5	27,8%	1	5,6%
COSA Pre: Mantengo mi concentración en lo que hago	Tengo pocos problemas para hacer esto	7	38,9%	12	66,7%
	Esto lo hago bien	3	16,7%	3	16,7%
	Esto lo hago muy bien	3	16,7%	2	11,1%
	Tengo muchos problemas para hacer esto	5	27,8%	0	0,0%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	5	27,8%	4	23,5%
COSA Pre: Termino lo que estoy haciendo sin sentirme cansado demasiado pronto	Esto lo hago bien	5	27,8%	6	35,3%
	Esto lo hago muy bien	3	16,7%	7	41,2%
	Tengo muchos problemas para hacer esto	1	5,6%	2	11,1%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	3	16,7%	1	5,6%
	Esto lo hago bien	9	50,0%	8	44,4%
COSA Pre: Hago cosas con mi familia	Esto lo hago muy bien	5	27,8%	7	38,9%
	Tengo muchos problemas para hacer esto	3	16,7%	1	5,6%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	4	22,2%	1	5,6%
	Esto lo hago bien	7	38,9%	6	33,3%
	Esto lo hago muy bien	4	22,2%	10	55,6%
COSA Pre: Hago cosas con mis amigos	Tengo muchos problemas para hacer esto	1	5,6%	1	5,6%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	7	38,9%	2	11,1%
	Esto lo hago bien	6	33,3%	6	33,3%
	Esto lo hago muy bien	4	22,2%	9	50,0%
	Tengo muchos problemas para hacer esto	2	11,1%	1	5,6%
COSA Pre: Hago cosas con mis compañeros de aula	Tengo pocos problemas para hacer esto	5	27,8%	4	22,2%
	Esto lo hago bien	8	44,4%	5	27,8%
	Esto lo hago muy bien	3	16,7%	8	44,4%
	Tengo muchos problemas para hacer esto	2	11,1%	1	5,6%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	10	55,6%	6	33,3%
COSA Pre: Termino mi trabajo a tiempo en clases	Esto lo hago bien	6	33,3%	6	33,3%
	Esto lo hago muy bien	0	0,0%	5	27,8%
	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%	0	0,0%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	8	44,4%	8	44,4%
	Esto lo hago bien	9	50,0%	4	22,2%
COSA Pre: Hago mis tareas	Esto lo hago muy bien	1	5,6%	6	33,3%
	Tengo muchos problemas para hacer esto	1	5,6%	1	5,6%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	1	5,6%	1	5,6%

	Tengo pocos problemas para hacer esto	4	22,2%	1	5,6%
	Esto lo hago bien	12	66,7%	7	38,9%
	Esto lo hago muy bien	1	5,6%	9	50,0%
	Tengo muchos problemas para hacer esto	2	11,1%	1	5,6%
COSA Pre: Logro que los demás entiendan mis ideas	Tengo pocos problemas para hacer esto	8	44,4%	3	16,7%
	Esto lo hago bien	7	38,9%	9	50,0%
	Esto lo hago muy bien	1	5,6%	5	27,8%
	Tengo muchos problemas para hacer esto	4	22,2%	1	5,6%
COSA Pre: Pienso la forma de hacer las cosas cuando tengo un problema	Tengo pocos problemas para hacer esto	6	33,3%	5	27,8%
	Esto lo hago bien	7	38,9%	7	38,9%
	Esto lo hago muy bien	1	5,6%	5	27,8%
	Tengo muchos problemas para hacer esto	3	16,7%	0	0,0%
COSA Pre: Me mantengo trabajando en algo aunque se vuelva difícil	Tengo pocos problemas para hacer esto	6	33,3%	1	5,6%
	Esto lo hago bien	9	50,0%	8	44,4%
	Esto lo hago muy bien	0	0,0%	9	50,0%
	Tengo muchos problemas para hacer esto	3	16,7%	3	16,7%
COSA Pre: Me puedo calmar cuando me siento molesto	Tengo pocos problemas para hacer esto	13	72,2%	3	16,7%
	Esto lo hago bien	2	11,1%	7	38,9%
	Esto lo hago muy bien	0	0,0%	5	27,8%
	Tengo muchos problemas para hacer esto	5	27,8%	0	0,0%
COSA Pre: Hago que mi cuerpo haga lo que quiero hacer	Tengo pocos problemas para hacer esto	5	27,8%	3	16,7%
	Esto lo hago bien	8	44,4%	4	22,2%
	Esto lo hago muy bien	0	0,0%	11	61,1%
	Tengo muchos problemas para hacer esto	4	22,2%	0	0,0%
COSA Pre: Uso mis manos para trabajar con cosas	Tengo pocos problemas para hacer esto	5	27,8%	0	0,0%
	Esto lo hago bien	9	50,0%	5	27,8%
	Esto lo hago muy bien	0	0,0%	13	72,2%

