



## CAPÍTULO XI

# HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DEL TDAH EN NIÑOS ENTRE 6 Y 12 AÑOS



## 11. Herramientas de evaluación neuropsicológica del TDAH en niños entre 6 y 12 años<sup>1</sup>

**Tania Ceballo Amud\***  
**Universidad Católica de Pereira**  
**taniceballos@yahoo.es**

**Rosario Iodice\*\***  
**Universidad Católica de Pereira**  
**rosario.iodice@ucp.edu.co**

### **Cómo citar esta publicación:**

**Ceballo, T. & Iodice, R. (2019). Herramientas de evaluación neuropsicológica del TDAH en niños entre 6 y 12 años. En Iodice, R, & H, Aguirre-Loaiza (Eds.), *Salud Mental y Física. Tendencias y Perspectivas Investigativas* (pp. 312-328). Pereira: Editorial Universidad Católica de Pereira.**

---

1. Este capítulo fue elaborado en el marco de la Especialización en Clínica con énfasis en infancia y adolescencia, Universidad Católica de Pereira. Producto de investigación del grupo en Clínica y Salud Mental.

\* Especialista en Psicología Clínica con énfasis en Psicoterapia con niños y adolescentes, Universidad Católica de Pereira.

\*\*Doctor y magíster en Neurociencias, Universidad de Salamanca (España). Profesional en Filosofía y Letras, Segunda Universidad de los Estudios de Nápoles. Docente de tiempo completo del Programa de Psicología, Universidad Católica de Pereira. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-7322-3086>

## Introducción

El trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un desorden neurológico diagnosticado con mayor frecuencia en la población infantil y es uno de los motivos más frecuentes de consulta en el sistema de salud mundial y colombiano (Mejía, Rubiales, Etchepareborda, Bakker & Zuluaga, 2012).

En la última edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V) se lo define como

...un trastorno del neurodesarrollo definido por niveles problemáticos de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad. La inatención y la desorganización implican la incapacidad de seguir tareas, que parezca que no escuchan y que pierdan los materiales a unos niveles que son incompatibles con la edad o el nivel del desarrollo. La hiperactividad-impulsividad implica actividad excesiva, movimientos nerviosos, incapacidad de permanecer sentado, intromisión en las actividades de otras personas e incapacidad para esperar que son excesivos para la edad o el nivel del desarrollo ... (American Psychiatric Association, 2014, p.32).

Estudios recientes indican que la prevalencia promedio mundial del TDAH es del 5,29% en niños en edad escolar (Rubiales, Bakker & Mejía, 2011); se presenta más en varones que en mujeres, en una proporción de 3 a 1 (Urzúa, Dominic, Cerda, Ramos & Quiroz, 2009).

El TDAH es un trastorno multifacético con características sintomáticas amplias y variadas; su diagnóstico resulta complejo, es fundamentalmente clínico, se realiza con el apoyo de los criterios de clasificación del DSM-V y CIE- 10 (American Psychiatric Association, 2013; CIE-10, 1992).

La etiología del TDAH es, actualmente, un tema de debate entre los expertos. Es poco probable que la existencia de un único factor pueda ser suficiente para su diagnóstico y justificar la presencia. Los hallazgos son consistentes con una hipótesis multifactorial y los estudios actuales consideran que el trastorno tiene un patrón de herencia poligénica multifactorial, con influencia cuantitativa

y expresión variable; interviene una compleja combinación de factores genéticos, neurobiológicos y ambientales (Sánchez-Mora et al., 2012). Las características clínicas del TDAH generan prevalentemente problemáticas en el ámbito escolar y familiar. La falta de atención y la escasa capacidad de controlar la actividad motora genera una disminución del rendimiento cognitivo que conduce frecuentemente a dificultades de aprendizaje y, por lo tanto, al fracaso en el ámbito educativo (Pérez y García, 2006).

En las instituciones escolares, las consecuencias generales del desempeño y comportamiento de niños con TDAH se traducen en un bajo rendimiento académico, acompañado de problemas de conducta, dificultades de convivencia, relaciones tensas, aislamiento provocado por rechazo, frustración, afectación importante de la autoestima y agresividad (Rubiales et al., 2011).

