

Evolución del estilo cognitivo en niños con TDAH bajo tres tipos de intervención junto a un grupo sin ningún tipo de tratamiento¹

Evolution of the Cognitive Style in Children with ADHD under Three Types of Intervention Together with a Group without Any Type of Treatment

Evolução de estilo cognitivo em crianças com TDAH com menos de três tipos de intervenção com um grupo sem qualquer tratamento

Juan Bernardo Zuluaga Valencia², Eliana Marcela López Arias³

Recibido: 09.06.2017 - Arbitrado: 12.07.2017 - Aprobado: 16.08.2017

Resumen

Se presentan resultados del estudio cuyo objetivo fue determinar la evolución del estilo cognitivo bajo tres tipos de intervención: tratamiento multimodal, tratamiento psicológico y tratamiento farmacológico, junto a un grupo sin ningún tipo de tratamiento en niños con TDAH que asisten al Hospital Infantil de Manizales. Se realizó una investigación cuantitativa con diseño cuasi-experimental a través de series cronológicas simples. La muestra estuvo conformada por 40 niños y niñas, segmentados en cuatro grupos de diez participantes diagnosticados con TDAH, entre los 7 y los 11 años de edad. Para medir el estilo cognitivo se utilizó el test de figuras enmascaradas para niños de Witkin, Oltman, Raskin y Karp. El análisis de datos se realizó a través del *software* de procesamiento estadístico SPSS-21, tomando como variable independiente el tratamiento utilizado en la intervención de cada uno de los grupos. Como resultado, se encontró que, al comparar la diferencia porcentual

- 1 Artículo derivado del macroproyecto de investigación “Comparación del efecto de diferentes modalidades de intervención en niños diagnosticados con TDAH frente a la atención, estilo cognitivo, funciones ejecutivas, autocontrol y conducta hiperactiva”, adscrito a la línea de investigación Neuropsique del programa de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Manizales.
- 2 Doctor en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Universidad de Manizales, docente y coordinador de la línea de investigación Neuropsique del programa de Psicología, Universidad de Manizales, Manizales, Colombia. juanb@umanizales.edu.co.
- 3 Psicóloga, Universidad de Manizales, Manizales, Colombia. e_marcela93@hotmail.com.

del estilo cognitivo entre la fase pretratamiento y postratamiento, se observa que se presenta mayor avance, con un 95,9 %, en el tratamiento multimodal, después en el tratamiento psicológico, con un 85,2 % y, por último, en el tratamiento farmacológico, con un 35,1 %. Mientras que el grupo sin tratamiento tuvo un descenso de un 9.8 %. Los resultados confirman que, cuanto más integral es la intervención, es posible la evolución del estilo cognitivo hacia la independencia de campo.

-----**Palabras clave:** TDAH, estilo cognitivo, tratamiento multimodal, tratamiento psicológico, tratamiento farmacológico.

Abstract

This paper introduces the results of a study that aims to determine the evolution of the cognitive style under three types of intervention: multimodal treatment, psychological treatment and pharmacological treatment, along with a group without any type of treatment, in children with ADHD attending the Children's Hospital of Manizales. A quantitative research with quasi-experimental design was carried out through simple chronological series. The sample consisted in 40 children, divided into 4 groups of 10 participants, diagnosed with ADHD between 7 and 11 years old. To measure cognitive style, the Masked Figures test for children by Witkin, Oltman, Raskin and Karp were administered. The analysis of the variable was performed through the SPSS-21 statistical processing software, taking as an independent variable the treatment used in each group intervention. As a result, when comparing the percentage difference of the cognitive style between the pre-treatment and post-treatment phases, it was observed that the multimodal treatment is the one with the greatest advance with 95.9%, then the psychological treatment with 85.2% and lastly pharmacological treatment with 35.1%. In contrast with the group without treatment that showed a decrease of 9.8%. The results confirm the more integral the intervention, the more possible the evolution of the cognitive style towards the field independence.

-----**Keywords:** *ADHD, Cognitive styles, Multimodal treatment, psychological treatment, Pharmacological treatment.*

Resumo

Apresentamos os resultados do estudo cujo objetivo foi determinar a evolução do estilo cognitivo sob três tipos de intervenção: tratamento multimodal, tratamento psicológico e farmacoterapia. Essas itervenções foram feitas com um grupo sem qualquer tratamento; crianças com TDAH assistidas pelo Hospital Infantil de Manizales. Uma pesquisa quantitativa com projeto quase experimental foi realizada através de séries cronológicas simples. A amostra foi composta por 40 crianças, divididas em 4 grupos de 10 participantes, diagnosticadas com TDAH entre 7 e 11 anos de idade. Para medir o estilo cognitivo foi utilizado o teste de figuras

maskaradas para crianças de Witkin, Oltman, Raskin e Karp. A análise da variável foi realizada através do software de processamento estatístico SPSS-21, utilizando-se como variável independente o tratamento de intervenção de cada um dos grupos. Como resultados foi encontrado que ao comparar a diferença percentual do estilo cognitivo entre a fase pré-tratamento e pós-tratamento foi possível observar que o tratamento multimodal é o que apresenta maior progresso com 95,9 %. Seguido do tratamento psicológico com 85,2 % e farmacoterapia com 35,1 %. Enquanto que o grupo sem tratamento teve um decréscimo de 9,8 %. Os resultados confirmam que é possível evoluir do estilo cognitivo até a independência do campo quanto mais completa for a intervenção.

-----**Palavras chave:** TDAH, estilo cognitivo, o tratamento multimodal, tratamento psicológico, farmacoterapia.

Introducción

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza principalmente por “un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfieren en el funcionamiento o el desarrollo” (Asociación Americana de Psiquiatría, APA, 2014, p. 61). La aparición de los síntomas debe presentarse antes de los 12 años y deben observarse en más de un contexto, por ejemplo, en la casa y en la escuela. Estos síntomas generan dificultades en la adaptación escolar, familiar o social (APA, 2014).