Descriptivo escala COSA post intervención para 4 categorías de respuesta.

Tabla 61

Descriptivo de la escala COSA post intervención para cuatro categorías

	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL		
	n	%	n	%	
COSA Post: Mantengo mi cuerpo limpio	Tengo muchos problemas para hacer esto	1	5,6%	1	5,6%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	0	0,0%	0	0,0%
	Esto lo hago bien	11	61,1%	6	33,3%
	Esto lo hago muy bien	6	33,3%	11	61,1%
COSA Post: Me visto solo	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%	1	5,6%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	2	11,1%	0	0,0%
	Esto lo hago bien	7	38,9%	3	16,7%
	Esto lo hago muy bien	9	50,0%	14	77,8%
COSA Post: Como sin ayuda	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%	0	0,0%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	0	0,0%	0	0,0%
	Esto lo hago bien	6	33,3%	3	16,7%
	Esto lo hago muy bien	12	66,7%	15	83,3%
COSA Post: Uso dinero para comprar cosas por mí mismo	Tengo muchos problemas para hacer esto	3	16,7%	0	0,0%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	6	33,3%	2	11,1%
	Esto lo hago bien	6	33,3%	5	27,8%
	Esto lo hago muy bien	3	16,7%	11	61,1%
COSA Post: Completo mis trabajos	Tengo muchos problemas para hacer esto	2	11,1%	2	11,1%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	3	16,7%	0	0,0%
	Esto lo hago bien	9	50,0%	9	50,0%
	Esto lo hago muy bien	4	22,2%	7	38,9%
COSA Post: Duermo lo suficiente	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%	0	0,0%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	2	11,1%	3	16,7%
	Esto lo hago bien	8	44,4%	4	22,2%
	Esto lo hago muy bien	8	44,4%	11	61,1%
COSA Post: Tengo suficiente tiempo para hacer lo que me gusta	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%	2	11,1%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	3	16,7%	1	5,6%
	Esto lo hago bien	11	61,1%	4	22,2%
	Esto lo hago muy bien	4	22,2%	11	61,1%
COSA Post: Cuido de mis cosas	Tengo muchos problemas para hacer esto	2	11,1%	2	11,1%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	1	5,6%	0	0,0%
	Esto lo hago bien	10	55,6%	7	38,9%
COSA Post: Muevo mi cuerpo desde un lugar hacia otro	Esto lo hago muy bien	5	27,8%	9	50,0%
	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%	0	0,0%

