



**Universidad
Europea** VALENCIA

**Máster Universitario en PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA
Trabajo Fin de Máster**

**ESTUDIO DE CASOS N=3 ENFOCADO EN LA INFLUENCIA DE LA TERAPIA DE
JUEGO APLICADA EN NIÑOS CON TDAH**

Presentado por: Esther Soldevila Fontelles

Tutor: Eneko Antón Ustaritz

Curso: 2º curso del MPGS NOV M 21 Edición 2021-2023

Convocatoria: ordinaria

Campus de Valencia
Paseo de la Alameda, 7
46010 Valencia

universidadeuropea.com

Índice

Resumen general.....	5
1. Introducción.....	6
2. Metodología.....	15
2.1. Participantes.....	15
2.2. Instrumentos.....	16
2.3. Procedimiento.....	18
3. Resultados.....	21
4. Discusión.....	24
5. Bibliografía.....	29
6. Anexos.....	36

Resumen

En la investigación sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) existe la implementación de la terapia de juego como herramienta de intervención con niños. Este trastorno se caracteriza por movimientos motores estereotipados y falta de control de estos. Se realizó un estudio de casos n=3 en el que se midió y registró la capacidad de atención sostenida y la impulsividad de 3 niños entre los 9 y los 11 años diagnosticados de TDAH y con el mismo tratamiento farmacológico (metilfenidato), a los que se les aplicó la aproximación terapéutica de terapia de juego. Se evaluó la atención sostenida y la impulsividad antes y después del tratamiento. La terapia tuvo como objetivo reducir algunos síntomas del TDAH a través de diferentes dinámicas basadas en la terapia de juego y comprobar si la terapia influyó positivamente en el manejo de la impulsividad y de la atención y si esta se recomienda para intervenir en el tratamiento de este trastorno en niños. Los resultados mostraron que la terapia de juego influyó de manera positiva en la atención sostenida y la impulsividad de los tres niños con TDAH.

Palabras clave: Terapia de juego, TDAH, atención sostenida y niños.

Abstract

In research on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) there is the implementation of play therapy as an intervention tool with children. This disorder is characterized by stereotyped motor movements and lack of control of these. The objective of this research was to follow 3 children diagnosed with ADHD aged between 9 and 11 years and with the same pharmacological treatment (methylphenidate) to whom the therapeutic approach of play therapy was applied. Sustained attention and hyperactivity were evaluated before and after treatment. The modality of the chosen work was a case study n=3, in which the sustained attention span and impulsivity of the 3 children were measured and recorded. Play therapy was applied to see if there was any difference between pre-treatment and post-treatment. The therapy aimed to reduce some symptoms of ADHD through different dynamics based on play therapy. The hypothesis to be tested was whether play therapy positively influenced the management of impulsivity and attention and whether this is recommended to intervene in the treatment of this disorder in children. The results showed that play therapy positively influenced the sustained attention and impulsivity of the three children with ADHD.

Key words: Play therapy, ADHD, sustained attention and children.

1. Introducción

En la presente investigación psicológica se plantean las siguientes preguntas: ¿de qué manera se puede mejorar la atención sostenida y la impulsividad en tres casos de niños de edades similares con TDAH a través de la terapia de juego (TJ)?, ¿cuáles son las aportaciones de la TJ en la atención sostenida de tres niños con TDAH? En el presente estudio el objetivo fue averiguar si la TJ influyó positivamente en el manejo de algunos de los síntomas del TDAH, como la atención sostenida y la impulsividad, y si esta se recomienda para intervenir en el tratamiento de este trastorno en niños.

El TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo más comunes que afecta en la actualidad a un 5,29% de la población infantil a nivel mundial (Polanczyk et al., 2007). Este trastorno afecta las áreas familiar, escolar y social del niño y repercuten en la capacidad para seguir el currículum educativo, integrarse en el grupo de iguales, organizarse o planificarse (Rodríguez-Salinas et al., 2006; Orrego, 2012) y, a su vez, ser constantemente rechazados por sus compañeros, pudiendo generarles ansiedad, estrés y depresión (Young, Fitzgerald y Postma, 2013).

La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM5 (American Psychiatric Association, 2014), describe el TDAH 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 de desarrollo del niño (ver Tabla 1). En la infancia el TDAH frecuentemente se solapa con trastornos que a menudo se consideran trastornos exteriorizadores, como el trastorno negativista desafiante o el trastorno de conducta (APA, 2014). El TDAH a menudo persiste hasta la edad adulta, con consecuentes deterioros del funcionamiento social, académico y ocupacional (APA, 2014). Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años (APA, 2014).

Tabla 1.

Síntomas de inatención e hiperactividad-impulsividad que caracterizan el diagnóstico de TDAH, según el DSM5 (APA, 2014).

Seis (o más) de los siguientes síntomas, mantenidos durante al menos seis meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales	
Inatención	Hiperactividad-Impulsividad
Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares en el trabajo o durante otras actividades.	Con frecuencia juguetea o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.	Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado.
Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente.	Con frecuencia corretea o trepa en situaciones inapropiadas.
Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales.	Con frecuencia es incapaz de jugar tranquilamente en actividades recreativas.
Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades.	Con frecuencia se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado.
Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.	Con frecuencia habla excesivamente.
Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades.	Con frecuencia presenta respuestas anticipatorias.
	Con frecuencia le es difícil esperar su turno.

Nota. Fuente: adaptado del DSM5 (APA, 2014).

Los síntomas de déficit de atención, hiperactividad e impulsividad son la expresión conductual y observable de un trastorno en el funcionamiento cognitivo (Artigas, 2010). Así mismo, aparece asociado un cuadro de disfunción ejecutiva que se caracteriza por alteraciones en memoria de trabajo, planificación, flexibilidad cognitiva y regulación emocional (Blanco, 2020). Dependiendo de los síntomas predominantes, se pueden identificar tres tipos de presentación del TDAH: predominantemente hiperactivo-impulsivo, predominantemente inatento y presentación combinada (Rubiales, 2014). Igualmente se debe especificar si se encuentra en remisión parcial y el grado de gravedad actual, pudiendo ser clasificado en leve,

moderado o grave (APA, 2014). Aparecen clústeres diagnósticos para los casos que no se ajustan al diagnóstico principal y el DSM5 establece dos diagnósticos más: TDAH especificado y TDAH no especificado. La categoría TDAH no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de TDAH o de un trastorno del desarrollo neurológico específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (APA, 2014).

Entre las causas del TDAH encontramos una base genética y una base neurobiológica, las cuáles pueden verse influenciadas por factores ambientales (Del Río, 2014). Dentro de la base genética, Del Río (2014) afirma que la mayoría de los niños con TDAH (70%) presentan una alteración en genes (relacionados a la dopamina y noradrenalina), con consecuencias negativas en el autocontrol, la inhibición motora y la atención. Con respecto a la base neurobiológica, se identifican anomalías en el núcleo estriado y en la corteza prefrontal (Gómez et al., 2013). En cuanto a los factores ambientales que pueden influenciar en el desarrollo del trastorno, destacan la calidad de las relaciones familiares, los trastornos psiquiátricos en alguno o en ambos cuidadores y la inestabilidad familiar (Del Río, 2014; Gómez et al., 2013).

García y Rodríguez (2005) proponen que la hiperactividad puede desarrollarse como respuesta al estrés generado por causas internas o externas. Por ello pueden influir tanto factores fisiológicos y temperamentales, como características del desarrollo, potencial intelectual, influencias familiares y sociales, estatus socioeconómico, características y composición de la familia. Para estos autores esta psicopatología podría desarrollarse como consecuencia de una combinación de la vulnerabilidad heredada y la interacción con el contexto del paciente. De acuerdo con Sergeant (2005), el TDAH no se debe a una sola alteración, sino que en realidad constituye diversas alteraciones cognitivas. El autor señala que el problema central se relaciona con el procesamiento de la información en los siguientes niveles: atencional, que implica la codificación, búsqueda, toma de decisión y organización motora; del estado, que implica el estado de alerta, el esfuerzo y la activación, y ejecutivo, que implica la planificación, la detección de errores y su corrección.

Entre los factores asociados con la persistencia de este trastorno se encuentran la presencia de una historia familiar de TDAH, de comorbilidades psiquiátricas y de algunos estresores psicosociales (Ricardo, Álvarez y Rodríguez, 2015). En cuanto, a los déficits observados en términos de resultados funcionales se ha encontrado que entre el 50% y el 70% de los sujetos diagnosticados con TDAH presentan dificultades clínicas relacionadas con las habilidades de aprendizaje, ajuste y funcionamiento social o bienestar emocional (Stefanatos y Baron, 2007).

Se han aplicado diversos tratamientos no farmacológicos para abordar el TDAH en niños, como la técnica conductual de economía de fichas, el entrenamiento en autoinstrucciones, el mindfulness, la psicoeducación, el neurofeedback, el entrenamiento cognitivo

computarizado y la psicoeducación (Díaz Gutiérrez, 2021), que a continuación se detallan brevemente.

Diversos estudios sobre técnicas de intervención basadas en la economía de fichas de la terapia conductual demuestran que es eficaz para aplicar a niños con TDAH, que implica una disminución de la agresividad y una modificación en el comportamiento de estos niños (Gallardo, 2020).

El entrenamiento en auto instrucciones de la TCC se observa que logra una reducción de la impulsividad, las conductas problemáticas y una mejora emocional del niño. Asimismo, sirve para mejorar su concentración, planificación, endimiento académico y habilidades sociales (Gallardo, 2020).

En cuanto al mindfulness, las investigaciones evidencian una reducción de la sintomatología principal del TDAH mediante esta terapia, pero al mismo tiempo, se concluye la falta de estudios y programas de mindfulness y TDAH (Secanell y Núñez, 2019).

A la técnica de neurofeedback (NF), Monastra et al. (2005) le asignaron un nivel de “eficacia probable” como tratamiento para el TDAH y explicaban cómo, aunque un 75% de los pacientes de los estudios publicados reportaban una mejoría clínica significativa, seguían siendo necesarios más estudios con aleatoriedad y grupos controlados para proporcionar una mejor estimación del porcentaje real de pacientes. Arns et al. (2009) expusieron en un metaanálisis que el tratamiento de TDAH utilizando la técnica de NF mejora el comportamiento en ensayos abiertos y concluyeron que el tratamiento con NF puede ser considerado eficaz y específico. Se han hecho estudios en los que la eficacia a corto plazo ha resultado similar a la del tratamiento farmacológico, y a largo plazo los efectos han sido positivos; si bien las investigaciones realizadas presentan algunos hallazgos que favorecen el uso de las técnicas del NF en el tratamiento de TDAH, se considera que éste aún no puede ser recomendado como única opción terapéutica (Román, 2010).

Otra técnica objeto de estudio es el entrenamiento cognitivo en niños con TDAH que utiliza programas como el Cogmed, el TDAH Kids Trainer o el Brain HQ (Fernández-Daza, 2019), con intervenciones con enfoques neurocientíficos que mejoran la atención y por consiguiente aumentan el éxito académico (Burns, 2014; citado por Fernández-Daza, 2019). Investigaciones recientes han sugerido que los niños con TDAH pueden beneficiarse del entrenamiento cognitivo computarizado pero que hace falta evidencia científica que respalde la utilidad de estos programas (Farias et al., 2017).