Se estima que ocupa el 5 % de la población total infantil (APA, 2014), afectando entre el 3 y el 6 % de los niños que están en edad escolar, siendo más frecuente en varones que en mujeres (por cada diez niños con TDAH hay una mujer), lo que significa que, dentro de un aula regular, puede haber entre uno y tres niños con dicho trastorno (Orjales, 1998). En Colombia, se estima que se presenta entre 16 y 18 % (Urzúa, Domic, Cerda, Ramos y Quiroz, 2009), convirtiéndose en una de las problemáticas más prevalentes en la población infantil a nivel mundial.

Las investigaciones desarrolladas hasta el momento sostienen que las causas son básicamente correlacionales, proponiendo diferentes modelos explicativos. Entre los más destacados se encuentra el modelo biológico, que incluye un componente genético, factores prenatales, perinatales y neurológicos (sugiere un déficit propiamente en la corteza prefrontal y, a nivel bioquímico, un desequilibrio en neurotransmisores como la dopamina, noradrenalina y serotonina), y el modelo motivacional de Barkley, que plantea una deficiencia a nivel motivacional en las conductas gobernadas por reglas (Martínez, 2006).

Posteriormente, el modelo de Barkley evolucionó hacia el concepto de autorregulación o autocontrol, conceptualizando al TDAH como un trastorno de la inhibición conductual, (entendiéndose esta como la habilidad que tiene el individuo para inhibir las respuestas motoras y/o emocionales ante un estímulo o evento, y poder sustituirlas por unas más adecuadas). A su vez, sostiene que el déficit en la inhibición de la conducta conlleva un retraso o deterioro en el desarrollo de cuatro funciones neuropsicológicas: la memoria de trabajo no verbal, la interiorización del lenguaje o memoria de trabajo verbal, la autorregulación de la motivación, las emociones y el estado de alerta y la función de reconstitución, que va a permitirle, a partir de conductas aprendidas, diseñar acciones nuevas más eficaces. Este trastorno provoca un retraso o deterioro en la interiorización de las conductas dependientes de estas funciones, por lo tanto, se altera la habilidad de autorregulación, el control de la conducta y la dirección de esa conducta en el futuro (Barkley, 1997). En síntesis, los niños con TDAH presentan dificultad para inhibir respuestas inmediatas, perseveración de las respuestas en marcha y un pobre control de las interferencias (Barkley, 1997).

En la actualidad, el eje central del diagnóstico han sido las dificultades de inatención que presentan estos niños. La atención es un requisito esencial para el adecuado funcionamiento cognitivo debido a que tiene dos funciones principales: la primera, mantener el estado de alerta del sistema cognitivo, y la segunda, seleccionar la información relevante proporcionada por el ambiente (Benedet, 2002). En los niños con TDAH los problemas de inatención se evidencian a través de las siguientes características: se distraen fácilmente, no terminan las tareas que empiezan, cometen muchos errores al momento de resolverlas, evitan tareas y actividades que demandan esfuerzo, entre otras (Orjales, 1998). En general, la atención de estos niños “suele ser dispersa y alterarse con cualquier estímulo por irrelevante que sea. Se podría decir que el niño hiperactivo no puede establecer de forma correcta un orden de prioridades entre los estímulos que se le presentan” (Orjales, 1998, pp. 37-38).

Por otra parte, “una de las características más llamativas ha sido la excesiva actividad motora que sobrepasa los límites normales para su edad y nivel madurativo” (Orjales, 1998, p. 38), manifestándose generalmente por la necesidad de moverse constantemente y una falta de autocontrol corporal y emocional, lo cual puede llegar a afectar su rendimiento escolar y las relaciones interpersonales.

Además, la impulsividad se ve reflejada en la falta de control motor y emocional que hace que estos niños actúen sin prever las consecuencias de sus acciones, motivadas por el deseo de obtener gratificación inmediata. Se

puede observar que son niños que se precipitan al responder una pregunta, no respetan el turno y suelen interrumpir o entrometerse en las actividades o juegos de los demás. A nivel cognitivo, se manifiesta en la inexactitud y el déficit en procesos de percepción y análisis de la información en tareas complejas (Orjales, 1998).

Una de las causas de las dificultades académicas que presentan los niños con TDAH se debe a que tienen estilos cognitivos ineficaces para enfrentarse a la resolución de tareas. Los estilos cognitivos están relacionados con la forma específica que tienen las personas para percibir y procesar la información que les llega del ambiente. Tener un estilo cognitivo determinado no se considera una deficiencia, es visto como una herramienta que puede ayudar o facilitar el aprendizaje y la percepción que se tiene del entorno. Por lo general, los niños con TDAH presentan un pensamiento poco analítico y muestran cierta rigidez cognitiva, por esto han sido clasificados con un estilo cognitivo impulsivo y dependiente del campo perceptivo (Orjales, 1998).

Algunas características asociadas a la dependencia de campo perceptivo son: percibir la información de manera global y menos analítica, dificultad para desenmascarar información encubierta o para comprender y estructurar información desorganizada. Las personas con este estilo cognitivo tienen mayor dificultad y lentitud en el aprendizaje de conceptos, utilizan estrategias de ensayo y error, tienden a ser impulsivas y poseer un pobre autocontrol, suelen ser pasivos en la relación con su entorno, presentan dificultad para autoevaluarse y una menor autonomía en relaciones interpersonales, por lo que resultan fáciles de influenciar (Orjales, 1998). A diferencia de las personas independientes de campo, que muestran una percepción analítica de la información, mayor capacidad para desenmascarar información oculta, facilidad y rapidez en el aprendizaje de conceptos cuando la información se presenta de forma desorganizada, mejor rendimiento en solución de problemas matemáticos, flexibilidad, mayor autocontrol, autoevaluación y autonomía en las relaciones sociales, mayor sentido crítico y eficacia en resolución de problemas (Fernández y Manning, 1981). Debido a esto, las intervenciones con estos niños deben estar enfocadas en modificar el estilo cognitivo que, a su vez, contribuye a mejorar el rendimiento escolar (Orjales, 1998).