	Tengo pocos problemas para hacer esto	1	5,6%	1	5,6%
	Esto lo hago bien	7	38,9%	3	16,7%
	Esto lo hago muy bien	10	55,6%	14	77,8%
COSA Post: Elijo cosas que quiero hacer	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%	1	5,6%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	2	11,1%	1	5,6%
	Esto lo hago bien	9	50,0%	9	50,0%
	Esto lo hago muy bien	7	38,9%	7	38,9%
COSA Post: Mantengo mi concentración en lo que hago	Tengo muchos problemas para hacer esto	3	16,7%	1	5,6%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	9	50,0%	6	33,3%
	Esto lo hago bien	4	22,2%	8	44,4%
	Esto lo hago muy bien	2	11,1%	3	16,7%
COSA Post: Termino lo que estoy haciendo sin sentirme cansado demasiado pronto	Tengo muchos problemas para hacer esto	2	11,1%	2	11,1%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	5	27,8%	2	11,1%
	Esto lo hago bien	9	50,0%	8	44,4%
	Esto lo hago muy bien	2	11,1%	6	33,3%
COSA Post: Hago cosas con mi familia	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%	2	11,1%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	0	0,0%	0	0,0%
	Esto lo hago bien	12	66,7%	6	33,3%
	Esto lo hago muy bien	6	33,3%	10	55,6%
COSA Post: Hago cosas con mis amigos	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%	1	5,6%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	3	16,7%	1	5,6%
	Esto lo hago bien	5	27,8%	5	27,8%
	Esto lo hago muy bien	10	55,6%	11	61,1%
COSA Post: Hago cosas con mis compañeros de aula	Tengo muchos problemas para hacer esto	2	11,1%	1	5,6%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	4	22,2%	0	0,0%
	Esto lo hago bien	6	33,3%	7	38,9%
	Esto lo hago muy bien	6	33,3%	10	55,6%
COSA Post: Sigo las reglas del aula	Tengo muchos problemas para hacer esto	1	5,6%	1	5,6%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	1	5,6%	0	0,0%
	Esto lo hago bien	10	55,6%	7	38,9%
	Esto lo hago muy bien	6	33,3%	10	55,6%
COSA Post: Termino mi trabajo a tiempo en clases	Tengo muchos problemas para hacer esto	1	5,6%	3	16,7%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	6	33,3%	0	0,0%
	Esto lo hago bien	5	27,8%	10	55,6%
	Esto lo hago muy bien	6	33,3%	5	27,8%
COSA Post: Hago mis tareas	Tengo muchos problemas para hacer esto	1	5,6%	1	5,6%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	3	16,7%	0	0,0%
	Esto lo hago bien	8	44,4%	7	38,9%
	Esto lo hago muy bien	6	33,3%	10	55,6%
COSA Post: Pregunto a mi profesor cuando lo necesito	Tengo muchos problemas para hacer esto	1	5,6%	1	5,6%

	Tengo pocos problemas para hacer esto	2	11,1%	0	0,0%
	Esto lo hago bien	10	55,6%	7	38,9%
	Esto lo hago muy bien	5	27,8%	10	55,6%
	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%	1	5,6%
COSA Post: Logro que los demás entiendan mis ideas	Tengo pocos problemas para hacer esto	7	38,9%	5	27,8%
	Esto lo hago bien	7	38,9%	7	38,9%
	Esto lo hago muy bien	4	22,2%	5	27,8%
	Tengo muchos problemas para hacer esto	3	16,7%	2	11,1%
COSA Post: Pienso la forma de hacer las cosas cuando tengo un problema	Tengo pocos problemas para hacer esto	8	44,4%	2	11,1%
	Esto lo hago bien	5	27,8%	7	38,9%
	Esto lo hago muy bien	2	11,1%	7	38,9%
	Tengo muchos problemas para hacer esto	2	11,1%	1	5,6%
COSA Post: Me mantengo trabajando en algo aunque se vuelva difícil	Tengo pocos problemas para hacer esto	5	27,8%	2	11,1%
	Esto lo hago bien	8	44,4%	10	55,6%
	Esto lo hago muy bien	3	16,7%	5	27,8%
	Tengo muchos problemas para hacer esto	2	11,1%	2	11,1%
COSA Post: Me puedo calmar cuando me siento molesto	Tengo pocos problemas para hacer esto	10	55,6%	3	16,7%
	Esto lo hago bien	4	22,2%	10	55,6%
	Esto lo hago muy bien	2	11,1%	3	16,7%
	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%	0	0,0%
COSA Post: Hago que mi cuerpo haga lo que quiero hacer	Tengo pocos problemas para hacer esto	3	16,7%	3	16,7%
	Esto lo hago bien	8	44,4%	6	33,3%
	Esto lo hago muy bien	7	38,9%	9	50,0%
	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%	2	11,1%
COSA Post: Uso mis manos para trabajar con cosas	Tengo pocos problemas para hacer esto	3	16,7%	0	0,0%
	Esto lo hago bien	7	38,9%	4	22,2%
	Esto lo hago muy bien	8	44,4%	12	66,7%

Descriptivo escala COSA al seguimiento para 4 categorías de respuesta.