Todo niño o adolescente con TDAH debe tener un plan integral de tratamiento individualizado, que considere la cronicidad y el impacto de la condición e involucre medidas psicofarmacológicas y/o conductuales para mejorar las manifestaciones centrales del TDAH (hiperactividad, inatención e impulsividad) y el deterioro funcional asociado (Pliszka, 2007). Deben considerarse las inquietudes y preferencias de la familia y brindarse psicoeducación

acerca de la condición y los tratamientos disponibles, que es otra medida importante que ha mostrado ser útil para favorecer la adherencia al tratamiento y satisfacción de padres y pacientes (Montoya, Colom y Ferrin, 2011). Autores como Barkley (1999) afirman que la formación de los padres en TDAH constituye un factor esencial en el éxito de las intervenciones terapéuticas.

El presente trabajo de investigación apuesta por la TJ para tratar la sintomatología del TDAH. Posiblemente, el juego es el medio más adecuado para el desarrollo de los niños, ya que les permite construir relaciones con los adultos y desarrollar el pensamiento causal, éste a su vez, es muy importante para el control de los impulsos, procesar situaciones estresantes y adquirir habilidades sociales (Chaloner, 2001, citado por Schaefer, 2012). En los últimos 25 años los investigadores y clínicos infantiles han buscado de manera rigurosa las cualidades específicas inherentes a la conducta de juego que la convierte en un agente terapéutico de cambio (Russ, 2004, citado por Schaefer, 2012). Para los niños, representar sus experiencias y sus sentimientos es el proceso dinámico y auto sanador más natural en el que se pueden sumergir (Piaget, 1971). Por debajo de los 10 u 11 años, la mayoría de los niños tienen dificultades para estar sentados tranquilamente durante periodos largos, por este motivo la TJ satisface la necesidad infantil de estar físicamente activo (Piaget, 1971). Se puede utilizar en niños desde cinco hasta once años y permite conocer cuáles son las defensas que el niño utiliza, las fortalezas y las dificultades que le sucede (Figuerola, 2013).

Hay diversos marcos teóricos sobre los que se apoya la TJ. Según Schaefer (2012) los más representativos son los siguientes: los modelos psicodinámicos (que incluyen la TJ de liberación, la TJ analítica jungiana y la TJ adleriana), los modelos humanistas (formados por la TJ centrada en el niño, la TJ filial, la TJ Gestalt y la TJ experiencial), los modelos sistémicos (que engloban la TJ familiar, la TJ grupal, la TJ ecosistémica y la TJ para fortalecer el apego) y el modelo cognitivo-conductual (terapia de juego cognitivo-conductual, TJCC) (Schaefer, 2012).

Desde la TJ psicoanalítica, Melanie Klein (1955) comenzó a emplear la técnica del juego como medio de análisis para niños de menos de seis años. Utilizaba el juego para que los niños expresaran fantasías, ansiedades y defensas, que posteriormente ella interpretaba. Anna Freud (1965) comenzó a utilizar el juego para establecer una alianza con el niño e insistía en desarrollar una relación emocional entre el niño y el terapeuta antes de interpretar la motivación inconsciente que pudiera haber tras los dibujos o juegos. Desde el enfoque psicoanalítico, con David Levy (1938) aparece la TJ de liberación. Se trata de un enfoque estructurado para niños que habían vivido alguna situación generadora de tensión o ansiedad. Levy creía que no había necesidad de interpretar nada, y basaba su enfoque en la creencia de que el juego tenía un efecto abreactivo. Para este autor, el papel del terapeuta estribaba en recrear, a través de juguetes seleccionados, la experiencia que precipitó la reacción ansiosa, lo que le permitía al niño liberarse del dolor que le causaba.

Desde el modelo humanista, la teoría de Carl Rogers habla del Enfoque Centrado en la Persona (Rogers 1951, citado por Landreth, 2018) en la que se orienta al ser humano a ser protagonista de su propio desarrollo y que reconozca sus posibilidades de crecimiento, sus limitaciones y sus incapacidades (Rogers, 1959, citado por Landreth, 2018). Para Rogers existían tres actitudes esenciales: la autenticidad del psicoterapeuta, la aceptación positiva incondicional del paciente y la empatía. Por su parte, Axline (1947, citado por Landreth, 2018) basándose en la Terapia Centrada en el Cliente de Rogers, propone la TJ Centrada en el Niño (TJCN). Esta terapia no-directiva no hace ningún esfuerzo por controlar o cambiar al niño, y se basa en la teoría de que el comportamiento de este tiene su origen en el impulso hacia una completa autorrealización. Esta técnica es reconocida por el medio de autoexpresión que utiliza con los juguetes, de tal manera que el niño logra manifestar y construir su propia historia al liberar sentimientos y trabajarlos de forma lúdica (Axline, 1975). Desde el mismo marco teórico, Guerney (1976) creó y desarrolló la TJ filial bajo la creencia de que los problemas de los padres eran la causa de los problemas del niño y se pretendía fortalecer la relación entre ambos. La TJCN tenía buenos resultados con la colaboración de los padres, así que para este autor los padres podían convertirse en agentes terapéuticos (Ryan y Bratton 2008). Asimismo, la TJ Gestalt surge por la necesidad de descubrir los pensamientos, sentimientos, miedos y deseos de los niños a través de los juegos de una forma natural en el que se sientan libres sin ser juzgados (Oaklander, 2000). Logra por medio de juguetes, arena, títeres y otros elementos que representan escenas de la vida diaria facilitar la autoexpresión, la experimentación y la comunicación. Se trata de una terapia humanista, orientada al proceso y basada en la relación entre el niño y el terapeuta, el cual asume un papel activo y le propone al niño actividades, pero si el niño toma la iniciativa en la sesión, el terapeuta lo sigue. Frederick Allen (1934, citado por O'Connor, Schaefer y Braverman, 2017) desarrolló la TJ de relación, que hace hincapié en el desarrollo de la relación terapeuta-cliente como elemento crucial en el resultado del tratamiento, con un enfoque constante en el presente, el aquí y el ahora. Los sentimientos y reacciones del presente son el principal foco de atención (Cornejo, 1996).

La TJ cognitivo-conductual (TJCC) se basa en el modelo cognitivo de los trastornos emocionales, que contempla la interacción entre cognición, emoción, conducta y fisiología (Beck y Emery, 1985). La percepción de lo que ocurre, no los eventos por sí mismos, es lo que determina el modo en que el individuo comprende sus circunstancias. Las tres premisas más importantes de la TCC son: los pensamientos influyen en las emociones y conductas del individuo que se manifiestan como respuesta, las percepciones e interpretaciones de los eventos son moldeadas por las creencias y suposiciones del individuo y, por último, las distorsiones cognitivas predominan en individuos que padecen dificultades psicológicas (Beck et al., 1979). Este autor entiende la TCC como la manera de modificar los pensamientos y conductas disfuncionales y entiende a los trastornos como producto de alteraciones de los

componentes cognitivos, comportamentales y emocionales (Tuta, Porez, y Camargo, 2017). Susan Knell (1997) combinó la teoría y las técnicas de la TCC con los principios de la TJ. En este tipo de intervención se elaboran actividades lúdicas para llevar a cabo las intervenciones conductuales, como la desensibilización sistemática, el reforzamiento positivo, el modelamiento, el desvanecimiento de estímulos y la extinción. Las intervenciones cognitivas que se han adaptado incluyen el registro de pensamientos disfuncionales, el cuestionamiento de creencias irracionales y el uso de autoafirmaciones de afrontamiento. También emplea el juego de roles y las contingencias conductuales utilizando juguetes, muñecos de peluche y títeres, que son divertidos y atrapan la atención de los niños pequeños. La TCC propone técnicas para la modificación de la conducta, basadas en la auto instrucción, el modelamiento y la demora forzada (Calderón-Garrido, 2003).

Para hacer frente a toda la variedad de teorías existentes sobre la TJ, aparece la teoría integrativa, que se basa en las ideas de Prochaska (1995), para quien es fundamental que los terapeutas adopten una orientación transteórica, evitando encerrarse en una sola teoría que deben aplicar con todos los clientes de una manera rígida y forzada. Para Prochaska (1995) ninguna perspectiva por sí sola ha demostrado ser lo suficientemente sólida para resolver todos los problemas. La TJ transteórica implica tener una perspectiva teórica sólida de base, a partir de la cual se comienza a ver el caso, los síntomas y el tratamiento. Después, el terapeuta puede empezar a elegir y ampliar su repertorio con los mejores agentes de cambio de las principales teorías (Prochaska,1995). Un número cada vez mayor de terapeutas de juego buscará entender y aplicar todos los múltiples agentes de cambio en las sesiones terapéuticas que lleven a cabo (O'Connor, Schaefer, Braverman, 2017). El campo de la TJ ha avanzado debido a la tendencia hacia la aplicación de un enfoque transteórico. Aunque se han empleado distintas denominaciones para designar al movimiento de la TJ transteórica (p. ej., prescriptiva, ecléctica, integrativa), se caracteriza por la insatisfacción con un solo método y la necesidad de ver más allá de una sola escuela para determinar qué mecanismos de cambio pueden agregarse a la práctica clínica, para aumentar la eficacia y la eficiencia de la TJ (O'Connor, Schaefer, Braverman, 2017). El movimiento integrativo ha adoptado una orientación más amplia y ha cobrado fuerza en el campo de la TJ (Drewes, Bratton y Schaefer, 2011). Un ejemplo de integración teórica en la TJ es la ecosistémica (TJE), la cual requiere que el clínico considere al niño, sus problemas y el proceso de terapia en el marco del ecosistema del niño (O'Connor, Schaefer y Braverman, 2017). Cada vez son más los profesionales que ponen en práctica el enfoque ecléctico o integrativo y basado en la evidencia en la TJ (Schaefer, 2012).

La investigación ha seguido la tendencia que lleva a la práctica basada en evidencias, y ha pasado de los estudios que casi siempre comparaban la eficacia de distintos modelos de TJ a la investigación centrada en la relación terapéutica, en un método terapéutico para cada cliente y en la aplicación de distintos modelos de TJ (Schaefer y Drewes, 2012). Los poderes

terapéuticos del juego son los verdaderos agentes del cambio (O'Connor, Schaefer y Braverman, 2017). Schaefer (2012) fue el primer autor en describir los poderes terapéuticos del juego. En la Tabla 2 aparecen los mecanismos que ocasionan el cambio en los niños, según este autor, para quien el juego inicia, facilita o refuerza sus efectos terapéuticos (Schaefer, 2012).

Revisando la literatura científica encontramos autores para los que el juego es un parámetro muy importante en cuanto a la expresión y al crecimiento de los niños y es por eso por lo que la TJ se considera fundamental para prevenir los problemas en los niños (Koukourikos et al., 2021). La intervención temprana es muy importante para disminuir las repercusiones de los síntomas del TDAH (Gallardo, 2020). La psicoterapia basada en la TJ tiene el objetivo de ayudar a mejorar el tratamiento de los problemas infantiles (O'Connor, Schaefer y Braverman, 2017).

Tabla 2.

Los 20 poderes terapéuticos del juego (Schaefer, 2012).