A lo largo del tiempo se han incorporado diversos tratamientos para el TDAH, su uso y efectividad han sido objeto de estudio de muchas investigaciones. Estos se han venido desarrollando bajo dos modalidades terapéuticas diferentes: el tratamiento farmacológico, que hace uso de medicación estimulante, especialmente metilfenidato, conocido genéricamente como Ritalina; y el tratamiento psicológico (cognitivo-conductual), que emplea

técnicas de manejo de contingencias, entrenamiento a padres y profesores, junto con procedimientos cognitivos como el entrenamiento en autoinstrucciones y en solución de problemas (Barkley, 1990). Para Orjales (2007), el tratamiento cognitivo, además de lo anterior, debe ir ligado a un programa de intervención familiar y escolar, ser específico para cada niño/a teniendo en cuenta sus necesidades individuales.

Las investigaciones han mostrado que ambos tratamientos, aplicados de forma independiente, han tenido resultados positivos; sin embargo, no han sido suficientes para mostrar una respuesta global y satisfactoria. Por lo que, posteriormente, se empezó a implementar la modalidad de intervención multimodal (tratamiento farmacológico y psicológico simultáneo), que va dirigida al niño/a, a los padres y profesores, mostrando mayor eficacia en el mantenimiento y generalización de las habilidades adquiridas (Barkley, 1990). Esto debido a que los niños con TDAH no se pueden tratar con una única forma de intervención, y se necesitan tratamientos que combinen diferentes técnicas y procedimientos (DuPaul y Barkley, 1990). Para Cabasés y Quintero (2005), el tratamiento más recomendable es el multimodal, el cual debe realizar su trabajo de forma interdisciplinaria con profesionales como psicólogos, neuropediatras y psicopedagogos; además, se debe trabajar simultáneamente con la institución educativa y la familia.

Finalmente, la eficacia que ejerce el tipo de tratamiento elegido está influenciada por aspectos como la edad, las características personales, familiares y sociales y, específicamente, el nivel de desadaptación que presente o pueda llegar a presentar el niño en el futuro (Orjales, 2007).

De acuerdo a lo anterior, y según las diferentes investigaciones realizadas, la intervención en el TDAH debe ir hacia un modelo complementario de las diferentes disciplinas (educación, psicopedagogía, psicología y medicina), resaltando la eficacia del tratamiento combinado, sobre todo en los casos en donde los síntomas son más severos (Mas, 2009). Pues, según los estudios realizados en los últimos años, que comparan los tres tipos de tratamientos mencionados (farmacológico, psicológico y multimodal), encontraron que, tanto el tratamiento psicológico como el farmacológico, tienen efectos positivos en la evolución de los síntomas del TDAH; sin embargo, la combinación de ambos produce efectos más significativos, mejorando los resultados del tratamiento, aumentando el efecto de la medicación con la combinación del tratamiento psicológico (Serrano, Guidi y Alda, 2013; García, Sanz, y Tárraga, 2016).

En este sentido, el presente estudio se plantea como objetivo determinar la evolución del estilo cognitivo bajo tres tipos de intervención: tratamiento multimodal, tratamiento psicológico y tratamiento farmacológico, junto a

un grupo sin ningún tipo de tratamiento en niños con TDAH que asisten al Hospital Infantil de Manizales.

Metodología

El presente estudio se clasifica como una investigación cuantitativa con diseño cuasi-experimental a través de series cronológicas simples. Se tomó como variable independiente el tratamiento utilizado en la intervención de cada uno de los grupos.

Población

Se seleccionaron 40 niños y niñas diagnosticados con TDAH (subtipo combinado) entre los 7 y los 11 años de edad, que asisten al Hospital Infantil de Manizales. Estos fueron divididos en cuatro grupos de 10 participantes; 10 con tratamiento multimodal, 10 con tratamiento psicológico, 10 con tratamiento farmacológico y 10 sin ningún tipo de tratamiento y con el diagnóstico de TDAH. De los 40 niños/as mencionados, 20 de ellos/as (los de tratamiento multimodal y psicológico) pertenecen al programa Clínica Atencional en el Hospital Infantil de Manizales; los/as 20 restantes (los de tratamiento farmacológico y el grupo sin tratamiento) pertenecen a la Escuela Normal Superior de Manizales. La muestra se realizó de manera intencional, debido al incremento en la población de niños diagnosticados con TDAH en el Hospital Infantil de Manizales, también porque en dicha institución se desarrolla el Programa Clínica Atencional, en el que se lleva a cabo una intervención cognitivo-conductual en niños con este trastorno.

Los criterios de inclusión tenidos en cuenta fueron los siguientes: ser consultantes del Hospital Infantil de Manizales; tener entre 7 y 11 años de edad; pertenecer a un estrato socioeconómico medio determinado por clasificación de Planeación Municipal; estar cursando entre 1°. y 5°. de primaria en institución pública o privada; cumplir los criterios de TDAH establecidos por el DSM-IV-TR; obtener una puntuación T de 60 o más en las dimensiones de inatención e hiperactividad/impulsividad en un Checklist para TDAH del DSM-IV, contestado por padres y profesores (Pineda *et al.*, 1999); y una puntuación T de 65 o más en la escala de Conners para padres y profesores estandarizada y validada en Colombia (Pineda *et al.*, 1999); tener un coeficiente intelectual (CI) por encima de 85, según la forma breve de la escala de inteligencia de Wechsler para niños WISC III, derivado partiendo de las subescalas de vocabulario y diseño con cubos (Sattler, 2003); mostrar disfuncionalidad ejecutiva a través de la evaluación neuropsicológica conformada por diferentes subpruebas de atención, memoria y funciones ejecuti-

vas de la batería de la ENI (evaluación neuropsicológica infantil), con tareas de atención visual y auditiva, memoria verbal y visual, flexibilidad cognitiva, y fluidez verbal semántica y fonémica, seguimiento de instrucciones y habilidades metalingüísticas (Rosselli *et al.*, 2004), y no presentar algún problema específico de aprendizaje en lectura, escritura o aritmética, ni déficit cognitivo.