Tabla 62

Descriptivo de la escala COSA al seguimiento para cuatro categorías de respuesta

GRUPO EXPERIMENTAL		n	%
COSA Post 6 meses: Mantengo mi cuerpo limpio	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	0	0,0%
	Esto lo hago bien	8	44,4%
	Esto lo hago muy bien	10	55,6%
COSA Post 6 meses: Me visto solo	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	0	0,0%
	Esto lo hago bien	7	38,9%
	Esto lo hago muy bien	11	61,1%
COSA Post 6 meses: Como sin ayuda	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	0	0,0%
	Esto lo hago bien	1	5,6%
	Esto lo hago muy bien	17	94,4%
COSA Post 6 meses: Uso dinero para comprar cosas por mí mismo	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	6	33,3%
	Esto lo hago bien	9	50,0%
	Esto lo hago muy bien	3	16,7%
COSA Post 6 meses: Completo mis trabajos	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	0	0,0%
	Esto lo hago bien	16	88,9%
	Esto lo hago muy bien	2	11,1%
COSA Post 6 meses: Duermo lo suficiente	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	1	5,6%
	Esto lo hago bien	16	88,9%
	Esto lo hago muy bien	1	5,6%
COSA Post 6 meses: Tengo suficiente tiempo para hacer lo que me gusta	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	0	0,0%
	Esto lo hago bien	15	83,3%
	Esto lo hago muy bien	3	16,7%
COSA Post 6 meses: Cuido de mis cosas	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	0	0,0%
	Esto lo hago bien	12	66,7%
	Esto lo hago muy bien	6	33,3%
COSA Post 6 meses: Muevo mi cuerpo desde un lugar hacia otro	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%

	Tengo pocos problemas para hacer esto	0	0,0%
	Esto lo hago bien	15	83,3%
	Esto lo hago muy bien	3	16,7%
COSA Post 6 meses: Elijo cosas que quiero hacer	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	0	0,0%
	Esto lo hago bien	16	88,9%
	Esto lo hago muy bien	2	11,1%
COSA Post 6 meses: Mantengo mi concentración en lo que hago	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	11	61,1%
	Esto lo hago bien	7	38,9%
	Esto lo hago muy bien	0	0,0%
COSA Post 6 meses: Termino lo que estoy haciendo sin sentirme cansado demasiado pronto	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	2	11,1%
	Esto lo hago bien	15	83,3%
	Esto lo hago muy bien	1	5,6%
COSA Post 6 meses: Hago cosas con mi familia	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	5	27,8%
	Esto lo hago bien	9	50,0%
	Esto lo hago muy bien	4	22,2%
COSA Post 6 meses: Hago cosas con mis amigos	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	1	5,6%
	Esto lo hago bien	13	72,2%
	Esto lo hago muy bien	4	22,2%
COSA Post 6 meses: Hago cosas con mis compañeros de aula	Tengo muchos problemas para hacer esto	1	5,6%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	5	27,8%
	Esto lo hago bien	10	55,6%
	Esto lo hago muy bien	2	11,1%
COSA Post 6 meses: Sigo las reglas del aula	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	0	0,0%
	Esto lo hago bien	17	94,4%
	Esto lo hago muy bien	1	5,6%
COSA Post 6 meses: Termino mi trabajo a tiempo en clases	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	5	27,8%
	Esto lo hago bien	11	61,1%
	Esto lo hago muy bien	2	11,1%
COSA Post 6 meses: Hago mis tareas	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%
	Tengo pocos problemas para hacer esto	2	11,1%
	Esto lo hago bien	14	77,8%
	Esto lo hago muy bien	2	11,1%
COSA Post 6 meses: Pregunto a mi profesor cuando lo necesito	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%