Durante los últimos años, ha incrementado el número de los estudiantes diagnosticados con TDAH y, muy a menudo, los que aún no lo están son remitidos por los docentes a coordinación y a psicoorientación, refiriendo que se atrasan, se les dificulta mantener la atención y concentración en tareas y juegos y, además, se les percibe inquietos.

Los padres y/o acudientes de niños con TDAH comentan que los infantes en los primeros años de vida eran muy activos, excesivamente movidos e intranquilos, tenían dificultades para calmarse y adaptarse a los cambios, se irritaban con facilidad y presentaban cambios de humor rápidos y bruscos, dormían poco y durante periodos cortos de tiempo.

Por lo anterior, padres y profesores de los estudiantes de preescolar describen a estos niños como desatentos, inquietos, siempre en marcha, “como si tuvieran un motor” (Ramos Loyo, Taracena, Sánchez Loyo, Matute & González Garrido, 2011), y que se ponen por descuido en situaciones de peligro, con dificultades para seguir las reglas y adaptarse a los juegos de grupo (Ramos-Quiroga, 2012).

La diferencia comportamental entre los niños muy activos y los hiperactivos se pone de manifiesto porque los primeros pueden moverse mucho,

ir de un lado a otro y jugar con mucha animación, pero todas estas conductas tienen un fin y se ajustan a algún plan o esquema (Arnador, Forns & Martorell, 2001). La actividad del niño hiperactivo, en cambio, es excesiva (sobrepasa los límites de lo que se considera normal para su edad y desarrollo), inoportuna (no se ajusta a las demandas de la situación) y desorganizada (cambia de una actividad a otra sin acabar ninguna y sin un plan al que se ajuste su actividad) (Meinzer et al., 2016).

Entre los diferentes fenómenos sociales y comportamentales que se pueden presentar se ha visto que estos niños tienen un alto índice de deserción escolar (Abad-Mas, Ruiz Andrés, Moreno Madrid, Herrero & Suay, 2013) y pueden presentar una mayor predisposición al consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia. También se presentan, junto con el TDAH, cambios de humor, síntomas depresivos, baja autoestima, escasa competencia social y desconfianza en sus capacidades (Meinzer et al, 2016).

Estos problemas se suman a los propios del TDAH y hacen que el trastorno repercute en el ámbito personal, familiar y social, con importantes implicaciones económicas y legales (Wallach-Kildemoes, Skovgaard, Thielen, Pottegård & Mortensen, 2015).

Teniendo en cuenta el componente biológico y anatómico funcional de los niños con TDAH, gracias a los estudios genéticos y las técnicas de neuroimagen funcional, se ha visto que existe un retraso en el desarrollo de la corteza cerebral, específicamente en el área frontoestriatal y en la corteza prefrontal, las cuales presentan hipoactividad y afectan la coordinación de las demás funciones del cerebro, denominadas ejecutivas, lo que lleva a un bajo desarrollo madurativo del sistema nervioso central y bajo desarrollo motor, en especial de los movimientos gruesos (Ramos y Picado, 2013).

Normalmente, los lóbulos frontales, que interactúan con las áreas temporales, parietales y con el sistema límbico, se comunican mediante las catecolaminas (Sasayama et al., 2010). Los niños con TDAH tienen una alteración que acelera la recaptación de esos neurotransmisores reduciendo su concentración en el espacio intersináptico; esto altera la actividad de las redes

neuronales e induce a una excesiva liberación de la dopamina y noradrenalina, lo que hace que algunos circuitos sean excesivamente activos, mientras que otros estén poco activos, generen un trastorno en la toma de decisiones y en las funciones ejecutivas (Sánchez-Mora et al., 2012).

Las alteraciones comportamentales que se observan se traducirían en la baja regulación del control cognitivo del comportamiento, mecanismo que mediaría y explicaría la sintomatología del desorden neurológico presentado en el TDAH (Restrepo et al., 2011).

Esta baja regulación de los procesos de control cognitivo se expresaría como un déficit en una o varias funciones ejecutivas, incluyendo una tendencia general a tener un menor desempeño en las pruebas que requieren flexibilidad cognitiva, capacidad de planificación y alcance de una meta (Rubiales et al., 2011).

De esta manera, se advierte que las puntuaciones de las pruebas neuropsicológicas y cognitivas son útiles para una delimitación más detallada de las características clínicas de los niños con TDAH y el posible establecimiento de un perfil cognitivo que nos posibilite planificar tratamientos acordes a sus necesidades (Vidal-Estrada, Bosch-Munso, Nogueira-Morais, Casas-Brugue & Ramos-Quiroga, 2012).