Como criterios de exclusión se consideraron: que ninguno de los participantes estuviera recibiendo tratamiento (farmacológico o psicológico) o que lo haya recibido en los últimos seis meses, tener antecedentes de otras alteraciones orgánicas, psicológicas y/o psiquiátricas, y posibles comorbilidades como: trastorno de ansiedad, depresión, trastorno oposicionista desafiante, entre otras.

Posteriormente, los padres de los niños/as que cumplieron con los criterios de selección firmaron, de forma voluntaria, el consentimiento informado, aceptando la participación de sus hijos en el proyecto. Al ser consultantes del Hospital Infantil de Manizales, se da cumplimiento a los requisitos de ley para cualquier tipo de procedimiento con los consultantes. La mitad de la muestra seleccionada asiste al programa Clínica Atencional de la institución.

Instrumentos

La prueba utilizada para medir el estilo cognitivo (EC) fue el test de figuras enmascaradas para niños (CEFT) de Witkin, Oltman, Raskin y Karp (1982).

La calificación se ubica en una escala de 0 a 25, en la cual 0 significa muy dependiente y 25 muy independiente. Refleja una serie de modelos recortados de dos formas (tienda y casa) que se encuentran enmascaradas en las figuras complejas. Las mismas se utilizan en una de las series del test, es decir, son un conjunto de figuras complejas que utilizan la misma forma simple. Estas figuras han sido planteadas para facilitar una ejecución prolongada. Existen también unas láminas para manipulación inicial de habituación, el test presenta dos series de figuras complejas en las cuales 11 tienen representaciones simples de la tienda (T1-T11) enmascarada en ellas y otras 14 (H1-H14) tienen carácter simple de la casa (todas las figuras deben mostrarse de tal manera que el número de identificación se encuentre en el ángulo superior derecho de la lámina).

Para los niños menores de 8 años, el test comienza en T1, aquellos que tienen más de 8 años comenzarán con la lámina T6 y se les darán los procesos requeridos de las láminas T1-T5, y en caso de presentarse tres o más errores en los elementos entre la lámina T1 y la lámina T11, no se le puntuará

lo obtenido con anterioridad y deberá volver a comenzar el test en T1 (Zulua-ga y Vasco, 2009).

Procedimiento

El desarrollo de la investigación se llevó a cabo en seis fases:

Fase I: diagnóstico realizado por el equipo interdisciplinario conformado por un psiquiatra, un psicólogo y un neuropsicopedagogo. Se evaluó mediante los criterios propuestos por el DSM- IV para niños con TDAH, el Checklist y el cuestionario de Conners para padres y profesores; pruebas neuropsicológicas y criterios clínicos del área de la psicología y psiquiatría.

Fase II: aplicación de pruebas pretest para evaluar las variables, en el caso del presente artículo el estilo cognitivo mediante el test de figuras enmascaradas para niños de Witkin *et al.* (1982).

Fase III: implementación del tratamiento. Los dos grupos con tratamiento farmacológico utilizaron medicación estimulante, específicamente metilfenidato (Ritalina), vía de administración oral, en dosis que varió entre 10 mg y 20 mg (tres dosis al día) según las características individuales de cada sujeto. Por otra parte, los dos grupos con tratamiento psicológico fueron entrenados en estrategias autoinstruccionales propuestas por Meichenbaum, manejo de contingencias a través de un programa de economía de fichas, entrenamiento a padres y profesores y una serie de actividades por medio del método Progresint de Yuste, Quiros, Díez, Guarga y Millán (1994), el cual va dirigido a niños con dificultades específicas en la capacidad atencional. Consiste en unas cartillas compuestas por ejercicios que van dirigidos a estimular la percepción y la atención en sus diferentes procesos cognitivos (atención sostenida, focalizada, selectiva, alternante, dividida).

Dichos ejercicios se desarrollaron los días sábados, a las 7:00 am (40 minutos cada sesión). El total de encuentros planteados para llevar a cabo dicha investigación fue de 40, estimado para un año de trabajo.

Fase IV: evaluación intermedia aplicando nuevamente las pruebas y continuación del tratamiento.

Fase V: aplicación de pruebas post test.

Fase VI: análisis de la información, para el caso del estilo cognitivo (EC), el análisis se llevó a cabo con el *software* de procesamiento estadístico SPSS versión 21.

Resultados

En la tabla 1 se presenta la distribución de participantes por sexo, segmentados de acuerdo al tratamiento utilizado en la intervención de cada grupo.

Tabla 1. Distribución de participantes por sexo, según tipo de intervención

Sexo	Tratamiento multimodal		Tratamiento cognitivo conductual		Tratamiento con Ritalina		Sin tratamiento	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Femenino	2	20,0	2	20,0	2	20,0	2	20,0
Masculino	8	80,0	8	80,0	8	80,0	8	80,0

Como se puede observar, en los cuatro tipos de intervención fue mayor el porcentaje de participantes de sexo masculino, existiendo una relación de una niña por cada cuatro niños. Este fenómeno está asociado directamente con el trastorno, el cual es más prevalente en niños.

Estilo cognitivo (EC) por tipo de intervención

La tabla 2 contiene el valor medio (\bar{x}) y la desviación estándar (D.S.) del puntaje del EC en los cuatro tratamientos de intervención utilizados, para las tres fases de medición realizadas (Pre-tratamiento, Intermedia, Pos-tratamiento). Así mismo, muestra el porcentaje de diferencia de los puntajes del EC entre todas las fases, estableciendo siempre como valor de referencia la medición que se haya hecho primero, por lo cual los valores positivos indican un incremento en el puntaje entre fases y un valor negativo un decremento en el puntaje entre fases.

Tabla 2. Medidas de tendencia central del EC en cada fase de evaluación y diferencia porcentual entre fases, según tipo de intervención.