Facilita la comunicación:	Mejora las relaciones sociales:
1. Autoexpresión	11. Relación terapéutica
2. Acceso al inconsciente	12. Apego
3. Enseñanza directa	13. Sentido del yo
4. Enseñanza indirecta	14. Empatía
Fomenta el bienestar emocional:	Aumenta las fortalezas personales:
5. Catarsis	15. Solución creativa de problemas
6. Abreacción	16. Resiliencia
7. Emociones positivas	17. Desarrollo moral
8. Contra condicionamiento de los miedos	18. Desarrollo psicológico acelerado
9. Inoculación del estrés	19. Autorregulación
10. Manejo del estrés	20. Autoestima

Nota. Fuente: adaptado de Schaefer (2012).

Se necesitan intervenciones eficaces para abordar las dificultades de los niños con TDAH y la intervención basada en TJ sirve para mejorar las habilidades del juego social en las interacciones entre iguales, en niños con TDAH de 5 a 11 años (Wilkes-Gillan et al., 2016). En un estudio de Ray (2007) se informó de una mejora estadísticamente significativa a través del tiempo en un grupo de 22 niñas con TDAH, la mayoría de las cuales mejoraron los niveles de estrés profesor-niña en el post-test después de 16 sesiones de terapia de juego. Lin y Bratton (2015), mediante una revisión meta analítica de 52 estudios, exploraron la efectividad global de los enfoques de la terapia de juego centrada en el niño en la que concluían la importancia del modelaje. Asimismo, los estudios sobre los beneficios del juego social en el cerebro de niños

con TDAH han sido evaluados en un modelo animal. La TJ en las ratas tipo TDAH redujo de manera eficaz algunos problemas del control de impulsos en la vida posterior, por ello el juego tendrá beneficios prosociales a largo plazo para los cerebros y las mentes de los niños, que no se obtienen con los psico-estimulantes (Panksepp et al., 2014). La TJ engloba una serie de métodos cuyo objetivo son que el niño encuentre oportunidades para la expresión y el autocontrol emocional, la expansión de la conciencia, el reconocimiento de sus propios recursos y potencialidades y la normalización de sus pautas de desarrollo (Shaefer y O'Connor, 1999). La guía del terapeuta de juego especializado en este modelo de trabajo terapéutico le ofrece al niño una relación cordial, empática y afectuosa que le proporciona la confianza necesaria para la superación de los problemas (Shaefer y O'Connor, 1999). El terapeuta infantil ha de tener una actitud activa en la intervención y asumir diferentes competencias, evaluar, diagnosticar y adoptar un papel educativo. Se centra en buscar el modo de transmisión de las estrategias en niños, por aquellos medios que pueda entender, adaptándose a sus intereses individuales con recursos de juegos, cuentos, dibujos, etc., para que aprenda desde sus capacidades imaginativas, simbólicas o visuales (Kendall, 2006). La motivación es un aspecto que no es exclusivo del TDAH, pero que se ha considerado fundamental a lo largo de la intervención con niños. La motivación es el motor que mueve a una persona para llevar a cabo determinada conducta con el fin de lograr un objetivo (Tomás et al., 2017). Nickerson y O'Laughlin (2008) explican que el juego es un medio natural para la autoexpresión, experimentación y aprendizaje del niño y le permite relacionarse fácilmente con los juguetes y "jugar" sus preocupaciones, facilitando la expresión de las emociones y permitiendo una liberación catártica de sentimientos y frustraciones. Asimismo, el adulto puede entender el mundo del niño de manera más natural al observarlo durante el juego y puede relacionarse de modo más fácil con él a través de las actividades de juego, que por medio de una discusión verbal (Nickerson y O'Laughlin, 2008). Baggerly, Ray y Bratton (2010) concluyeron que, los niños con TDAH que recibieron entre 16 y 20 sesiones de TJCN individual mostraron una mejoría estadísticamente significativa en sus conductas externalizadas, comportamientos agresivos, conductas de déficit de atención con hiperactividad, conductas desafiantes y de oposición. Según estos autores los resultados plantean la TJCN como una prometedora intervención para niños con TDAH. Por otro lado, Bratton et al. (2005) realizaron un metaanálisis de 93 estudios de resultados controlados para evaluar la eficacia de la TJ y revelaron que los tratamientos humanísticos y la participación de los padres produjeron los efectos más grandes. En otro estudio se propone que la TJ psicoanalítica integrativa puede ser efectiva en el tratamiento de niños con TDAH (Conway, 2012).

En el presente trabajo de investigación se pretende una intervención clínica en tres casos de niños con TDAH basada en un modelo integrador, por medio de una aproximación terapéutica de TJ. El objetivo es determinar la influencia de la TJ en el TDAH en los tres casos

a evaluar, es decir, intervenir a través de la TJ para reducir la impulsividad y aumentar la atención sostenida de los tres niños. Se evalúan pre y post tratamiento la atención sostenida y la impulsividad mediante la Tarea de Atención Sostenida en la Infancia - Revisada (*Children Sustained Attention Task-Revisada*) o CSAT-R (Servera y Llabrés, 2015). Las evidencias más relevantes sobre el déficit de la atención sostenida en niños con TDAH se han obtenido mediante las Tareas de Ejecución Continua (TEC) computarizadas, como la CSAT-R. Rapport et al. (2000; citado por Servera y Llabrés, 2004) concluyen que, sin duda las tareas de atención sostenida en general son las que presentan mejores resultados en el diagnóstico de TDAH, pero deben seguir siendo consideradas complementarias. En este estudio se espera que los niños con TDAH presenten, en la prueba post-test CSAT-R, una mayor tasa de aciertos, que cometan una menor tasa de errores por comisión y omisión, que muestren una mejor sensibilidad y que sean más rápidos respondiendo.

2. Metodología

En el presente trabajo de investigación se lleva a cabo un estudio de casos n=3 de enfoque cualitativo para observar los efectos de la TJ en los niveles de atención sostenida y el tipo de respuesta (impulsivo-conservador) de tres niños diagnosticados de TDAH de edades similares (de 9 a 11 años). Se realiza mediante unas medidas pre y post tratamiento utilizando el instrumento de evaluación de atención sostenida CSAT-R (Servera y Llabrés, 2015), que se presenta más adelante. En este trabajo la variable independiente es la presencia o no de la TJ.

2.1. Participantes

En este estudio se incluyeron tres niños entre 9 y 11 años con diagnóstico de TDAH de presentación predominante de tipo combinado (F90.0) y con grado de gravedad grave, determinado por una psiquiatra infantil del sector de salud pública. Para el diagnóstico se utilizó el DSM5. En todos los casos los padres dieron su consentimiento escrito para que sus hijos participaran en la TJ. Los tres niños tenían variables en común: sexo masculino, edades similares, el mismo tratamiento farmacológico (metilfenidato 10 mg) desde hacía más de tres meses con una buena tolerancia y respuesta al tratamiento, los tres asistían a la escuela primaria pública de nivel socioeconómico medio-bajo, los tres presentaban el mismo motivo de consulta (bajo rendimiento académico) y los tres casos presentaban síntomas conductuales similares (inatención, impulsividad e hiperactividad). A los tres participantes se les administró la prueba CSAT-R antes de iniciar la terapia de juego. Ninguno de los participantes presentó antecedentes de enfermedades neurológicas identificables y los tres niños habían obtenido (en mediciones anteriores al tratamiento) en la escala de inteligencia de Wechsler para niños, WISC-V (Wechsler y Pando, 2015), un cociente intelectual dentro de la normalidad (CIT) y puntuaciones bajas en el índice de memoria de trabajo (IMT) y en el índice de velocidad de

procesamiento (IVP) (véase Anexo 2 para los resultados de la CSAT-R y véase Anexo 3 para los resultados de los WISC-V de los tres casos).

Caso 1, H.A.K: niño de 10 años, hijo menor de dos hermanos. Vive en un Centro de Residencial de Acción Educativa (CRAE) desde hace dos años. Cursa 5º de educación primaria. Se desconocen antecedentes heredo familiares y personales. Acudió a evaluación psicológica remitido desde su colegio por el Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico (EAP) por presentar dificultades atencionales, problemas de aprendizaje y conducta dispersa e inapropiada en el aula. La dinámica familiar es disfuncional. La educadora social del centro refiere que el niño estaba presentando dificultades en el colegio a nivel académico, problemas disciplinarios, tenía dificultad en atender y concentrarse en las actividades, molestaba a sus compañeros y generaba desorden. Su rendimiento académico y disciplinario había sido desfavorable por problemas de atención y tenía conductas impulsivas hacia grupo de pares y adultos. La psiquiatra infantil le pautó antipsicótico a dosis baja, antidepresivo y metilfenidato.

Caso 2, X.A.V: niño de 11 años, hijo mayor de dos hermanos. Vive con su madre. Los padres están separados. Está escolarizado en 6º curso. Acudió a evaluación psicológica remitido desde el EAP del colegio debido a dificultades relacionadas con atención dispersa y constantes problemas de conducta relacionados con hiperactividad en el aula y con dificultades significativas en el aprendizaje. Su desarrollo psicomotor y de lenguaje fue adecuado. La dinámica familiar es funcional.

Caso 3, I.O.N: niño de 9 años, hijo único, vive con sus dos progenitores, cursa 4º curso de educación primaria. La dinámica familiar es funcional. Acudió a revisión psicológica remitido por el Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico (EAP) del colegio. En el aula presenta dificultades atencionales, problemas de aprendizaje y de conducta impulsiva e inapropiada. Presenta un desarrollo psicomotor normal.

2.2. Instrumentos

Para llevar a cabo este trabajo de investigación se ha empleado un instrumento diagnóstico objetivo que mide la atención sostenida y la impulsividad a través del análisis cualitativo clínico de errores y dificultades que surgen durante la realización de diferentes tareas: la CSAT-R (Servera y Llabrés, 2015). Esta será la medida tomada tanto en el pre como en el post test para cada niño. Con la prueba CSAT-R se pretende medir la actividad atencional ante estímulos durante un periodo largo de tiempo (García-Sevilla, 1997). Esta prueba requiere estar alerta, el uso de la memoria de trabajo y evalúa la capacidad de atención sostenida en niños de 6 a 11 años. Está recomendada para niños/as con TDAH o con dificultades de aprendizaje, pero no tiene un valor diagnóstico por sí misma (Galmés, 2020). Esta prueba tiene una elevada sensibilidad para detectar mejoras atencionales inducidas por psicoestimulantes (Servera y Llabrés, 2004).

La atención sostenida es la capacidad mental de mantener, durante un periodo largo de tiempo, el foco de atención sobre un determinado estímulo y prescindir del resto. Implica un acto que requiere la energía suficiente para poder delimitar ciertas actividades de carácter sensorial. La atención sostenida permite el repaso de procesos anteriores vividos, tanto verbales como visuoespaciales, que mantienen activas las representaciones almacenadas en la memoria (Rebollo y Montiel, 2006). La tarea se aplica por ordenador y consiste en presionar la barra espaciadora del teclado cada vez que aparece en pantalla una secuencia de números determinada (Servera y Llabrés, 2015). A diferencia de su versión anterior (Servera y Llabrés, 2004), su aplicación es *online*, de manera que requiere simplemente tener conexión a internet. Tiene una duración de unos 7 minutos y 30 segundos, aproximadamente. Las variables que evalúa son: número de aciertos, número de errores de comisión y tiempo de reacción. Este programa ofrece la combinación de puntuaciones típicas (T) que permite la obtención de tres índices: el Índice C, Índice A' y el Índice d', a partir de la puntuación típica (T) calculada automáticamente por el programa, en función del grupo de edad, con una M=50 (media) y una Dt=10 (desviación típica). Los resultados obtenidos se clasifican en siete niveles: muy bajo, bajo, medio-bajo, medio, medio-alto, alto y muy alto. La Tabla 3 recoge los intervalos de puntuaciones típicas (T) que comprenden cada uno de los niveles expuestos anteriormente (Servera y Llabrés, 2015).