En resumen, se puede afirmar que el TDAH afecta a una gran cantidad de niños y tiene un impacto negativo sobre el desempeño escolar y familiar. Los síntomas de desatención, dispersión, agresividad y problemas de memoria y aprendizaje, están relacionados con una compleja problemática neuropsicológica, ya que existen diferencias estructurales y funcionales en el cerebro, que afectan de forma directa las redes neuronales y sus neurotransmisores involucrados en la atención, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas (Abad-Mas et al., 2011; Peets & Tannock, 2011; Roudier, Morey, Morey & Cowan, 2011).

## **Herramientas para la evaluación neuropsicológicas en el TDAH**

Para realizar la evaluación y tratamiento del TDAH, es necesario reconocer los cambios que se producen en las estructuras cerebrales, que

inevitablemente afectan las funciones cognitivas superiores (Sasayama et al., 2010) y en particular manera el procesamiento de las informaciones, con prevalencia en la codificación y retención (Rouder et al., 2011).

En la base de la elaboración de las informaciones se encuentra el proceso atencional, el cual tiene una dimensión selectiva (García Fernández, Rodríguez Pérez, González Castro, Álvarez Pérez & Fernández Cueli, 2014; Serrano-Troncoso, Guidi & Alda-Díez, 2013) que abarca la atención focalizada, relacionada con la selección de objetos de interés (Abad-Mas et al., 2011), la atención dividida, correspondiente a los momentos en los cuales los niños deben desarrollar dos o más tareas al mismo tiempo (López-Campo, Gómez-Betancur, Aguirre-Acevedo, Puerta y Pineda, 2005; Ramos-Quiroga, 2012), la atención sostenida, que se relaciona con la vigilancia y el mantenimiento de un estado de *alerta* (Serrano-Troncoso et al., 2013) y la atención alternante, que permite el cambio del *focus* atencional a lo largo del desempeño cognitivo (Restrepo et al., 2011).

En los niños con TDAH se ven afectados diferentes procesos cognitivos, entre los cuales están las funciones ejecutivas que, haciendo hincapié en la atención y memoria, se ven alteradas a la hora de planificar acciones hacia el presente y el futuro. La evaluación de estas funciones contempla la utilización de diferentes pruebas neuropsicológicas capaces de tener una sensibilidad adecuada para la correcta diagnosis (Mateo, 2005).

Existen algunas pruebas específicas para la evaluación de la atención, entre los cuales cabe mencionar la Escala de Conners. Esta es de particular utilidad para la evaluación de las sintomatologías típicas de los niños con TDAH, porque se basa en los indicadores presentes en el DSM-IV-TR (APA, 2002). La prueba incluye evaluación de la hiperactividad, inatención e impulsividad en los niños; también tiene apartados que pueden ser aplicados a los maestros y a los padres (Bará-Jiménez, Vicuña, Pineda y Henao, 2003).

El EDAH, de Farré y Narbona (Farré i Riba & Narbona Garcia, 2013), es una herramienta muy útil a la hora de abordar una diagnosis de las sintomatologías del TDAH porque, basándose en los criterios de diagnóstico del DSM-IV-TR y

CIE-10 (APA, 2002; CIE-10, 1992), contempla en sus pruebas la entrevista a los padres, al niño y a los profesores.

El test CARAS (Crespo et al., 2006) y el MMF20, que evalúan inatención e impulsividad (Millán, 2010), por otra parte, aplican instrumentos como el D2 ATENCION (González-Jiménez & Díaz-Fernández, 2012), la prueba de STROOP (Calleja & Rosales, 2012) y WINCONSIN (Williams, Reimherr & Marchant, 2010). Esta última se usa para evaluar las funciones ejecutivas relacionada con el lóbulo frontal. Finalmente, destaca la prueba CPT-V.5, que evalúa las habilidades de atención y flexibilidad (Rizzutti et al., 2008).