	Tengo pocos problemas para hacer esto	3	16,7%
	Esto lo hago bien	15	83,3%
	Esto lo hago muy bien	0	0,0%
	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%
COSA Post 6 meses: Logro que los demás entiendan mis ideas	Tengo pocos problemas para hacer esto	9	50,0%
	Esto lo hago bien	9	50,0%
	Esto lo hago muy bien	0	0,0%
	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%
COSA Post 6 meses: Pienso la forma de hacer las cosas cuando tengo un problema	Tengo pocos problemas para hacer esto	8	44,4%
	Esto lo hago bien	10	55,6%
	Esto lo hago muy bien	0	0,0%
	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%
COSA Post 6 meses: Me mantengo trabajando en algo aunque se vuelva difícil	Tengo pocos problemas para hacer esto	1	5,6%
	Esto lo hago bien	17	94,4%
	Esto lo hago muy bien	0	0,0%
	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%
COSA Post 6 meses: Me puedo calmar cuando me siento molesto	Tengo pocos problemas para hacer esto	14	77,8%
	Esto lo hago bien	4	22,2%
	Esto lo hago muy bien	0	0,0%
	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%
COSA Post 6 meses: Hago que mi cuerpo haga lo que quiero hacer	Tengo pocos problemas para hacer esto	0	0,0%
	Esto lo hago bien	11	61,1%
	Esto lo hago muy bien	7	38,9%
	Tengo muchos problemas para hacer esto	0	0,0%
COSA Post 6 meses: Uso mis manos para trabajar con cosas	Tengo pocos problemas para hacer esto	4	22,2%
	Esto lo hago bien	8	44,4%
	Esto lo hago muy bien	6	33,3%

Descriptivo escala COSA pre intervención para 2 categorías de respuesta.

Tabla 63

Descriptivo de la escala COSA pre intervención para dos categorías

	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL		
	n	%	n	%	
COSA Pre: Mantengo mi cuerpo limpio (2 Cat)	Realización con dificultad	4	22,2%	2	11,1%
	Realización sin dificultad	14	77,8%	16	88,9%
COSA Pre: Me visto solo (2 Cat)	Realización con dificultad	3	16,7%	3	16,7%
	Realización sin dificultad	15	83,3%	15	83,3%
COSA Pre: Como sin ayuda (2 Cat)	Realización con dificultad	2	11,1%	3	16,7%
	Realización sin dificultad	16	88,9%	15	83,3%
COSA Pre: Uso dinero para comprar cosas por mí mismo (2 Cat)	Realización con dificultad	10	55,6%	8	44,4%
	Realización sin dificultad	8	44,4%	10	55,6%
COSA Pre: Completo mis trabajos (2 Cat)	Realización con dificultad	12	66,7%	0	0,0%
	Realización sin dificultad	6	33,3%	18	100,0%
COSA Pre: Duermo lo suficiente (2 Cat)	Realización con dificultad	2	11,1%	1	5,6%
	Realización sin dificultad	16	88,9%	17	94,4%
COSA Pre: Tengo suficiente tiempo para hacer lo que me gusta (2 Cat)	Realización con dificultad	5	27,8%	3	16,7%
	Realización sin dificultad	13	72,2%	15	83,3%
COSA Pre: Cuido de mis cosas (2 Cat)	Realización con dificultad	7	38,9%	2	11,1%
	Realización sin dificultad	11	61,1%	16	88,9%
COSA Pre: Muevo mi cuerpo desde un lugar hacia otro (2 Cat)	Realización con dificultad	1	5,6%	1	5,6%
	Realización sin dificultad	17	94,4%	17	94,4%
COSA Pre: Elijo cosas que quiero hacer (2 Cat)	Realización con dificultad	5	27,8%	2	11,1%
	Realización sin dificultad	13	72,2%	16	88,9%
COSA Pre: Mantengo mi concentración en lo que hago (2 Cat)	Realización con dificultad	12	66,7%	13	72,2%
	Realización sin dificultad	6	33,3%	5	27,8%
COSA Pre: Termino lo que estoy haciendo sin sentirme cansado demasiado pronto (2 Cat)	Realización con dificultad	10	55,6%	4	23,5%
	Realización sin dificultad	8	44,4%	13	76,5%
COSA Pre: Hago cosas con mi familia (2 Cat)	Realización con dificultad	4	22,2%	3	16,7%
	Realización sin dificultad	14	77,8%	15	83,3%
COSA Pre: Hago cosas con mis amigos (2 Cat)	Realización con dificultad	7	38,9%	2	11,1%
	Realización sin dificultad	11	61,1%	16	88,9%
COSA Pre: Hago cosas con mis compañeros de aula (2 Cat)	Realización con dificultad	8	44,4%	3	16,7%
	Realización sin dificultad	10	55,6%	15	83,3%
COSA Pre: Sigo las reglas del aula (2 Cat)	Realización con dificultad	7	38,9%	5	27,8%
	Realización sin dificultad	11	61,1%	13	72,2%
COSA Pre: Termino mi trabajo a tiempo en clases (2 Cat)	Realización con dificultad	12	66,7%	7	38,9%