Tabla 3.

Valores en puntuaciones T que definen cada nivel.

Nivel	Puntuaciones Típicas (T)
Muy bajo	< 32
Bajo	33-36
Medio-bajo	37-42
Medio	43-57
Medio-alto	58-63
Alto	64-66
Muy alto	>67

Nota. Fuente: adaptación de Servera y Llabrés (2015).

El Índice C es un índice del estilo de respuesta (C) del niño dentro del continuo conservador-impulsivo. Las puntuaciones T del índice C situadas alrededor de 50 indican que no hay un estilo de respuesta definido por parte del sujeto durante la realización de la tarea. Los valores T bajos en el índice C indican un estilo de respuesta arriesgado o impulsivo del niño (predominio de comisiones sobre omisiones) y los valores T altos indican un estilo

conservador (predominio de omisiones sobre comisiones). El Índice A' expresa la capacidad de atención sostenida del sujeto. Valores T altos en el índice A' indican máxima discriminación del target correcto (muchos aciertos) y valores T bajos indican una mínima discriminación (pocos aciertos). El Índice d' expresa la capacidad de atención sostenida del sujeto (al igual que A', pero en función de otro sistema de cálculo que el programa realiza automáticamente). Los valores T bajos obtenidos en el índice d' indican "nula sensibilidad", es decir, que las proporciones de aciertos y comisiones son muy similares. Los valores T altos obtenidos en el índice d' indican baja sensibilidad (las comisiones superan en mucho los aciertos), y los valores T cercanos a 50 indican una alta sensibilidad, es decir, que los aciertos superan en mucho las comisiones (Servera y Llabrés, 2015).

La aplicación de la prueba CSAT-R a los tres niños en correctas condiciones fue fundamental para poder extraer conclusiones fiables. Estas condiciones deben incluir aspectos contextuales: un lugar aislado, sin interferencias ni distractores, con un evaluador experimentado en el trato con niños, pero también aspectos relacionados con la motivación y comportamiento del niño. En principio es deseable que el niño realice la prueba tranquilamente, sin mayor motivación que intentar hacerlo bien (Servera y Llabrés, 2015).

2.3. Procedimiento

El estudio se centró en la influencia de la TJ, desde una corriente integrativa, en la capacidad de atención sostenida e impulsividad de los tres casos con TDAH. El problema planteado fue comprobar si la utilización de la TJ reducía los niveles de impulsividad y aumentaba la capacidad de atención sostenida en los tres casos, dentro del ámbito clínico, basándonos en la CSAT-R; con el objetivo de tener datos relevantes para el contenido del proceso de investigación y poder verificar los objetivos.

Antes de iniciar el tratamiento el mismo evaluador les había administrado de forma individual la CSAT-R (pretest) a los tres niños y, en los tres casos, los resultados fueron patológicos en atención sostenida. Cada participante realizó un entrenamiento previo de la prueba con el mismo evaluador en consulta. La intervención psicológica se realizó en un Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) de una Área Básica de Salud. Se realizaron un total de 8 sesiones individuales de TJ con una duración de 45 minutos, a lo largo de tres meses. La presente investigación fue posible gracias a la colaboración del CSMIJ, de los niños y de sus tutores.

El procedimiento consistió en la planeación de diferentes dinámicas de juego y la evaluación pre y post test. En cuanto a la estructura de las sesiones, al inicio de cada sesión se realizaba una breve entrevista semiestructurada al niño sobre sus intereses personales (5 minutos) para generar el vínculo terapéutico (Areas, Olivera y Roussos, 2020). Asimismo, se les enseñaban técnicas de respiración (5 minutos) y durante el resto de la sesión (35 minutos) se realizaban juegos para trabajar el autocontrol, la autorregulación emocional, el control de la

hiperactividad, la concentración, la atención selectiva, la atención sostenida y la impulsividad. Los juegos aplicados a lo largo de la intervención se eligieron teniendo en cuenta los intereses individuales de cada niño y los objetivos establecidos (véase la Tabla 5 en Anexos).

Para mejorar la concentración y control de la hiperactividad se les enseñaron técnicas de respiración que se realizaban al inicio de cada sesión. Resultó de utilidad hacer que se sentasen en una posición cómoda y que, en silencio o con música suave, inspirasen profundamente por la nariz y exhalasen poco a poco por la boca. Los niños ponían una mano en su pecho y otra en el estómago, para observar cuál de los dos se movía. Utilizamos analogías, como imaginar que eran un acordeón o poner un muñeco encima del estómago para observar cómo este se iba moviendo al respirar (Encalada y Díaz,2009).

Para obtener el autocontrol, se aplicó el juego adaptativo con juguetes de la vida real a través del pensamiento secuencial: juego con muñecos, con la casa de lego, con la casa de madera o con la caja de arena. La presencia de una familia de muñecos le permite al niño ayudar al terapeuta para que le comprenda y la arena es un medio excelente para expresar sentimientos, permite escarbar y enterrar, y proporciona amplias oportunidades para el establecimiento de límites y el desarrollo del autocontrol (Landreth, 2018). El niño crea un escenario con los juguetes, le da un nombre y se realizan preguntas de acuerdo con la proyección que presentan los juguetes.

Para la autorregulación emocional se aplicó el juego auto calmante con globos. Es una dinámica de verbalización de emociones. Cada soplo simboliza una emoción desagradable que ha identificado y verbalizado previamente, para posteriormente deshacerse del globo y, por lo tanto, de las emociones desagradables. En segundo lugar, el niño coge otro globo y, esta vez cada soplo simboliza una emoción agradable (hasta que el globo queda inflado); posteriormente le proponemos al niño hacerse un automasaje con el globo por brazos, piernas, abdomen, cabeza, etc. Las dinámicas de juego para trabajar la autorregulación emocional le permiten al niño desprenderse, canalizar e integrar las emociones (Bunge, 2012). Otro juego para trabajar la autorregulación emocional es el juego de descarga y expresión emocional (Rosales, 2022) con piezas de madera. El niño debe construir y derribar construcciones hechas con piezas de madera. Se utiliza para descargar emociones de ira, enojo, frustraciones y comportamientos de agresividad. La finalidad es afrontar su estado de ánimo y externarlo, conocerse y ser consciente de ello, con ayuda del terapeuta. Asimismo, con las Cartas Dixit (Roubira, 2008) el niño describe e interpreta los dibujos de las cartas para abordar sus propias emociones mediante la narración de una historia.

Para el control de la impulsividad aplicamos autoinstrucciones al juego Tangram, que es de origen chino y muy antiguo (se remonta a los años 618 de nuestra era) y que consiste en formar siluetas de figuras con las siete piezas dadas sin solaparlas (Naranjo, 2010). Recogiendo las ideas de Camp y Bash (1998), las verbalizaciones en voz alta sobre planes,

autoinstrucciones y evaluación sirven para inhibir las reacciones impulsivas, de tal forma que el niño se detiene y piensa en las alternativas que hay antes de actuar impulsivamente. El famoso juego del Mikado también nos permitió trabajar las autoinstrucciones. Se trata de un juego tradicional de China que se desarrolla con unos palos con rayas de colores. Los palos se amontonan todos juntos sobre una superficie plana y el objetivo es sacar un palo de tal manera que no se muevan los demás, cada palo tiene un valor en 59 puntos y gana aquel que consigue más puntuación (Terrado y Sánchez, 1997). También se jugó al Tres en raya con autoinstrucciones (Orjales, 2007). Según este autor estas son las cuatro autoinstrucciones para aplicar: la primera autoinstrucción dice: “primero miro y digo todo lo que veo”. La segunda autoinstrucción es: “primero tengo que estar seguro de que es lo que tengo que hacer”. La tercera autoinstrucción es: “me pregunto ¿cómo lo voy a hacer?”, esta implica flexibilidad cognitiva y estrategias de solución de problemas. Por último, la cuarta autoinstrucción nos dice: “tengo que estar muy atento y ver todas las posibilidades de respuesta”. La finalidad consiste en interrumpir la cadena de pensamientos incorrectos que el niño impulsivo elabora momentos antes de la solución de un problema, para sustituirlos por una secuencia de pensamientos útiles para la solución de problemas (Meichenbaum, 1974). Otros de los juegos aplicados para trabajar la impulsividad mediante autoinstrucciones son el juego “una carrera lenta”, en el que el niño realiza lentamente ejercicios con legos siguiendo las instrucciones del terapeuta. Y también el “juego de danza congelada” en que el niño se mueve al ritmo de la música y al parar la música se queda inmóvil y vuelve a moverse cuando la música lo indica. Con este juego el niño sigue las instrucciones y aprende a esperar su turno favoreciendo el control de su impulsividad.

Para favorecer la atención se estructuraron ejercicios de discriminación visual que se derivan del fundamento de que la atención, como cualquier otro proceso cognitivo, es una habilidad que se adquiere a través de ejercicios de atención (Encalada y Díaz, 2009). Para trabajar la atención global, se introdujo el juego “observación”, en el que el niño debía atender al máximo toda la información presentada, se exploraba el ambiente y se hacían rápidos desplazamientos de la atención, por ejemplo, visualizar, observar y rastrear la imagen de un cuento o de un comic para responder algunas preguntas del terapeuta. En cuanto a juegos de atención selectiva, se utilizó el “¿Quién es quién?” en el que, ante diversos dibujos de caras, el niño debe seleccionar la información más adecuada (discriminación visual). En lo que se refiere a juegos de atención sostenida, se aplicaron tres juegos. El primero fue “el tablero de los colores”, en el que el niño observaba una lámina con cuadrados de colores y debía responder a unas preguntas sobre ella. El segundo juego de atención sostenida era “el tren de los objetos”, en el que el niño nombraba palabras que empezaban por la última letra de la anterior palabra. Se les pedía que realizasen dicha actividad anotándola en un folio o dibujando. Y, por último, el

juego “cuenta sonidos”, en el que se presentaba una secuencia de sonidos que había que escuchar con atención (atención sostenida) para ir contándolos y dar un resultado al final.

A los tres niños se les permitió la repetición de los diferentes juegos y se les brindó constante retroalimentación (*feedback*) para felicitarles o solicitarles que hiciesen un nuevo intento, lo cual favoreció el mantenimiento de la atención en la tarea y la tendencia a corregir errores. Al finalizar las 8 sesiones de TJ se les volvió a administrar la prueba CSAT-R para medir los niveles de impulsividad y de atención sostenida de los tres niños (post-test).

3. Resultados

Los datos recogidos a través del instrumento de evaluación CSAT-R (Servera y Llabrés, 2015) se han transcrito en la Tabla 4 y en la Figura 1.

Tabla 4.