Variable	Tratamiento multimodal			Tratamiento cognitivo conductual			Tratamiento con Ritalina			Sin tratamiento									
	Tend. central		% diferencia			Tend. central		% diferencia			Tend. central		% diferencia						
	\bar{x}	D.S.	Pre vs Int	Int vs Pos	Pre vs Pos	\bar{x}	D.S.	Pre vs Int	Int vs Pos	Pre vs Pos	\bar{x}	D.S.	Pre vs Int	Int vs Pos	Pre vs Pos				
EC Pre	7,3	1,64				8,1	1,66				7,7	1,89				35,1	9,2	2,44	
EC Int	10,0	2,26	37,0	43,0	95,9	11,1	2,92	37,0	35,1	85,2	8,8	2,78	14,3	18,2	9,2	2,39	0,0	-9,8	-9,8
EC Pos	14,3	1,70				15,0	2,21				10,4	2,07				8,3	2,11		

	Tratamiento multimodal			Tratamiento cognitivo conductual			Tratamiento con Ritalina			Sin tratamiento		
	T	Gl	p valor	T	Gl	p valor	T	Gl	p valor	t	Gl	p valor
EC Pre												
EC Int	-8,060	9	0,000*	-4,291	9	0,002*	-1,557	9	0,154	0,000	9	1,000
EC Int												
EC Pos	-9,588	9	0,000*	-6,882	9	0,000*	-4,000	9	0,003*	1,784	9	0,108
EC Pre												
EC Pos	-19,170	9	0,000*	-14,318	9	0,000*	-4,150	9	0,002*	2,862	9	0,019*

p<0,05

Tabla 4. Comparación de valores promedio del EC según tipo de intervención en cada una de las fases de evaluación

		GI	F	Sig.
EC Pre	Inter-grupos	3	1,788	0,167
	Intra-grupos	36		
EC Int	Inter-grupos	3	1,518	0,226
	Intra-grupos	36		
EC Pos	Inter-grupos	3	24,662	0,000*
	Intra-grupos	36		

Los resultados mostraron que, en la fase de pretratamiento, el grupo sin intervención fue el que presentó el mayor puntaje promedio de EC, mientras que el grupo con tratamiento multimodal tuvo el puntaje promedio más bajo. En la fase intermedia, el grupo con tratamiento cognitivo conductual fue el que presentó el mayor puntaje promedio de EC, mientras que el grupo con tratamiento con Ritalina tuvo el puntaje promedio más bajo. Por su parte, en la fase postratamiento, el grupo con tratamiento cognitivo conductual fue el que presentó el mayor puntaje promedio de EC, mientras el grupo sin tratamiento tuvo el puntaje promedio más bajo. En la figura 1 se puede observar con claridad este comportamiento.

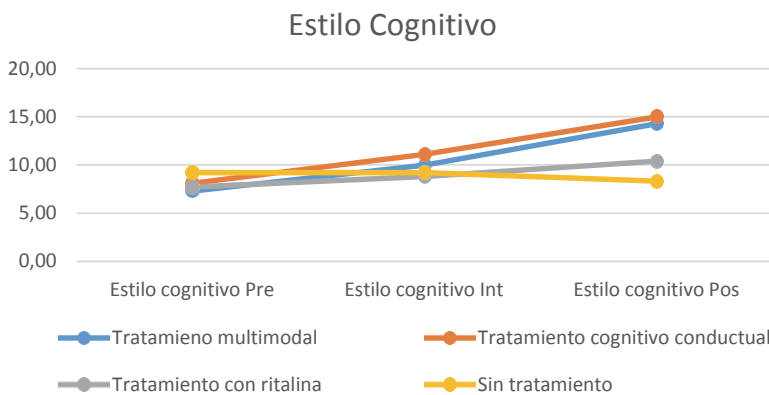


Figura 1. EC según intervención en las tres fases de evaluación

Respecto a la diferencia porcentual entre fases, al comparar la fase pre con la fase intermedia, tanto el grupo con tratamiento multimodal como el grupo con tratamiento cognitivo conductual fueron los que presentaron un mayor avance, siendo en ambos casos de un 37 %. Por su parte, el grupo sin tratamiento no presentó cambio alguno entre fases.

Al comparar la fase intermedia con la fase pos, el grupo con tratamiento multimodal fue el que presentó un mayor avance: 43 %. Contrariamente, el grupo sin tratamiento presentó una disminución en el puntaje promedio en un 9,8 %.

Finalmente, al comparar la diferencia total entre las fases pre y pos, el grupo con el tratamiento multimodal fue el que presentó un mayor avance: 95,9 %. Por su parte, el grupo sin tratamiento presentó una disminución en el puntaje promedio en un 9,8 %.

Posteriormente, se buscó determinar si las diferencias del puntaje promedio de cada tratamiento entre fases eran estadísticamente significativas mediante una prueba t para muestras relacionadas (tabla 3). Para la elección de la prueba se verificó la normalidad de los puntajes de la prueba mediante la prueba de Shapiro-Wilk, y la homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene.

Los resultados mostraron que, en el grupo con tratamiento multimodal y en el grupo con tratamiento cognitivo conductual, el puntaje promedio del EC presentaba diferencias estadísticamente significativas (p valor = 0,000) entre todas las fases. En el tratamiento con Ritalina existieron diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje promedio de las fases intermedia y pos, y entre el puntaje promedio de las fases pre y pos. Por su parte, en el grupo sin tratamiento solo existieron diferencias estadísticamente significativas al comparar las fases pre y pos.

Por último, se trató de determinar si existían diferencias estadísticamente significativas en el puntaje promedio del EC entre los cuatro grupos, en cada una de las fases de evaluación, mediante una prueba de Anova (tabla 4). Los resultados mostraron que solo existieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la fase de postratamiento. Por tanto, para determinar entre qué grupos se presentaron dichas diferencias, se aplicó la prueba post hoc de Tukey. La prueba mostró que existieron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con tratamiento multimodal con los grupos de tratamiento con Ritalina (p valor = 0,01) y sin tratamiento (p valor = 0,000). Similarmente, el tratamiento cognitivo conductual tuvo diferencias estadísticamente significativas con los grupos de tratamiento con Ritalina (p valor = 0,000) y sin tratamiento (p valor = 0,000).