	Realización sin dificultad	6	33,3%	11	61,1%
COSA Pre: Hago mis tareas (2 Cat)	Realización con dificultad	8	44,4%	8	44,4%
	Realización sin dificultad	10	55,6%	10	55,6%
COSA Pre: Pregunto a mi profesor cuando lo necesito (2 Cat)	Realización con dificultad	5	27,8%	2	11,1%
	Realización sin dificultad	13	72,2%	16	88,9%
COSA Pre: Logro que los demás entiendan mis ideas (2 Cat)	Realización con dificultad	10	55,6%	4	22,2%
	Realización sin dificultad	8	44,4%	14	77,8%
COSA Pre: Pienso la forma de hacer las cosas cuando tengo un problema (2 Cat)	Realización con dificultad	10	55,6%	6	33,3%
	Realización sin dificultad	8	44,4%	12	66,7%
COSA Pre: Me mantengo trabajando en algo aunque se vuelva difícil (2 Cat)	Realización con dificultad	9	50,0%	1	5,6%
	Realización sin dificultad	9	50,0%	17	94,4%
COSA Pre: Me puedo calmar cuando me siento molesto (2 Cat)	Realización con dificultad	16	88,9%	6	33,3%
	Realización sin dificultad	2	11,1%	12	66,7%
COSA Pre: Hago que mi cuerpo haga lo que quiero hacer (2 Cat)	Realización con dificultad	5	27,8%	3	16,7%
	Realización sin dificultad	13	72,2%	15	83,3%
COSA Pre: Uso mis manos para trabajar con cosas (2 Cat)	Realización con dificultad	4	22,2%	0	0,0%
	Realización sin dificultad	14	77,8%	18	100,0%

Descriptivo escala COSA post intervención para 2 categorías de respuesta.