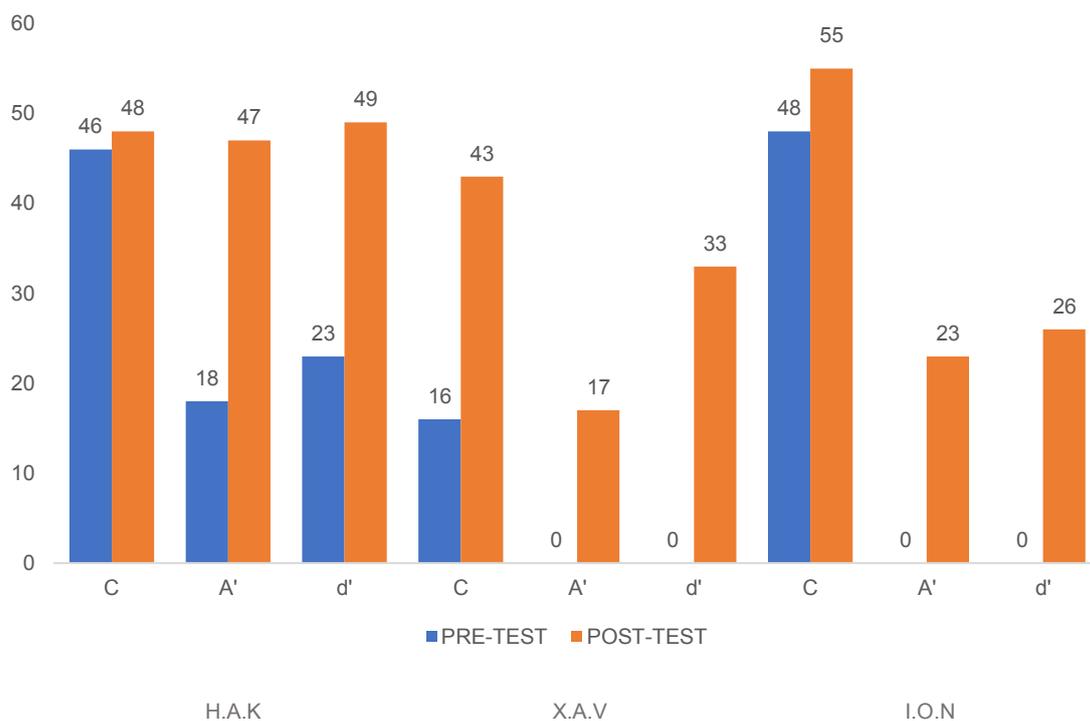
Resultados de la prueba CSAT-R pre y post-test de los tres casos.

Casos	Índices	T Pre-test	Valoración	T Post-test	Valoración
1. H.A.K	C: estilo de respuesta	46	normal	48	normal
	A': atención sostenida	18	muy bajo	47	medio
	d': atención sostenida	23	muy bajo	49	medio
	A: aciertos	42	medio bajo	49	medio
	E: errores de comisión	66	alto	55	medio
	TR: tiempo de reacción	57	medio	<33	muy bajo
2. X.A.V	C: estilo de respuesta	16	muy impulsivo	43	normal
	A': atención sostenida	0	muy bajo	17	muy bajo
	d': atención sostenida	0	muy bajo	33	bajo
	A: aciertos	46	medio	49	medio
	E: errores de comisión	>66	muy alto	63	medio alto
	TR: tiempo de reacción	51	medio	47	medio
3. I.O.N	C: estilo de respuesta	48	normal	55	normal
	A': atención sostenida	0	muy bajo	23	muy bajo
	d': atención sostenida	0	muy bajo	26	muy bajo
	A: aciertos	<33	muy bajo	37	medio bajo
	E: errores de comisión	>66	muy alto	58	medio alto
	TR: tiempo de reacción	53	medio	51	medio

Nota. Fuente: elaboración propia.

Figura 1.

Comparativa de las puntuaciones típicas (T) de los índices C, A' y d' en el pre y el post-test de la CSAT-R de los tres casos.



Los resultados obtenidos en este estudio concuerdan con los resultados obtenidos por Losier, McGrath y Klein (1996) en una revisión meta-analítica, en la que concluyeron que los niños con TDAH presentan en la CSAT-R más errores de omisión y comisión, menos aciertos y menos sensibilidad (d') que el grupo control, y que los dos grupos presentan un estilo de respuesta (C) parecido (acostumbra a ser liberal).

En cuanto a los resultados obtenidos en el estilo de respuesta (C), en el caso 1 (H.A.K) y en el caso 3 (I.O.N) este ya era equilibrado en el pre-test y se ha mantenido después de la intervención con la terapia de juego en el post-test. El caso 2 (X.A.V) pasa de un estilo de respuesta muy impulsivo en el pre-test a un estilo equilibrado en el post-test, siendo capaz de mejorar significativamente los niveles de estilo de respuesta y control motor después de la terapia. Una posible explicación a esta mejora sería que, en la realización del pre-test, X.A.V no estuviera lo suficientemente motivado y obtuviera un estilo de respuesta muy impulsivo, o bien que hubiera mejorado con la intervención. En base a los resultados de estilo de respuesta equilibrados en los tres casos en los post-test, y según Servera y Lladrés (2015), las conclusiones que se extraigan en el post-test sobre la capacidad atencional se podrían

considerar fiables. Comparando los resultados pre y post-test, se observa que, al finalizar el tratamiento de TJ, en los tres casos las T obtenidas en el Índice C (estilo de respuesta) del post-test son cercanas a la media (M=50). Esto sugiere que los tres niños han mostrado un estilo de respuesta equilibrado y un control motor normal, es decir, que no han sido ni demasiado conservadores ni demasiado arriesgados durante la ejecución de la prueba en el post-test. El hecho que C esté en valores normales en el post-test en los tres casos, significa que los problemas se han debido por igual tanto a la dificultad para detectar targets como a la incapacidad para inhibir la respuesta ante los distractores.

En cuanto al Índice de capacidad atencional sostenida A', en los tres casos se han obtenido mejores resultados en los post-test. El caso 1 (H.A.K) pasa de una capacidad de atención sostenida A' con una discriminación muy baja en el pre-test, a una discriminación media en el post-test. Los casos 2 (X.A.V) y 3 (I.O.N) obtienen una discriminación nula en el pre-test y mejoran levemente en el post-test, aun así, estos dos casos obtienen una capacidad atencional sostenida muy baja, en comparación con otros niños de su edad.

Lo mismo ocurre con el Índice de capacidad de atención sostenida d'. En el pre-test los tres niños obtuvieron puntuaciones T bajas en d', es decir, tuvieron más dificultades a la hora de seleccionar los estímulos diana, lo que los llevó a cometer un número más elevado de errores (Arán y Mías, 2009; Chiang y Gau, 2008; Fernández-Jaén et al., 2012, citados por Sordo et al., 2021). El caso 1 (H.A.K) mejora en d' en el post-test y pasa de una capacidad de atención sostenida muy baja a media, consiguiendo una sensibilidad normal para su edad. En cambio, los casos 2 y 3, a pesar de mejorar levemente en el índice d', se mantienen en una capacidad atencional baja (caso 2) y muy baja (caso 3) y presentan una baja sensibilidad, es decir, cometen más errores de comisión que aciertos. Aun así, los tres participantes han cometido en el post-test menos errores (E) que en el pre-test, eso indicaría que han mejorado en aciertos y, por consiguiente, han aumentado la sensibilidad (d'). Las puntuaciones elevadas en el índice d' indican alta sensibilidad, es decir que los aciertos superan en mucho los errores (Servera y Llabrés, 2015).

En cuanto al tiempo de reacción (TR) los tres niños han obtenido mejores resultados en el post-test. El caso 1 (H.A.K) obtiene una mejora significativa en TR y pasa de un TR medio en el pre-test a un TR muy bajo en el post-test. Los niños con TDAH son más lentos en responder al estímulo, este dato se apoya en los estudios de Berlin et al. (2003), Epstein et al. (2003) y Mullins et al. (2005). Los casos 2 (X.A.V) y 3 (I.O.N) obtienen en el post-test una leve mejora en TR después de la TJ y se mantienen en la media. Según Barkley (1997; citado por Servera y Llabrés, 2004) los niños con TDAH muestran un TR más lento que otros niños de su edad y este hecho implicaría una disfunción atencional. Según Uno et al. (2006) y Alsina y Sáiz (2004) el déficit atencional se suma a la lentitud en el procesamiento de estos niños. Estos autores señalan que cuanto menor es la velocidad de procesamiento, menor es la duración de la

información en la memoria operativa, proceso que, junto con el mecanismo atencional, Narbona y Crespo-Eguilaz (2005) consideran esencial para lograr concentración y continuidad en las operaciones cognitivas y en las conductas intencionales.

En el análisis de la ejecución en la prueba, en comparación con su grupo de edad de referencia, podemos afirmar que los tres casos mostraron cambios positivos en los posts-test en atención sostenida, después de la TJ. Los tres participantes han obtenido mejores puntuaciones en el tiempo de reacción (TR), en el número de errores (E), en el número de aciertos (A) y en los índices de capacidad sostenida (A' y d').

En los casos 2 (X.A.V) y 3 (I.O.N), a pesar de las mejoras obtenidas, estas no han sido lo suficientemente significativas y estos dos casos se mantienen en una capacidad atencional sostenida muy baja en comparación a otros niños de su edad.

De acuerdo con los objetivos propuestos, se encontró que la intervención con TJ influyó de forma positiva en el manejo de la impulsividad y en la atención sostenida en los tres casos, aunque en distinto grado. Antes de la terapia los tres niños presentaban en los pre-test índices de atención sostenida (A' y d') muy bajos, un número de aciertos (A) entre medio y muy bajo, un número de errores (E) entre alto y muy alto y un tiempo de reacción (TR) medio, respecto a otros niños de su edad. En un estudio de Ray, Schottelkorb y Tsai (2007), se hallaron mejoras estadísticamente significativas en el estrés de las niñas hacia las profesoras después de 16 sesiones de TJ.

Aparecieron algunas dificultades en la mitad de la TJ, como tener que aplazar dos sesiones por indisposición de uno de los niños, así como algunas interrupciones en consulta que provocaban que el niño desviara su foco de atención. Generalmente, los tres niños estuvieron motivados para realizar la terapia y se mostraron colaboradores a lo largo de todas las sesiones. A los tres niños se les permitió elegir el orden de los juegos propuestos para cada sesión. En alguna ocasión el tiempo de duración de la sesión también fue una limitación.

Al finalizar las 8 sesiones de TJ se les administró el post-test y se dio por finalizada la terapia.

4. Discusión

El objetivo de este estudio fue ahondar en el efecto de la TJ en la atención sostenida y la impulsividad de tres niños con TDAH. Respondiendo a las preguntas de

esta investigación, ¿de qué manera se puede mejorar la atención sostenida y la impulsividad en tres casos de edades similares con el mismo diagnóstico de TDAH a través de la TJ?, ¿cuáles son las aportaciones del enfoque de la TJ en la atención sostenida y la impulsividad de los tres niños con TDAH?, podemos afirmar, en base a los resultados obtenidos que, en 8 sesiones de TJ se han obtenido mejoras en atención sostenida e impulsividad en los

tres niños. Todos mejoran en los índices de atención sostenida A' y d', pero no todos mejoran en C. Si los resultados de este estudio ya evidencian algunos cambios en la capacidad atencional e impulsividad de tres niños con TDAH en tan solo 8 sesiones de TJ, podemos suponer que alargar estas sesiones en el tiempo podría ser una manera de continuar con los progresos. Resultados similares se obtuvieron en un estudio realizado con niños que participaron en 16 sesiones de TJ individuales centrada en el niño (TJCN), con los que se obtuvo una mejora estadísticamente significativa en los dominios de TDAH (Ray, Schottelkorb y Tsai, 2007).