Según Ardila y Ostrosky (2012), entre las pruebas más relevantes para la valoración del TDAH se encuentra la Escala McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para niños de 2 a 6 años (McCarthy, 2008). Esta prueba contiene 18 test independientes que evalúan las variables de aptitud del sujeto en ciertas áreas importantes. Los test son agrupados en seis escalas: Verbal, Perceptivo-Manipulativa, Numérica, General Cognitiva, Memoria, Motricidad e Ilustración 17MSCA. El contenido de las primeras cuatro escalas se considera conjuntamente y constituyen el Índice General Cognitivo. En cada una de las seis escalas, la puntuación directa del sujeto se transforma en una puntuación típica (denominada índice) de acuerdo con su edad cronológica. El Índice General Cognitivo (IGC) tiene una medida de 100 y una desviación típica de 16. En las demás pruebas, la medida es de 50 y la desviación típica 10, a partir del cual se genera el Índice verbal, Índice perceptivo – manipulativo (McCarthy, 2008).

El cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ) (Nijenhuis, 2010; Richter, Sagatun, Heyerdahl, Oppedal & Røysamb, 2011) es un instrumento sencillo y rápido de aplicar; tiene cinco subescalas que evalúan los problemas de conducta, los síntomas emocionales, la hiperactividad y los problemas que se pueden presentar a la hora de interactuar con los coetáneos del niño. Existen muchos estudios sobre esta escala y se ha visto que se puede usar también para diversos contextos de evaluación, por ejemplo, de la ansiedad, la depresión, el autismo, entre otros.

La escala de Attention Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scale-IV (ADHD-RSIV) ha presentado una buena discriminación, bien sea para población hispanohablante o anglohablante (según las respectivas versiones). El instrumento se compone de 18 ítems que corresponden al criterio A de diagnóstico del TDAH presente en el DSM-IV y posee unas escalas específicas para la inatención, hiperactividad e impulsividad, además de poseer una escala global (Servera & Cardo, 2007).

El inventario para déficit de atención (IDDA) se basa en la calificación cuantitativa y semi-continuada de 18 síntomas que abarcan las tres dimensiones del criterio A presente en el DSM-IV. En la prueba se dispone de una subescala para la inatención e impulsividad (Urzúa, Ramos, Cerda y Quiroz, 2010; Urzúa, Cerda, Ramos y Quiroz, 2009)

La escala para la evaluación del déficit de atención con hiperactividad IV (EGDAH IV) también está compuesta de 18 ítems que se ajustan al criterio A del DSM-IV y posee unas subescalas para la hiperactividad e impulsividad (Servera & Cardo, 2007).

La escala estandarizada de Swanson, Nolan y Pelham (citada por Inoue et al., 2014) es una adaptación de los criterios diagnósticos del DSM-IV y es pensada también para los padres

Otra prueba para el análisis de los trastornos en el TDAH es el Test de Inteligencia de Weschler (WISC-IV) (Wechsler, 2005). Es necesario un estudio detallado de cada una de las subpruebas para establecer relaciones entre las puntuaciones obtenidas y los síntomas del TDAH. Además, es preciso observar los procedimientos de resolución de cada una de las tareas y la conducta manifestada por el niño; por ejemplo, impulsividad, distracción, entre otras. A lo largo de la aplicación de esta prueba es posible enfrentarse a indicadores que estarían señalando alteraciones emocionales, lo cual sugeriría una evaluación independiente de esta área.

Tener en cuenta las puntuaciones obtenidas con las pruebas que evalúan el cociente intelectual (CI) es de suma importancia para la valoración del

desempeño neuropsicológico del niño con TDAH, porque permite detectar o descartar problemas sensoriales relacionados con las pruebas que requieren un desempeño para la discriminación de estímulos visuales y auditivos.

Conjuntamente con las pruebas arriba mencionadas, es oportuno tener en cuenta la evaluación de la lateralidad del niño, la cual puede ser inspeccionada por medio del test Harris y Hed Piaget (Arnador et al., 2001). Con esta prueba, se ha podido observar que los niños con TDAH no tienen un problema relacionado directamente con la lateralidad, sino más bien con la atención selectiva, la cual viéndose afectada produce dificultades en la discriminación de la lateralidad y, por consiguiente, en la memoria de trabajo. Todas estas alteraciones pueden ser observadas cuando los niños con TDAH realizan tareas de lectoescritura.