Tabla 64

Descriptivo de la escala COSA post intervención para dos categorías

	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL		
	n	%	n	%	
COSA Post: Mantengo mi cuerpo limpio (2 Cat)	Realización con dificultad	1	5,6%	1	5,6%
	Realización sin dificultad	17	94,4%	17	94,4%
COSA Post: Me visto solo (2 Cat)	Realización con dificultad	2	11,1%	1	5,6%
	Realización sin dificultad	16	88,9%	17	94,4%
COSA Post: Como sin ayuda (2 Cat)	Realización con dificultad	0	0,0%	0	0,0%
	Realización sin dificultad	18	100,0%	18	100,0%
COSA Post: Uso dinero para comprar cosas por mí mismo (2 Cat)	Realización con dificultad	9	50,0%	2	11,1%
	Realización sin dificultad	9	50,0%	16	88,9%
COSA Post: Completo mis trabajos (2 Cat)	Realización con dificultad	5	27,8%	2	11,1%
	Realización sin dificultad	13	72,2%	16	88,9%
COSA Post: Duermo lo suficiente (2 Cat)	Realización con dificultad	2	11,1%	3	16,7%
	Realización sin dificultad	16	88,9%	15	83,3%
COSA Post: Tengo suficiente tiempo para hacer lo que me gusta (2 Cat)	Realización con dificultad	3	16,7%	3	16,7%
	Realización sin dificultad	15	83,3%	15	83,3%
COSA Post: Cuido de mis cosas (2 Cat)	Realización con dificultad	3	16,7%	2	11,1%
	Realización sin dificultad	15	83,3%	16	88,9%
COSA Post: Muevo mi cuerpo desde un lugar hacia otro (2 Cat)	Realización con dificultad	1	5,6%	1	5,6%
	Realización sin dificultad	17	94,4%	17	94,4%
COSA Post: Elijo cosas que quiero hacer (2 Cat)	Realización con dificultad	2	11,1%	2	11,1%
	Realización sin dificultad	16	88,9%	16	88,9%
COSA Post: Mantengo mi concentración en lo que hago (2 Cat)	Realización con dificultad	12	66,7%	7	38,9%
	Realización sin dificultad	6	33,3%	11	61,1%
COSA Post: Termino lo que estoy haciendo sin sentirme cansado demasiado pronto (2 Cat)	Realización con dificultad	7	38,9%	4	22,2%
	Realización sin dificultad	11	61,1%	14	77,8%
COSA Post: Hago cosas con mi familia (2 Cat)	Realización con dificultad	0	0,0%	2	11,1%
	Realización sin dificultad	18	100,0%	16	88,9%
COSA Post: Hago cosas con mis amigos (2 Cat)	Realización con dificultad	3	16,7%	2	11,1%
	Realización sin dificultad	15	83,3%	16	88,9%
COSA Post: Hago cosas con mis compañeros de aula (2 Cat)	Realización con dificultad	6	33,3%	1	5,6%
	Realización sin dificultad	12	66,7%	17	94,4%
COSA Post: Sigo las reglas del aula (2 Cat)	Realización con dificultad	2	11,1%	1	5,6%
	Realización sin dificultad	16	88,9%	17	94,4%
COSA Post: Termino mi trabajo a tiempo en clases (2 Cat)	Realización con dificultad	7	38,9%	3	16,7%

	Realización sin dificultad	11	61,1%	15	83,3%
	Realización con dificultad	4	22,2%	1	5,6%
COSA Post: Hago mis tareas (2 Cat)	Realización sin dificultad	14	77,8%	17	94,4%
	Realización con dificultad	3	16,7%	1	5,6%
COSA Post: Pregunto a mi profesor cuando lo necesito (2 Cat)	Realización sin dificultad	15	83,3%	17	94,4%
	Realización con dificultad	7	38,9%	6	33,3%
COSA Post: Logro que los demás entiendan mis ideas (2 Cat)	Realización sin dificultad	11	61,1%	12	66,7%
	Realización con dificultad	11	61,1%	4	22,2%
COSA Post: Pienso la forma de hacer las cosas cuando tengo un problema (2 Cat)	Realización sin dificultad	7	38,9%	14	77,8%
	Realización con dificultad	7	38,9%	3	16,7%
COSA Post: Me mantengo trabajando en algo aunque se vuelva difícil (2 Cat)	Realización sin dificultad	11	61,1%	15	83,3%
	Realización con dificultad	12	66,7%	5	27,8%
COSA Post: Me puedo calmar cuando me siento molesto (2 Cat)	Realización sin dificultad	6	33,3%	13	72,2%
	Realización con dificultad	3	16,7%	3	16,7%
COSA Post: Hago que mi cuerpo haga lo que quiero hacer (2 Cat)	Realización sin dificultad	15	83,3%	15	83,3%
	Realización con dificultad	3	16,7%	2	11,1%
COSA Post: Uso mis manos para trabajar con cosas (2 Cat)	Realización sin dificultad	15	83,3%	16	88,9%

Descriptivo escala COSA al seguimiento para 2 categorías de respuesta.