Analizando los resultados obtenidos en la Tabla 4 y en la Figura 1, se observa que la TJ influye positivamente en la atención sostenida e impulsividad de los tres niños, ayudando a mejorarlas de manera significativa. El presente estudio sugiere que, la intervención basada en la TJ puede ofrecer beneficios en términos de mejorar las habilidades atencionales de los sujetos con TDAH en la práctica clínica; especialmente si se considera que aproximadamente un tercio de los pacientes con TDAH no responden o no toleran suficientemente los tratamientos farmacológicos (Esperón y Suárez, 2007). Estos resultados confirman lo concluido por Payá (2006) quien afirma que el juego tiene la capacidad de actuar como herramienta integral de la educación, y coincide con Zorrillo (2001), quien afirma que el juego es un medio para explorar las experiencias físicas, emotivas e intelectuales, permitiendo al niño asimilarlas y traducirlas en modelos de comportamiento sociales, como lo es observar una actitud de atención en las diversas situaciones de la vida.

En este estudio, la CSAT-R fue relativamente simple de aplicar y proporcionó grandes cantidades de información relacionada con los valores de las variables dependientes: la atención sostenida y el estilo de respuesta (impulsivo-conservador). En términos de detección, la CSAT-R mostró la capacidad de atención sostenida e impulsividad de los niños que proporcionó detalles de su perfil característico antes de la terapia y plasmó los efectos de la TJ a posteriori, evidenciando resultados mejores en atención sostenida e impulsividad en los tres niños con TDAH.

Debemos considerar algunas limitaciones del presente trabajo. En primer lugar, los tres casos estaban en tratamiento de tipo farmacológico con metilfenidato, por lo que los resultados de las pruebas podrían verse sesgados por este hecho. Los propios autores de la prueba CSAT-R señalan que esta prueba es muy sensible a las mejoras del rendimiento atencional inducidas por los psicoestimulantes (Servera y Llabrés, 2004). Biederman et al. (2015) afirma que los psicoestimulantes actúan sobre las funciones ejecutivas de los niños y jóvenes con TDAH y mejoran su capacidad de atención sostenida. La utilización de psicoestimulantes produce mejoras en el 70% de los casos de TDAH, mejorando la atención y reduciendo la impulsividad-hiperactividad (García Maldonado, 2003; citado por Soroa et al., 2009). Esta limitación nos induce a pensar que es posible que, por sí sola, la TJ no sea lo suficientemente

efectiva, ya que, para los casos más graves de TDAH, se recomienda una combinación de tratamiento no farmacológico y farmacológico (Serrano-Troncoso, Guidi y Alda-Díez, 2013).

En segundo lugar, aparecen limitaciones asociadas al estudio de casos, el cual no permite extraer conclusiones en torno a la eficacia del tratamiento aplicado para evaluar su influencia. El presente estudio no permite generalizar sus conclusiones a toda una población, ni a otros casos que no fueran los estudiados, por razones del pequeño tamaño de la muestra utilizada (Gómez, 2015). El tema de la investigación es muy amplio, pero, aunque en este caso se ha realizado con un grupo experimental muy pequeño, la investigación podría seguir haciéndose con una población mayor y que futuras investigaciones pudieran reformular los objetivos para abrir nuevos caminos de investigación.

Como limitación también es importante señalar que no se han utilizado todas las pruebas de atención existentes y que la muestra no es representativa de la población infantil de TDAH.

Otra limitación del presente trabajo es el número de sesiones de terapia de juego realizadas. Según Landreth (2018), en la mayoría de las investigaciones con resultados controlados en TJCN se aplicaron entre 10 y 20 sesiones de terapia de juego. Esto nos puede indicar que se necesitan más de 8 sesiones para obtener mejores resultados y para hacer un análisis más exhaustivo de estos. En este estudio, no se ha podido realizar un mayor número de sesiones de terapia de juego debido a limitaciones de tiempo.

Asimismo, sería interesante comparar la TJ individual aplicada con la terapia grupal, para ver con cuál de ellas se obtienen mejores resultados. Autores como Landreth (2018) han aplicado la TJ grupal observando que en las interacciones los niños se ayudan entre sí a asumir la responsabilidad de las relaciones interpersonales y se ven capaces de extender de forma natural e inmediata esas interacciones a otros niños, fuera del entorno de la TJ grupal. Bandura (1978) señala que las relaciones sociales son determinantes para las conductas de las personas, siendo razones frecuentes de excitaciones después de realizar un juego, comportamientos que después repiten en el aula o en actividades que realizan con el grupo de pares.

La motivación del niño durante las sesiones de TJ también sería una limitación para este trabajo ya que, la atención sostenida, depende mucho de los juegos que se le asignen al niño y de la motivación que le generen (Luman, Oosterlann y Sergeant, 2005; citados por Muñoz Manzano, 2010). Para estos autores las alteraciones motivacionales se explican porque las personas con TDAH dependen en mayor medida del refuerzo externo para obtener su máximo rendimiento y normalizan su rendimiento cuando se les refuerza frecuentemente y de forma inmediata. Todo ello manifiesta la necesidad de incluir el juego y la dimensión motivacional en las intervenciones en los niños con TDAH con el fin de mejorar las estrategias utilizadas, posibilitando así el aumento o mejora en su rendimiento (Díaz et al., 2013). La

motivación, la empatía o el estado psicofísico del niño durante las pruebas podrían afectar la fiabilidad de los resultados obtenidos en la CSAT-R y, en ocasiones, la observación nos permitirá distinguir la causa de puntuaciones deficientes, pudiendo estar entre estas: falta de motivación, inatención o conducta oposicionista (Portellano, 1990).

Cualquier tipo de intervención con niños con TDAH debe incluir, no sólo una valoración de los componentes cognitivos, sino también de los psicosociales como el entorno social, el tipo de *feedback* verbal que reciben, el tipo de tareas, el establecimiento de reglas, el autocontrol y la integración social (Gómez Díaz et al., 2013). En base a esto, los terapeutas de juego también necesitan examinar qué agentes de cambio en el juego pueden combinarse para optimizar la efectividad del tratamiento, por lo que un mejor conocimiento del conjunto de factores terapéuticos que subyacen a la TJ permitirá a los clínicos infantiles tener acceso a las posturas teóricas disponibles para ajustar su tratamiento a un niño en particular (Kaduson et al., 2002).

La consulta médica del área básica de salud en la que se ha realizado la intervención es otra limitación de este estudio, ya que no es el entorno natural del niño, en cambio sí lo son la escuela y el hogar (Casas, 1999). En la consulta el niño puede aprender mucho a nivel conductual y cognitivo, pero luego puede que no sepa trasladarlo o generalizarlo en casa o en la escuela; asimismo, los programas de intervención para trabajar aspectos cognitivos y conductuales podrían desarrollarse también fuera del aula, en el patio, por ejemplo, lugar idóneo donde implementar estas intervenciones (Pineda et al., 1999).

En conclusión, este trabajo sobre TJ en población infantil con TDAH permite aportar a los profesionales del ámbito clínico y educativo el tratamiento de este trastorno y abrir la puerta al desarrollo de estudios futuros en torno a la TJ para tratar el TDAH, como, por ejemplo, mejorar el conocimiento de juegos que reduzcan la impulsividad y mejoren la atención sostenida. Este trabajo justifica la importancia de nuevas investigaciones que incluyan el juego como factor primordial en el tratamiento de niños con TDAH (Segura y Castiblanco, 2021). Los resultados obtenidos indican la necesidad de establecer intervenciones basadas en la TJ no solo sobre qué trabajar (atención sostenida, impulsividad...), sino también cómo hacerlo (número de sesiones, duración de la sesión, etc.). El presente estudio subraya la necesidad de adaptar la intervención basada en la TJ a los perfiles de los sujetos. En la misma línea, Cueli et al. (2014) observaron diferencias en los beneficios de las intervenciones en función del tipo de presentación del TDAH. Se requieren muchas más investigaciones sobre los procesos para entender cómo es que la TJ lleva a un cambio, para que así gane fuerza como modalidad de psicoterapia infantil. Para ello, al igual que Rosen y Davidson (2003), se aboga por que la futura investigación en psicoterapia se ocupe de identificar y validar los principios del cambio sustentados por datos empíricos, en vez de estudiar enfoques teóricos amplios. Asimismo, se requiere de mayor investigación para esclarecer específicamente qué poderes terapéuticos del

juego son más eficaces para problemas particulares y dentro de la combinación de diferentes modelos y métodos de tratamiento y para ello será primordial que los terapeutas de juego entiendan qué fuerzas poderosas en las interacciones entre el terapeuta y el niño logran ayudar a éste a superar y curar las dificultades psicosociales (Schaefer y Drewes, 2012). Cuanto mayor sea la comprensión de esos factores curativos y mecanismos de cambio, más eficaz será el uso que haga de ellos el terapeuta de juego para satisfacer las necesidades particulares de los niños (Schaefer y O'Connor, 1999). En los años recientes se ha observado un aumento en el interés, los libros y el entrenamiento para combinar la TJ con la TCC, lo que ha ayudado a los terapeutas de juego a avanzar en una dirección más integrativa (Schaefer y Drewes, 2012).

5. Bibliografía

- Alsina, Á., y Sáiz, D. (2004). ¿Es posible entrenar la memoria de trabajo?: un programa para niños de 7–8 años. *Infancia y aprendizaje*, 27(3), 275-287.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Editorial Médica Panamericana.
- Areas, M., Olivera, J., y Roussos, A. (2020). Cambio y psicoterapia: la perspectiva del niño. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 16 (2), 245-257.
- Arns, M., Ridder, S., Strehl, U., Breteler, M. y Coenen, A. (2009). Efficacy of Neurofeedback Treatment in ADHD: the effects on Inattention, Impulsivity and Hiperactivity: a Meta Analysis. *Clinical EEG and Neuroscience*, 40(3), 180.
- Artigas, F. (2010). *L'escorça prefrontal: un objectiu per als fàrmacs antipsicòtics*. Acta Psychiatr Scand. Gen 2010;121(1):11-21. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01455.x. PMID: 20059453.
- Axline, V. (1975). *Terapia de juego*. Diana.
- Baggerly, J. N., Ray, D. C., y Bratton, S. C. (Eds.) (2010). *Recerca en teràpia de joc centrada en el nen: la base d'evidències per a una pràctica efectiva*. John Wiley & Sons.
- Bandura, A. (1978). Autoeficacia: hacia una teoría unificadora del cambio de comportamiento. *Avances en la investigación y la terapia del comportamiento*, 1 (4), 139-161.
- Barkley, R. A. (1999). Inhibición de la respuesta en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revisiones de investigación sobre el retraso mental y las discapacidades del desarrollo*, 5 (3), 177-184.
- Bratton, S. C, Ray, D., Rhine, T. y Jones, L. (2005). La eficacia de la terapia de juego con niños: una revisión meta analítica de los resultados del tratamiento. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36 (4), 376–390. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.376>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. The Guilford Press.
- Beck, A. T., y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. Basic Books.
- Berlin, L., Bohlin, G., Nyberg, L. y Janols, L. O. (2003). Sustained performance and regulation of effort in clinical and non-clinical hyperactive children. *Child: Care, Health and Development*, 29(4), 257-267.
- Biederman, J., Prince, J. B., Wilens, T. E. y Spencer, T. J. (2015). *Farmacoterapia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad a lo largo de la vida*.
- Blanco Santos, M. E. (2020). *Evaluación e intervención neuropsicológica en un caso de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) de tipo inatento*.