## **Conclusiones**

Para planificar adecuadas estrategias de intervención es importante tener un preciso perfil neuropsicológico de los niños con TDAH; esto es posible gracias a la aplicación de pruebas específicas que abarcan diferentes áreas cognitivas, sociales y familiares. En la aplicación de las pruebas es importante tener en cuenta el uso de baterías que evalúen principalmente la capacidad intelectual global (Trujillo-Orrego, Ibáñez, & Pineda, 2012), el desarrollo madurativo global (Mejía et al., 2012), además de las áreas del lenguaje (fluidez verbal, lectura, denominación, entre otras) y de la atención (alerta, la atención sostenida, selectiva, discriminación) (Mejía et al., 2012). Todas estas baterías han sido validadas en Colombia por varias instituciones, entre ellas, la Universidad Nacional de Colombia (Santana et al, 2006, pp. 148-149).

Igualmente, es importante evaluar las capacidades de visoconstrucción (solución de problemas y control de las interferencias), el razonamiento abstracto, la flexibilidad cognitiva, las habilidades visoperceptivas y espaciales, las capacidades motrices, las tareas de memoria (memoria de trabajo) y la conducta social y emocional (Capella & Mendoza, 2011).

El orden de aplicación de las pruebas sugerido por Ardila y Ostrosky (2012) es, en primer lugar, la aplicación de baterías y test de evaluación global

neuropsicológicas, que permiten evaluar el índice de inteligencia general madurativo e informar sobre nivel de discrepancia entre el CIV y el CI, y el nivel madurativo y de competencia por áreas cognitivas. Posteriormente, se propone la evaluación de la fluencia verbal y de lectura, la capacidad de nominación, la producción del lenguaje, los niveles de comprensión y expresión oral escrita y los aspectos fonológicos, morfológicos, sintácticos, semánticos y pragmáticos. Luego, se propone la evaluación de las tareas de capacidad visoperceptiva y visomotora con herramientas como el Test de Bender (Bender, L., 1938), basado en la teoría de la Gestalt. Finalmente, se propone evaluar las tareas de razonamiento abstracto y flexibilidad cognitiva.

Para lograr una correcta evaluación de los déficit presentes en TDAH, además de la utilización de apropiadas pruebas neuropsicológicas, es necesario también que la evaluación sea realizada por personal cualificado; en caso contrario, la valoración puede ser no concluyente y llevar a interpretaciones erróneas, lo cual genera riesgos para el niño y su familia (Capella & Mendoza, 2011). La valoración neuropsicológica en los procesos de apoyo al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de niños con TDAH, una vez realizada, representa una base para iniciar una intervención que puede tener un índice de éxito alto, gracias a la plasticidad cerebral de estos niños en cuanto se encuentran en una etapa evolutiva o de desarrollo (Mejía et al., 2012; Narbona & Crespo-Eguílaz, 2012).

## Referencias

- Abad-Mas, L., Ruiz Andrés, R., Moreno Madrid, F., Herrero, R. y Suay, E. (2013). Intervención psicopedagógica en el trastorno por déficit de atención / hiperactividad. *Revista de Neurología*, 57(Supl. 1), 193–203. <http://www.neurologia.com/pdf/Web/57S01/bkS01S193.pdf>
- Abad-Mas, L., Ruiz-Andrés, R., Moreno-Madrid, F., Sirera-Conca, M. Á., Cornesse, M., Delgado-Mejía, I. D. y Etchepareborda, M. C. (2011). Entrenamiento de funciones ejecutivas en el trastorno por déficit de atención / hiperactividad. *Revista de Neurología*, 52(Supl. 1), 77–83.
- American Psychiatric Association, APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Washington: Autor.
- American Psychiatric Association, APA (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Arnador, J., Forns, M. y Martorell, B. (2001). Características del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de Psicología*, 32(4), 5–21.
- Bará-Jiménez, S., Vicuña, P., Pineda, D. y Henao, G. C. (2003). Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastorno por déficit de atención/ hiperactividad de Cali, Colombia. *Revista de Neurología*, 37(7), 608–615.
- Calleja, J., & Rosales, U. (2012). Conners' and intelligence scales in the diagnosis of attention deficit disorder in population between 6 and 19 years: a systematic review. *Medwave*, 12(08), 1-7. <http://doi.org/10.5867/medwave.2012.08.5469>
- Capella, C., y Mendoza, M. (2011). Regulación emocional en niños y adolescentes: Artículo de revisión. Nociones evolutivas y clínica psicopatológica. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la infancia y Adolescencia*, 22(2), 155–168.