Discusión y conclusiones

El objetivo del presente estudio era determinar la evolución del estilo cognitivo bajo tres tipos de intervención: tratamiento multimodal, tratamiento psicológico y tratamiento farmacológico, junto a un grupo sin ningún

tipo de tratamiento en niños con TDAH que asisten al Hospital Infantil de Manizales.

Después de analizar los resultados obtenidos, se evidencia un avance en el resultado promedio del estilo cognitivo en cada fase de evaluación (pretratamiento, intermedia, postratamiento) en las tres intervenciones implementadas. Este comportamiento da cuenta de que hay una evolución del estilo cognitivo hacia la independencia de campo, lo cual permite confirmar los hallazgos en las investigaciones realizadas por Orjarles y Polaino (1992); primero, al plantear que los niños con TDAH son más dependientes de campo que los niños que no presentan este trastorno; y segundo, que el estilo cognitivo evoluciona a través del tiempo hacia la independencia de campo, cuando se trabaja en cartillas de atención, como el método Progresint de Yuste *et al.* (1994), en ejercicios donde el niño debe identificar figuras enmascaradas.

Y agregan que se evidencia una modificación rápida en las puntuaciones en el test de figuras enmascaradas evolucionando hacia la rapidez-exactitud. Posteriormente, Zuluaga y Vasco (2009) reafirman dicha conjetura y, además, concluyen que el método Progresint permitió que los niños con TDAH aprendieran a procesar la información de forma más analítica, reflexiva, logrando mantenerse por un mayor tiempo en la ejecución de la tarea. Esto, a la vez, permite activar procesos metacognitivos que no están directamente relacionados con la atención, en este caso el estilo cognitivo, agregando que, al parecer, cuando se interviene sobre la función de la atención hay un impacto de manera indirecta en el estilo cognitivo.

Con los hallazgos de estos autores y los resultados obtenidos en la presente investigación, se pone de manifiesto que, al trabajar sobre ejercicios que impliquen centrar la atención, mantenerla por un periodo de tiempo prolongado, inhibiendo estímulos irrelevantes y, al incluir estrategias autoinstruccionales como parte del tratamiento psicológico, es posible que el estilo cognitivo transite de dependiente a independiente de campo perceptivo, ya que le permiten al niño desarrollar estrategias de procesamiento más analíticas, una actitud más reflexiva en el desarrollo de los ejercicios y mayor tiempo de ejecución en la tarea que ayudará en la inhibición de la impulsividad cognitiva.

Esto explicaría por qué se observa una modificación rápida en las puntuaciones del test de figuras enmascaradas, pues estas características están muy relacionadas con un estilo cognitivo independiente de campo, que se caracteriza por una percepción analítica de la información, mayor capacidad para desenmascarar información oculta, facilidad y rapidez en el aprendizaje de conceptos cuando la información se presenta de forma desorganizada, mejor rendimiento, flexibilidad, mayor autocontrol y autoevaluación, mayor

sentido crítico y eficacia en resolución de problemas (Fernández y Manning, 1981).

También hay que tener en cuenta la función que cumple el entrenamiento en autoinstrucciones propuesto por Meichenbaum y Goodman (1971), y adaptado por Orjales en 1991, ampliado por la misma en 1999 (como se citó en Orjales, 2007), el cual ayuda a que los niños con TDAH aprendan a desarrollar un diálogo interno o autoverbalizaciones que les permita enfrentarse de una manera más eficaz a las tareas y/o problemas a los que se ven enfrentados y deben dar solución. Este programa ha sido efectivo en los niños con TDAH, ya que les permite tomar consciencia de los procesos de pensamiento en la solución de los problemas, “reducir las respuestas impulsivas inmediatas a la presentación de una tarea, conseguir un procesamiento de la información más reflexivo y sistemático y favorecer el desarrollo de estrategias de solución de problemas” (Orjales, 2007, p. 24). Además, como plantea Orjales (2007), este programa aplicado a niños entre 6 y 12 años se convierte en un recurso potente para mejorar el rendimiento cognitivo, cuando se complementa con otro tipo de intervención.

En este sentido, el entrenamiento previo en autoinstrucciones favorecería una actitud más reflexiva en estos niños, convirtiéndose en un facilitador a la hora de tener que enfrentarse a los ejercicios planteados en la cartilla de atención. Así, ambos métodos (Progresint y entrenamiento en autoinstrucciones) se convierten en una herramienta eficaz, en este caso, para facilitar la transición del estilo cognitivo hacia la independencia de campo, por el impacto que tienen en las funciones cognitivas.

Como se mencionó anteriormente, el tratamiento farmacológico también generó un impacto en el estilo cognitivo. Cabría preguntarse el porqué de este comportamiento si dicho grupo no estuvo incluido en el entrenamiento autoinstruccional ni en el trabajo con las cartillas de atención. Este resultado puede deberse a los efectos positivos que tiene el fármaco (en este caso, la Ritalina) sobre el comportamiento del niño, pues, como plantean algunas investigaciones, este ayuda a disminuir la conducta hiperactiva, mitiga la impulsividad, aumenta sus niveles de atención y concentración en tareas que demandan esfuerzo y ayuda a tener estrategias de trabajo más reflexivas y mejoras en el rendimiento académico, y más eficacia y precisión en las tareas (Spencer *et al.*, 1996; Orjales, 1998; Mulas, Roselló, Morant, Hernández y Pitarch, 2002). Esto favorecería entonces, de manera indirecta, el incremento del estilo cognitivo independiente, ya que, como se mencionó anteriormente, cuando se da un incremento en los niveles de atención y se desarrolla una actitud más reflexiva frente a la tarea, se ponen en marcha otros procesos cognitivos.