- Bunge Prieto, C. (2012). *Contribuciones al desarrollo emocional y social de niños entre siete y trece años de un taller grupal de arte plástico y expresión emocional*. [Tesis doctoral, Universidad de Chile] Repositorio Institucional de la Universidad de Chile.
<https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/117131>
- Calderón Garrido, C. (2003). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Evaluación y tratamiento psicológico* [Tesis Doctoral, Universitat de Barcelona].
- Camp, B. W., y Bash, M.A.S. (1998). *Piensa en voz alta: habilidades cognitivas y sociales: un programa de resolución de problemas para niños: nivel primario*. Promolibro.
- Casas, A. M. (1999). *El niño hiperactivo (TDA-H): intervención en el aula: un programa de formación para profesores*. Publicacions de la Universitat Jaume I.
- Conway, F. (2012). Psicoterapia psicodinámica del TDAH: una revisión de la literatura. *Psicoterapia*, 49 (3), 404–417.
- Cornejo, L. (1996). *Manual de Terapia Infantil Gestáltica (7ªed)*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Cueli, M., García, T., González-Castro, P., Pérez, C. R., García, D. Á., y Álvarez, L. (2014). Alteraciones del funcionamiento ejecutivo en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y sus subtipos. *Psicología educativa*, 20(1), 23-32.
- Del Río, J. E. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Cuadernos del Tomás*, (6), 117-130.
- Díaz Gutiérrez, R. Y. (2021). Revisión de estrategias de intervención cognitivo-conductuales en el tratamiento de los niños y niñas con diagnóstico de TDAH. [Tesis doctoral, Universitat Politècnica de Catalunya] Repositorio Institucional de la Universitat Politècnica de Catalunya. <https://repositorio.upc.edu.co>
- Díaz, I. C. G., Alvarado, V. M., Moral, M. P., y Pazos, E. (2013). TDAH y su relación con la motivación en el contexto educativo. *ReiDoCrea: Revista electrónica de investigación y docencia creativa*, (2), 100-105.
- Drewes, A. A., Bratton, S. C., y Schaefer, C. E. (2011). *Integrative play therapy*. John Wiley & Sons.
- Encalada, L. S., y Díaz, M. D. (2009). Detección e intervención a través del juego del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 12(4).
- Epstein, J. N., Erkanli, A., Conners, C. K., Klaric, J., Costello, J. E., y Angold, A. (2003). Relations between continuous performance test performance measures and ADHD behaviors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(5), 543-554.
- Esperón, C. S., y Suárez, A. D. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Ed. Médica Panamericana.

- Farias, A. C., Cordeiro, M. L., Felden, A. P. G., et al. (2017). Attention-memory training yields behavioral and academic improvements in children diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder comorbid with a learning disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 1761-1769.
- Fernández-Daza, M. (2019). Rehabilitación neuropsicológica en niños con TDAH. ¿Qué dice la evidencia sobre el entrenamiento neurocognitivo? *Revista Guillermo de Ockham*, 17 (1), 65-76.
- Freud, A. (1965). *Normality and Pathology in Childhood: Assessments of Development*, Karnac.
- Figueroa, M. (2013). Terapia de juego desde el modelo integrativo aplicada a escolares que presentan conductas agresivas. [Tesis de Fin de Máster, Universidad del Azuay] <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/3340>
- Galmés, M. D. C. (2020). *Diferencias en las redes atencionales y la atención sostenida entre niños/as con y sin TDAH*. [Tesis de Fin de Grado, Universitat de les Illes Balears] Repositorio Institucional UIB <http://hdl.handle.net/11201/155278>
- Gallardo, G. (2020). *TDAH en niños de edad escolar: una comparación entre las técnicas de economía de fichas y de autoinstrucciones*. [Tesis Doctoral, Universidad de Belgrano-Facultad de Humanidades-Licenciatura en Psicología]. Repositorio Institucional de la Universidad de Belgrano <http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/9348>
- García Sevilla, J. (1997). *Psicología de la Atención*. Síntesis Psicológica.
- García, A., y Rodríguez, C. (2005). Afrontamiento familiar ante la enfermedad mental. *Cultura de los cuidados, año IX, nº 18, 2. semestre 2005*; pp. 45-51.
- Gómez, M. F. (2015). Relevamiento bibliográfico sobre los usos del estudio de caso en investigaciones en psicología. In *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología* (p. 315).
- Gómez Díaz, I. C., Morán Alvarado, V., Pereda Moral, M., y Pazos Moreno, E. (2013). *TDAH y su relación con la motivación en el contexto educativo*. *Reidocrea*, 2: 100-105 (2013). [<http://hdl.handle.net/10481/27747>]
- Guerney Jr, B. (1976). Filial therapy used as a treatment method for disturbed children. *Evaluation*, 3(1-2), 34-35.
- Kaduson, H. G., Hall, T. M. y Schaefer, C. E. (2002). Fifteen effective play therapy techniques. *Professional psychology: Research and practice*, 33(6), 515.
- Kendal, P. C. (2006). *Child and Adolescent Therapy. Cognitive Behavioral Procedures*. Nueva York: Guilford Press.
- Klein, M. (1955). The psychoanalytic play technique. *American Journal of Orthopsychiatry*, 25(2), 223-237.
- Knell, N. (1997). Terapia de Juego cognitivo-conductual. *Manual de Terapia de Juego. Avances e Innovaciones*, 2, 133-168.

- Koukourikos, K., Tsaloglidou, A., Tzeha, L., Iliadis, C., Frantzana, A., Katsimbeli, A., y Kourkouta, L. (2021). An overview of play therapy. *Materia socio-medica*, 33(4), 293.
- Landreth, G. L. (2018). *La terapia del juego. El arte de relacionarse jugando*. Ediciones Obelisco.
- Levy, D. (1938). "Release Therapy" in Young Children. *Psychiatry*, 1:3, 387-390, DOI: 10.1080/00332747.1938.11022205
- Lin, Y. W., y Bratton, S. C. (2015). Una revisión metaanalítica de los enfoques de la terapia de juego centrada en el niño. *Journal of Counselling & Development*, 93 (1), 45-58.
- Losier, B. J., McGrath, P. J., y Klein, R. M. (1996). Patrones de error en la prueba de rendimiento continuo en muestras no medicinales y medicadas de niños con y sin TDAH: una revisión metaanalítica. *Revista de Psicología Infantil y Psiquiatría*, 37 (8), 971-987.
- Meichembaum, D. (1974). Self-instructional training: A cognitive prosthesis for the aged. *Human development*, 17, 273-280.
- Monastra, V., Lynn, S., Linden, M., Lubar, J., Gruzelier, J., y LaVaque, T. (2005). Electroencephalographic Biofeedback in the Treatment of AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 30(2), DOI: 10.1007/s104840054305x.
- Montoya A., Colom F., y Ferrin M. (2011). Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review. *European psychiatry*.;26(3):166-175.
- Mullins, C., Bellgrove, M. A., Gill, M., y Robertson, I. H. (2005). Variability in time reproduction: difference in ADHD combined and inattentive subtypes. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(2), 169-176.
- Muñoz Manzano, L. (2010). Generación y seguimiento de reglas en niños con problemas de atención y comportamiento perturbador.
- Naranjo, B. M. (2010). *Juegos de todo el mundo: TANGRAM*.
- Narbona, J., y Crespo-Eguilaz, N. (2005). Trastornos de memoria y de atención en disfunciones cerebrales del niño. *Revista de Neurología*. Jan 15;40 Suppl 1: S33-6.
- Nickerson, E., y OLaughlin, K. (2008). El uso terapéutico de los juegos. *Schaefer, Charles y O'Connor, Kevin; Manual de terapia de juego*, 1.
- Oaklander, V. (2000). *El Tesoro Escondido (Hidden Treasure): La vida interior de niños y adolescentes. Terapia infanto-juvenil*. Editorial Cuatro Vientos.
- O'Connor, K. J., Schaefer, C. E., y Braverman, L. D. (2017). *Manual de terapia de juego*. Editorial El Manual Moderno.

- Orjales, I. (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/Annuary of Clinical and Health Psychology*, 3, 19-30.
- Orrego Bravo, J. (2012). *Coaching TDAH: coaching para jóvenes y adultos con déficit de atención con o sin hiperactividad* (No. 153.153 O-75c).
- Panksepp, J. (2014). ¿Puede el juego disminuir el tdah y facilitar la construcción del cerebro social? *Temas de psicoanálisis*, 9, 13-14.
- Payá, R. A. (2006). *La actividad lúdica en la historia de la educación española contemporánea*. [Tesis doctoral, Universidad de Valencia, España].
- Piaget, J. (1971). Autobiografía. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 27-60.
- Pineda, D. A., Henao, G. C., Puerta, I. C., Mejía, S. E., Gómez, L. F., Miranda, M. L., y Murrelle, L. (1999). Uso de un cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencia atencional. *Rev Neurol*, 28(4), 365-72.
- Pliszka, S., y AACAP Work Group on Quality Issues. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(7), 894-921.
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., y Rohde, L. A. (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Meta-regression Analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 942-948. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>
- Portellano, J. (1990). Fracaso escolar. Una perspectiva neuropsicológica.
- Prochaska, J.O (1995). Un enfoque ecléctico e integrador: terapia transteórica.
- Ray, D. C. (2007). Dos intervenciones de asesoramiento para reducir el estrés de la relación profesor-niño. *Asesoramiento Escolar Profesional*, 10 (4), 2156759X0701000416.
- Ray, D. C., Schottelkorb, A., y Tsai, M. H. (2007). Terapia de juego con niños que presentan síntomas de trastorno por déficit d'atención e hiperactividad. *International Journal of Play Therapy*, 16 (2), 95.
- Rebollo, M., y Montiel, S. (2006). Atención y funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 42 (Supl. 2), S3-S7. <https://doi.org/10.33588/rn.42S02.2005786>
- Ricardo-Ramírez, C., Álvarez-Gómez, M., y Rodríguez-Gázquez, M. A. (2015). Características sociodemográficas y trastornos mentales en niños y adolescentes de consulta externa psiquiátrica infantil de una clínica de Medellín. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(2), 115-120.
- Rodríguez-Salinas Pérez, E., Navas-García, M., González-Rodríguez, P., Fominaya-Gutiérrez, S., y Duelo-Marcos, M. (2006). La escuela y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH). En *Revista Pediatría de Atención Primaria*, VIII (4), 175-198.