Tabla 65

Descriptivo de la escala COSA al seguimiento para dos categorías de respuesta

GRUPO EXPERIMENTAL			
		n	%
COSA Post 6 meses: Mantengo mi cuerpo limpio (2 Cat)	Realización con dificultad	0	0,0%
	Realización sin dificultad	18	100,0%
COSA Post 6 meses: Me visto solo (2 Cat)	Realización con dificultad	0	0,0%
	Realización sin dificultad	18	100,0%
COSA Post 6 meses: Como sin ayuda (2 Cat)	Realización con dificultad	0	0,0%
	Realización sin dificultad	18	100,0%
COSA Post 6 meses: Uso dinero para comprar cosas por mí mismo (2 Cat)	Realización con dificultad	6	33,3%
	Realización sin dificultad	12	66,7%
COSA Post 6 meses: Completo mis trabajos (2 Cat)	Realización con dificultad	0	0,0%
	Realización sin dificultad	18	100,0%
COSA Post 6 meses: Duermo lo suficiente (2 Cat)	Realización con dificultad	1	5,6%
	Realización sin dificultad	17	94,4%
COSA Post 6 meses: Tengo suficiente tiempo para hacer lo que me gusta (2 Cat)	Realización con dificultad	0	0,0%
	Realización sin dificultad	18	100,0%
COSA Post 6 meses: Cuido de mis cosas (2 Cat)	Realización con dificultad	0	0,0%
	Realización sin dificultad	18	100,0%
COSA Post 6 meses: Muevo mi cuerpo desde un lugar hacia otro (2 Cat)	Realización con dificultad	0	0,0%
	Realización sin dificultad	18	100,0%
COSA Post 6 meses: Elijo cosas que quiero hacer (2 Cat)	Realización con dificultad	0	0,0%
	Realización sin dificultad	18	100,0%
COSA Post 6 meses: Mantengo mi concentración en lo que hago (2 Cat)	Realización con dificultad	11	61,1%
	Realización sin dificultad	7	38,9%
COSA Post 6 meses: Termino lo que estoy haciendo sin sentirme cansado demasiado pronto (2 Cat)	Realización con dificultad	2	11,1%
	Realización sin dificultad	16	88,9%
COSA Post 6 meses: Hago cosas con mi familia (2 Cat)	Realización con dificultad	5	27,8%
	Realización sin dificultad	13	72,2%
COSA Post 6 meses: Hago cosas con mis amigos (2 Cat)	Realización con dificultad	1	5,6%
	Realización sin dificultad	17	94,4%
COSA Post 6 meses: Hago cosas con mis compañeros de aula (2 Cat)	Realización con dificultad	6	33,3%
	Realización sin dificultad	12	66,7%
COSA Post 6 meses: Sigo las reglas del aula (2 Cat)	Realización con dificultad	0	0,0%
	Realización sin dificultad	18	100,0%
COSA Post 6 meses: Termino mi trabajo a tiempo en clases (2 Cat)	Realización con dificultad	5	27,8%

	Realización sin dificultad	13	72,2%
	Realización con dificultad	2	11,1%
COSA Post 6 meses: Hago mis tareas (2 Cat)	Realización sin dificultad	16	88,9%
	Realización con dificultad	3	16,7%
COSA Post 6 meses: Pregunto a mi profesor cuando lo necesito (2 Cat)	Realización sin dificultad	15	83,3%
	Realización con dificultad	9	50,0%
COSA Post 6 meses: Logro que los demás entiendan mis ideas (2 Cat)	Realización sin dificultad	9	50,0%
	Realización con dificultad	8	44,4%
COSA Post 6 meses: Pienso la forma de hacer las cosas cuando tengo un problema (2 Cat)	Realización sin dificultad	10	55,6%
	Realización con dificultad	1	5,6%
COSA Post 6 meses: Me mantengo trabajando en algo aunque se vuelva difícil (2 Cat)	Realización sin dificultad	17	94,4%
	Realización con dificultad	14	77,8%
COSA Post 6 meses: Me puedo calmar cuando me siento molesto (2 Cat)	Realización sin dificultad	4	22,2%
	Realización con dificultad	0	0,0%
COSA Post 6 meses: Hago que mi cuerpo haga lo que quiero hacer (2 Cat)	Realización sin dificultad	18	100,0%
	Realización con dificultad	4	22,2%
COSA Post 6 meses: Uso mis manos para trabajar con cosas (2 Cat)	Realización sin dificultad	14	77,8%