- CIE-10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor. .
- Farré i Riba, A. & Narbona García, J. (2013). *EDAH Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: TEA.
- García Fernández, T., Rodríguez Pérez, C., González Castro, P., Álvarez Pérez, L. y Fernández Cueli, M. S. (2014). La atención y el sacádico: efectos clínicos en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 5(1), 1–21.
- Inoue, Y., Ito, K., Kita, Y., Inagaki, M., Kaga, M., & Swanson, J. M. (2014). Psychometric properties of Japanese version of the Swanson, Nolan, and Pelham, version-IV Scale-Teacher Form: A study of school children in community samples. *Brain and Development*, 36(8), 700–706. <http://doi.org/10.1016/j.braindev.2013.09.003>
- López-Campo, G. X., Gómez-Betancur, L. A., Aguirre-Acevedo, D. C., Puerta, I. C. y Pineda, D. A. (2005). Componentes de las pruebas de atención y función ejecutiva en niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 40(6), 331–339.
- Mateo, V. F. (2005). Perspectivas recientes en la Evaluación Neuropsicológica y Comportamental del Trastorno por Déficit de Atención con / sin Hiperactividad. *Electronic Journal in Educational Psychology*, 3(7), 215-231.
- McCarthy, D. (2008). *MSCA, Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños*. España. <http://www.amazon.es/Escalas-McCarthy-aptitudes-psicomotricidad-ni%C3%B1os/dp/8493882593>
- Meinzer, M. C., Pettit, J. W., Waxmonsky, J. G., Gnagy, E., Molina, B. S. G. & Pelham, W. E. (2016). Does Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Predict Levels of Depressive Symptoms during Emerging Adulthood? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(4):787-97. <http://doi.org/10.1007/s10802-015-0065-0>

- Mejía, I. D. D., Rubiales, J., Etchepareborda, M. C., Bakker, L. y Zuluaga, J. B. (2012). Intervención Multimodal del TDAH: el papel coterapéutico de la familia. *Revista Argentina de Clinica Psicologica*, 21(1), 45–51.
- Narbona, J., y Crespo-Eguílaz, N. (2012). Plasticidad cerebral para el lenguaje en el niño y el adolescente. *Revista de Neurología*, 54(Supl. 1), 127–130.
- Nijenhuis, E. R. S. (2010). The scoring and interpretation of the SDQ-20 and SDQ-5. *Activitas Nervosa Superior*, 52(1), 24–28.
- Peets, K. & Tannock, R. (2011). Errors and self-correction in narrative distinguish ADHD from ADHD with language impairments. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 31(4), 228–236. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3799405>
- Pérez, E. y García, M. (2006). La escuela y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH). *Revista Pediatría de Atención Primaria*, VIII, 175–198.
- Ramos, J. y Picado, M. (2013). Neuroanatomía del trastorno por déficit de atención/ hiperactividad en el adulto: hallazgos de neuroimagen estructural y funcional. *Revista de Neurología*, 56(Supl. 1), 93–106.
- Ramos Loyo, J., Taracena, A. M., Sánchez Loyo, L. M., Matute, E. y González Garrido, A. A. (2011). Relación entre el Funcionamiento Ejecutivo en Pruebas Neuropsicológicas y en el Contexto Social en Niños con TDAH. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 11(1), 1–16. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3640848&info=resumen&idioma=ENG>
- Ramos-Quiroga, J. A. (2012). Psychological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults: a systematic review. *Actas Esp Psiquiatr*, 40(3), 147–154. <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/77/ENG/14-77-ENG-147-154-866983.pdf>