Sin embargo, es de resaltar que dichos efectos son a corto plazo y no se mantienen cuando se deja de administrar el medicamento. En este sentido, los fármacos ayudan a controlar determinadas conductas y favorecen el incremento en los niveles de atención, mejorando la eficacia en la resolución de la tarea, pero no generan un entrenamiento cognitivo propiamente, por lo tanto, no se va a dar una generalización de los resultados ni se mantendrán a largo plazo. Como plantea Jarque (2012), el tratamiento farmacológico, aunque se ha destacado por su efectividad, presenta limitaciones, ya que no se ha encontrado evidencia que sustente los efectos a largo plazo, debido a que estos son sintomáticos y no acumulativos. Por lo cual recomiendan integrarlo en la mayoría de los casos con abordajes psicológicos (cognitivo-conductuales) y de tipo educativo, que permitan obtener resultados a largo plazo (García, Santed, Cerdán y Alda, 2007; Loro *et al.*, 2009). Lo dicho anteriormente permite entender por qué el tratamiento farmacológico obtuvo el menor resultado promedio en el estilo cognitivo, respecto al tratamiento multimodal y psicológico.

En cuanto al grupo sin ningún tipo de tratamiento, no mostró evolución alguna en el estilo cognitivo entre fases; al contrario, se evidenció una disminución del puntaje promedio respecto a su evaluación inicial. Este resultado confirma que los niños con TDAH tienen predominio de un estilo cognitivo dependiente, el cual es posible que se mantenga en el tiempo cuando no son sometidos a intervención (Orjales y Polaino, 1992).

Por otro lado, al comparar la diferencia porcentual total entre la fase pretratamiento y postratamiento, según las intervenciones, la intervención multimodal muestra ser la más efectiva, con porcentaje de 95,9 % y, en segundo lugar, la intervención psicológica, con 85,2 %. Esto se debe posiblemente, como se mencionaba en párrafos anteriores, a la efectividad que muestran las estrategias de entrenamiento en autoinstrucciones y el método Progresint (Orjales y Polaino, 1992; Zuluaga y Vasco, 2009; Orjales, 2007). Aunque también está la función que cumple el proceso madurativo de estructuras cerebrales, que implicaría un desarrollo de procesos cognitivos superiores. En un sentido, el impacto en el estilo cognitivo puede deberse a las intervenciones implementadas según los hallazgos de dichos autores y los obtenidos en la presente investigación, al igual que también puede deberse a respuestas de un proceso madurativo, o tal vez a la combinación de ambos y, por ende, el impacto es mucho mayor. Además, hay que tener en cuenta que los resultados muestran que el estilo cognitivo en el grupo sin tratamiento no evolucionó hacia la independencia de campo; al contrario, se dio una disminución en el puntaje total entre la fase pretratamiento y postratamiento, lo cual estaría indicando que la dependencia de campo se mantiene, y que es posible que la evolución en el estilo cognitivo observada en los grupos con

tratamiento no sea solo una respuesta al proceso madurativo de estructuras cerebrales.

Por otra parte, se observa que la efectividad del tratamiento multimodal fue superior al tratamiento psicológico, lo cual se debe posiblemente a que el tratamiento farmacológico por los efectos positivos que ha mostrado en el niño a nivel conductual y cognitivo funcione como un facilitador al momento de entrenarlo en habilidades cognitivas, y en la ejecución de ejercicios de atención que demandan al niño un nivel alto de atención y concentración, que, a su vez, deberá mantener por periodos de tiempo prolongado, inhibiendo estímulos irrelevantes, disminuyendo su impulsividad conductual y cognitiva para desarrollar habilidades analíticas y reflexivas que le permitan reducir el margen de error en las tareas. Permitiendo así que las habilidades desarrolladas muestren efectos a largo plazo y se pueda dar una generalización de la conducta.

Este resultado permite confirmar los planteamientos de las diferentes investigaciones al proponer que el TDAH debe darse bajo un modelo integral, donde intervengan médicos, psicólogos, familiares y profesores (Cabases y Quintero, 2005; Loro *et al.*, 2009; Rabito y Correas, 2014). Además, la combinación de fármacos con intervención cognitivo-conductual va a permitir reducir la dosis del fármaco, generando una disminución en los efectos secundarios y la preocupación acerca del uso de la medicación (Serrano, Guidi y Alda, 2013).

En síntesis, retomando lo anterior, se puede afirmar que los tres tratamientos implementados muestran mejoras en el estilo cognitivo, observándose una transición hacia la independencia de campo. También que el tratamiento multimodal es el que muestra un mayor avance en el estilo cognitivo respecto a los otros dos, y que el tratamiento farmacológico (Ritalina), a pesar de ser efectivo, no muestra eficacia significativa. Ahora bien, los resultados también muestran diferencias estadísticamente significativas en el promedio del estilo cognitivo en la fase postratamiento, propiamente el tratamiento multimodal y psicológico frente al tratamiento farmacológico y el grupo sin tratamiento. Estos resultados permiten dar cuenta de la efectividad de ambos tratamientos para modificar el estilo cognitivo. Y, aunque el tratamiento multimodal, como lo plantean diferentes investigaciones, sigue siendo el más efectivo, el tratamiento psicológico también muestra una alta eficacia en la intervención del TDAH (Calderón, 2001; Tirado, Fernández e Hinojo, 2004; Zambrano, Martínez, Del Río, Dehesa y Llerena; 2013).

Cabe resaltar que, si se tienen en cuenta las características individuales de cada sujeto, terapeutas capacitados, un control estricto de las variables intervinientes y un seguimiento sistemático de la intervención, el tratamien-

to psicológico puede llegar a ser determinante como una única alternativa de intervención, considerando que la mayoría de las familias muestran mayor resistencia a las terapias con fármacos, debido generalmente a los efectos secundarios de los mismos (disminución del apetito, insomnio, labilidad emocional, ente otros) (Loro *et al.*, 2009). Finalmente, como plantea Orjales (2007), no hay que descartar la posibilidad de combinar dicha intervención con un tratamiento farmacológico, siempre analizando las características individuales de cada sujeto.