- Restrepo, F., Tamayo-orrego, L., Hernán, J., Sánchez, P., González, A. V., Hernan, O. y Ariza, M. (2011). Modulación del componente P300 de los potenciales evocados en un grupo de niños colombianos con trastorno de atención-hiperactividad. *Acta Neurol Colomb*, 27(3), 146-153.
- Richter, J., Sagatun, Å., Heyerdahl, S., Oppedal, B. & Røysamb, E. (2011). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) - Self-Report. An analysis of its structure in a multiethnic urban adolescent sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 52(9), 1002–1011. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02372.x>
- Rizzutti, S., Sinnes, E. G., Scaramuzza, L. F., Freitas, L., Pinheiro, D., Palma, S. M., ... Muszkat, M. (2008). Clinical and neuropsychological profile in a sample of children with attention deficit hyperactivity disorders. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 66(4), 821–827. <http://doi.org/10.1590/S0004-282X2008000600009>
- Rouder, J. N., Morey, R. D., Morey, C. C. & Cowan, N. (2011). How to measure working memory capacity in the change detection paradigm. *Psychonomic Bulletin & Review*, 18(2), 324–30. <http://doi.org/10.3758/s13423-011-0055-3>
- Rubiales, J., Bakker, L. y Mejía, I. D. D. (2011, October 1). Organización y planificación en niños con TDAH: Evaluación y propuesta de un programa de estimulación. Organization and planning in children with ADHD: evaluation and proposal of a stimulation program. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 5(2), 145-161. <http://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/view/126>
- Sánchez-Mora, C., Ribasés, M., Mulas, F., Soutullo, C., Sans, A., Pàmias, M., ... Ramos-Quiroga, J. A. (2012). Bases genéticas del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 10(55), 609-618.



- Sasayama, D., Hayashida, A., Yamasue, H., Harada, Y., Kaneko, T., Kasai, K., ... Amano, N. (2010). Neuroanatomical correlates of attention-deficit-hyperactivity disorder accounting for comorbid oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64(4), 394–402. <http://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2010.02102.x>
- Serrano-Troncoso, E., Guidi, M. y Alda-Díez, J. Á. (2013). ¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH. (Spanish). *Is Psychological Treatment Efficacious for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)? Review of Non-Pharmacological Treatments in Children and Adolescents with ADHD. (English)*, 41(1), 44–51. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=87688096&lang=es&site=ehost-live>
- Servera, M. & Cardo, E. (2007). [ADHD Rating Scale-IV in a sample of Spanish schoolchildren: normative data and internal consistency for teachers and parents]. *Revista de Neurología*, 45(7), 393–9. [http://www.researchgate.net/publication/5927133\\_ADHD\\_Rating\\_Scale-IV\\_in\\_a\\_sample\\_of\\_Spanish\\_schoolchildren\\_Normative\\_data\\_and\\_internal\\_consistency\\_for\\_teachers\\_and\\_parents](http://www.researchgate.net/publication/5927133_ADHD_Rating_Scale-IV_in_a_sample_of_Spanish_schoolchildren_Normative_data_and_internal_consistency_for_teachers_and_parents)
- Trujillo-Orrego, N., Ibáñez, A. y Pineda, D. A. (2012). Validez del diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad: De lo fenomenológico a lo neurobiológico (II). *Revista de Neurología*, 54(5), 289-302.
- Urzúa, A., Domic, M., Ramos, M., Cerda, A., & Quiroz, J. (2010). Propiedades psicométricas de tres escalas de evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en escolares chilenos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 27(3), 157–167. <http://doi.org/10.1590/S1020-49892010000300002>
- Urzúa, A., Domic, M., Cerda, A., Ramos, M. y Quiroz, J. (2009). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños Escolarizados. *Revista Chilena de Pediatría*, 80, 332–338. <http://doi.org/10.4067/S0370-41062009000400004>

- Vidal-Estrada, R., Bosch-Munso, R., Nogueira-Morais, M., Casas-Brugue, M., & Ramos-Quiroga, J.A. (2012). Tratamiento psicológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: revisión. (Spanish). *Psychological Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults: A Systematic Review. (English)*, 40(3), 147–154. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=78023106&lang=es&site=ehost-live>
- Wallach-Kildemoes, H., Skovgaard, A. M., Thielen, K., Pottegård, A. y Mortensen, L. H. (2015). Social adversity and regional differences in prescribing of ADHD medication for school-age children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics : JDBP*, 36(5), 330–41. <http://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000170>
- Wechsler, D. (2005). WISC-IV, Escala intelectual de Wechsler para niños. España: TEA.
- Williams, E. D., Reimherr, F. W. y Marchant, B. K. (2010). Trastornos de personalidad en el TDAH Parte 1: Evaluación de los trastornos de la personalidad en adultos con TDAH utilizando datos de un ensayo clínico de metilfenidato OROS. *Annals of Clinical Psychiatry*, 22(2), 84-93.