A partir de lo expuesto anteriormente, se concluye que los resultados obtenidos permiten confirmar que el estilo cognitivo presenta diferencias estadísticamente significativas en el tiempo y, cuanto más integral es la intervención, es posible la evolución hacia la independencia de campo.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría, APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5ª ed.). Arlington, VA, EE.UU: Panamericana.
- Barkley, R. (1990). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York, USA: Guilford Press.
- _____. (1997). Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.65>
- Benedet, M. (2002). *Neuropsicología cognitiva. Aplicaciones a la clínica y a la investigación Fundamento teórico y metodológico de la neuropsicología cognitiva*. Madrid, España: Grafo S.A.
- Calderón, C. (2001). Resultados de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de Psicología*, 32(4), 79-98. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/61693/88460&a=bi&pagenumber=1&w=100>
- Cabasés, J. y Quintero, F. (2005). Tratamiento multimodal del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista Española de Pediatría*, 61(6), 503-514. Recuperado de: <http://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2005/REP%2061-6.pdf#page=79>
- Dupaul, J. y Barkley, R. (1990). Medication Therapy. In *Attention-Deficit- Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York, USA: Guilford Press.
- Fernández, R. y Manning, L. (1981). Dependencia-independencia de campo y diferenciación hemisférica en tareas de escucha dicótica. *Estudios de Psicología*, 6(23-24), 20-28. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1080/02109395.1985.10821432>
- García, J., Santed, M., Cerdán, C. y Alda, M. (2007). Tratamiento del trastorno por déficit de atención. *Atención Primaria*, 39(12), 671-674. Recuperado de: <https://doi.org/10.1157/13113962>
- García, A., Sanz, P. y Tárraga, R. (2016). Comparación de la eficacia de las intervenciones médica, psicológica, psicopedagógica y combinada en el tratamiento de niños y adoles-

- centes con TDAH: una revisión teórica. *Reidocrea*, 5, 206-222. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10481/42929>
- Jarque, S. (2012). Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Anuario de Psicología*, 42(1), 19-33. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97024524002>
- Loro, M., Quintero, J., García, N., Jiménez, A., Pando, F., Varela, P.,... Correas, J. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 49(5), 257-264. Recuperado de: <http://anclapsicologiactiologica.es/wp-content/uploads/2016/03/Actualizacion-TTMT0-TDAH.pdf>
- Martínez, N. (2006). Psicopatología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 379-399. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760210>
- Mas, C. (2009). El TDAH en la práctica clínica psicológica. *Clínica y Salud*, 20(3), 249-259. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742009000300006&script=sci_arttext&tlng=en
- Meichenbaum, D. y Goodman, J. (1971). Training Impulsive Children to Talk to Themselves: A Means of Developing Self-Control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77(2), 115-126. <http://dx.doi.org/10.1037/h0030773>
- Mulas, F., Roselló, B., Morant, A., Hernández, S. y Pitarch, I. (2002). Efectos de los psicoestimulantes en el desempeño cognitivo y conductual de los niños con déficit de atención e hiperactividad subtipo combinado. *Revista de Neurología*, 35(1), 17-24. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/b6c6/19696d35262eb6965da5e11ba6b9fc81efa3.pdf>
- Orjales, I. (1998). *Déficit de atención con hiperactividad: Manual para padres y educadores*. Madrid, España: CEPE.
- _____. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 19-30. Recuperado de: http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_3_esp_19-30.pdf
- Orjales, I. y Polaino, A. (1992). Estilos cognitivos e hiperactividad infantil: los constructos dependencia-independencia de campo perceptivo e impulsividad-reflexividad. *Bordón. Revista de Pedagogía*, 44(4), 421-430. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=54427>
- Pineda, D., Henao, G., Puerta, I., Mejía, S., Gómez, L., Miranda, M.,... Grupo de Investigación de la Fundación Universidad de Manizales (1999). Uso de un cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencia atencional. *Revista de Neurología*, 28(4), 365-372. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Alfredo_Ardila/publication/297858956_The_usefulness_of_a_short_questionnaire_for_the_diagnosis_of_attention_deficiency/links/5719267208ae30c3f9f2bf56/The-usefulness-of-a-short-questionnaire-for-the-diagnosis-of-attention-deficiency.pdf
- Rabito, M., Correas, J. (2014). Guías para el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: una revisión crítica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(6), 315-324. Recuperado de: <http://www.pediatrasandalucia.org/Pdfs/guiastdah.pdf>
- Rosselli, M., Matute, E., Ardila, A., Botero, V., Tangarife, G., Echeverría, S.,... Ocampo, P. (2004). Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI): una batería para la evaluación de niños entre 5 y 16 años de edad. Estudio normativo colombiano. *Revista de Neurología*, 38(8), 720-731. Recuperado de: <https://www.neurologia.com/articulo/2003400>

- Sattler, J. (2003). *Evaluación infantil: aplicaciones cognitivas*. México D.F., México: Manual Moderno.
- Serrano, E., Guidi, M. y Alda, J. (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. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(1), 44-51. Recuperado de: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/15/81/ESP/15-81-ESP-44-51-322427.pdf>
- Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Harding, M., O'Donnell, D. y Griffin, S. (1996). Pharmacotherapy of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Across the Life Cycle. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(4), 409-432. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199604000-00008>
- Tirado, J., Fernández, F. e Hinojo, F. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica. *Psicothema*, 16(3), 408-414. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/english/psicothema.asp?id=3011>
- 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(4), 332-338. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062009000400004>
- Witkin, H., Oltman, P., Raskin, E. y Karp, S., (1982). *Test de figuras enmascaradas*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Yuste, C., Quiros, J., Díez, J., Guarga, L. y Millán, M. (1994). *Progresint: programas para la estimulación de las habilidades de la inteligencia*. Madrid, España: CEPE.
- Zambrano, E., Martínez, J., Del Río, C., Dehesa, M. y Llerena, A. (2013). *Intervención cognitivo-conductual en niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y su impacto familiar y escolar*. España: Psiquiatría.com. Recuperado de: https://psiquiatria.com/trastornos_infantiles/intervencion-cognitivo-conductual-en-ninos-con-trastorno-por-deficit-de-atencion-con-hiperactividad-y-su-impacto-familiar-y-escolar/
- Zuluaga, J. y Vasco, C. (2009). Evolución en la atención, los estilos cognitivos y el control de la hiperactividad en niños y niñas con diagnóstico de trastorno deficitario de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3), 481-496. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80511929007>