- Román, M. (2010). Treatments for Childhood ADHD Part II: Non Pharmacological and Novel Treatments. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 616-618, DOI: 10.3109/01612840.2010.504880
- Rosales Muñoz, G. S. (2022). *El juego como estrategia para el desarrollo de la autorregulación emocional de los niños de 5 años de la IEl N° 086 "Divino Niño Jesús"-Huacho, durante el año escolar 2020*. [Tesis Pregrado, Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión de Educación de Huacho]. Repositorio Institucional de la Universidad JFSC de Huacho <http://unjfsc.edu.pe>
- Rosen, G. M., y Davison, G. C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPs) and not credential trademarked therapies or other treatment packages. *Behavior Modification*, 27(3), 300-312.
- Roubira, J. L. (2008). *Dixit*.
- Rubiales, J. (2014). *Análisis de la flexibilidad cognitiva y la inhibición en niños con TDAH*. (Doctoral dissertation).
- Ryan, V., y Bratton, S. (2008). Child-centered play therapy for very young children. *Play therapy for very young children*, 25-66.
- Schaefer, C. E. (2012). *Fundamentos de terapia de juego*. Editorial El Manual Moderno.
- Schaefer, C., y O'connor K. (1999). *Manual de Terapia de Juego*. Ed. Manual Moderno.
- Schaefer, C. E., y Drewes, A. A. (2012). *Poderes terapéuticos del juego y la terapia de juego*.
- Secanell, I. L., y Núñez, S. P. (2019). Mindfulness y el Abordaje del TDAH en el Contexto Educativo. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 25, 175-188.
- Segura Jaimes, E., y Castiblanco Rodríguez, Y. A. (2021). *El juego como estrategia pedagógica para favorecer la atención en un niño con posible cuadro de Trastorno de Déficit de Atención-TDA*. [Tesis Pregrado, Corporación Universitaria Minuto de Dios]. Repositorio institucional de la Corporación Uniminuto <https://repository.uniminuto.edu/handle/10656/14123>
- Sergent, J. A. (2005). Modelización del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: una valoración crítica del modelo cognitivo-energético. *Psiquiatría biológica*, 57 (11), 1248-1255.
- 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. *Actas españolas de psiquiatría*, 41(1).
- Servera, M., y Llabrés, J. (2004). *Tarea de atención sostenida en la infancia*. TEA Ediciones, S.A.

- Servera, M., y Llabrés, J. (2015). *CSAT-R Tarea de Atención Sostenida en la Infancia-Revisada*. Manual. TEA Ediciones.
- Sordo, S. Á., García, M. C., Hernansaiz, H. G., Iglesias, I. S., y Santacreu, J. (2021). Atención Sostenida y Selectiva en subtipos de TDAH y en Trastorno de Aprendizaje: una comparación clínica. *Electronic journal of research in educational psychology*, 19(53), 117-144.
- Soroa, M., Iraola, J. A., Balluerka, N., y Soroa, G. (2009). Evaluación de la atención sostenida de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Psicodidáctica*, 14(1), 13-27.
- Stefanatos, G. A., y Baron, I. S. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A neuropsychological perspective towards DSM-V. *Neuropsychology Review*, 17, 5-38. <http://dx.doi.org/10.1007/s11065-007-9020-3>.
- Terrado, M. T. F., y Sánchez, G. R. (1997). *El descubrimiento de sí mismo: actividades y juegos de motricidad en la escuela infantil (2o ciclo)* (Vol. 113). Graó.
- Tomás, R. G., Palacio, M. E. M., Valle, C. D. G., de la Fuente Anuncibay, R., y Uriel, C. G. (2017). La personalidad eficaz en adolescentes diagnosticados de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): diferencias de género. *Revista de orientación educativa*, 31(59), 38-52.
- Tuta, D. F. G., Porez, A. P. B., y Camargo, Y. S. (2017). Terapia Cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología [Investigación documental]. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 10(2), 99-107.
- Uno, M., Abe, J., Sawai, C., Sakaue, Y., Nishitani, A., Yasuda, Y., Tsuzuki, K., Takano, T., Ohno, M., Maruyama, T. y Takeuchi, Y. (2006). Effect of additional auditory and visual stimuli on continuous performance test (noise-generated CPT) in AD/HD children - usefulness of noise-generated CPT. *Brain and Development*, 28, 162-169.
- Wechsler, D., y Pando, A. C. (2015). *WISC: escala de inteligencia de Wechsler para niños*. Pearson.
- Wilkes-Gillan, S., Bundy, A., Cordier, R., Lincoln, M., y Chen, Y. W. (2016). A randomised controlled trial of a play-based intervention to improve the social play skills of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *PloS one*, 11(8), e0160558.
- Young, S., Fitzgerald, M., y Postma, M. J. (2013). TDAH: hacer visible lo invisible. *Libro Blanco sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: propuestas políticas para abordar el impacto social, el coste y los resultados a largo plazo en apoyo a los afectados*. Brussels: European Brain Council.
- Zorrillo, P. A. (2001). *Musicoterapia. Música, Juego y Aprendizaje (2da ed.)*. Cooperativa Editorial Magisterio.

6. Anexos

Anexo 1.

Tabla 5.

Juegos realizados con los 3 niños en las 8 sesiones individuales de terapia de juego.

Sesiones	Áreas trabajadas	Clases de juegos	Material/Juego
1	autocontrol concentración	juego adaptativo con juguetes de la vida real	casa Lego o de madera caja de arena
2	autorregulación emocional	juego autocalmante juego de descarga y expresión de las emociones	globos piezas de construcción
3	autorregulación emocional	juego de mesa para narrar historias	cartas Dixit
4	impulsividad	juegos de mesa con autoinstrucciones	Tangram y Mikado
5	impulsividad	juegos de mesa con autoinstrucciones juego de construcción	3 en raya piezas Lego
6	impulsividad atención sostenida	juego de danza con autoinstrucciones juego de atención visual	música láminas con figuras
7	atención sostenida atención global	juego de atención sostenida auditiva observación de imágenes	sonidos cómic y cuentos
8	atención selectiva atención sostenida	juego de mesa de discriminación visual juego de palabras	¿Quién es quién? folios y lápices de colores

Nota. Fuente: elaboración propia.

Anexo 2.

Resultados de los 3 participantes en la prueba CSAT-R (Servera y Llabrés, 2015).



INFORME DE RESULTADOS

CSAT-R

**TAREA DE ATENCIÓN
SOSTENIDA EN LA
INFANCIA. REVISADA.**

AUTORES:

Informe:

M. Servera, J. Llabrés y Dpto. I+D+i de hogrefe TEA Ediciones

Solución Informática:

Dpto. Informática de hogrefe TEA Ediciones

Diseño:

Dpto. Informática de hogrefe TEA Ediciones

Nombre: 6789

Edad: 10 años

Sexo: Varón

Responsable: V. F.

DATOS DEL EVALUADO

ID:	6789	Baremo:	5º Ed. Primaria (10-11 años)
Fecha de aplicación:	14/12/2022	Sexo:	Varón
Edad	10		

RESUMEN GLOBAL DE RESULTADOS

Índice de validez de los resultados

	PD	T	Valoración
C Estilo de respuesta	-0,2113	46	Estilo de respuesta normal. Control motor normal.

Índices globales de atención

	PD	T	Valoración
A' Capacidad de atención sostenida	0,7820	18	Muy bajo
d' Capacidad de atención sostenida	1,0335	23	Muy bajo

Puntuaciones generales

	PD	T	%	Valoración
A Aciertos	69	42	77	Medio bajo
E Errores de comisión	38	66	38	Alto
TR Tiempo de reacción de aciertos	373	57	-	Medio

Tipo de errores de comisión

	PD	%
Ep Perseveración	8	21
Ed Distracción	2	5
Ei Impulsividad	23	61
Ea Azar	5	13

Observaciones:

Nota: PD: puntuación directa. T: escala típica con M = 50 y Dt = 10.
 El porcentaje de aciertos se calcula sobre el total de combinaciones correctas de la prueba (90).
 El porcentaje de errores de comisión se calcula con relación a un valor máximo de 100, a pesar de que la puntuación directa (PD) pueda ser superior a esta cifra.
 El porcentaje del tipo de errores se calcula sobre el total de errores cometidos por la persona evaluada (errores de comisión).

DATOS DEL EVALUADO

ID:	6789	Baremo:	5º Ed. Primaria (10-11 años)
Fecha de aplicación:	16/02/2023	Sexo:	Varón
Edad	10		

RESUMEN GLOBAL DE RESULTADOS

Índice de validez de los resultados

	PD	T	Valoración
C Estilo de respuesta	-0,1523	48	Estilo de respuesta normal. Control motor normal.

Índices globales de atención

	PD	T	Valoración
A' Capacidad de atención sostenida	0,8972	47	Medio
d' Capacidad de atención sostenida	1,9173	49	Medio

Puntuaciones generales

	PD	T	%	Valoración
A Aciertos	78	49	87	Medio
E Errores de comisión	21	55	21	Medio
TR Tiempo de reacción de aciertos	207	< 33	-	Muy bajo

Tipo de errores de comisión

	PD	%
Ep Perseveración	13	62
Ed Distracción	0	0
Ei Impulsividad	8	38
Ea Azar	0	0

Observaciones:

Nota: PD: puntuación directa. T: escala típica con M = 50 y Dt = 10.
 El porcentaje de aciertos se calcula sobre el total de combinaciones correctas de la prueba (90).
 El porcentaje de errores de comisión se calcula con relación a un valor máximo de 100, a pesar de que la puntuación directa (PD) pueda ser superior a esta cifra.
 El porcentaje del tipo de errores se calcula sobre el total de errores cometidos por la persona evaluada (errores de comisión).



INFORME DE RESULTADOS

CSAT-R

TAREA DE ATENCIÓN
SOSTENIDA EN LA
INFANCIA. REVISADA.

AUTORES:

Informe:

M. Servera, J. Llabrés y Dpto. I+D+i de hogrefe TEA Ediciones

Solución Informática:

Dpto. Informática de hogrefe TEA Ediciones

Diseño:

Dpto. Informática de hogrefe TEA Ediciones

Nombre: 1152

Edad: 11 años

Sexo: Varón

Responsable: V. F.

DATOS DEL EVALUADO

ID:	1152	Baremo:	6º Ed. Primaria (11-12 años)
Fecha de aplicación:	14/12/2022	Sexo:	Varón
Edad	11		

RESUMEN GLOBAL DE RESULTADOS

Índice de validez de los resultados

	PD	T	Valoración
C Estilo de respuesta	0,0771	56	Estilo de respuesta normal. Control motor normal.

Índices globales de atención

	PD	T	Valoración
A' Capacidad de atención sostenida	0,7566	12	Muy bajo
d' Capacidad de atención sostenida	0,8946	17	Muy bajo

Puntuaciones generales

	PD	T	%	Valoración
A Aciertos	58	< 33	64	Muy bajo
E Errores de comisión	30	60	30	Medio alto
TR Tiempo de reacción de aciertos	437	58	-	Medio alto

Tipo de errores de comisión

	PD	%
Ep Perseveración	4	13
Ed Distracción	1	3
Ei Impulsividad	15	50
Ea Azar	10	33

Observaciones:

Nota: PD: puntuación directa. T: escala típica con M = 50 y Dt = 10.
 El porcentaje de aciertos se calcula sobre el total de combinaciones correctas de la prueba (90).
 El porcentaje de errores de comisión se calcula con relación a un valor máximo de 100, a pesar de que la puntuación directa (PD) pueda ser superior a esta cifra.
 El porcentaje del tipo de errores se calcula sobre el total de errores cometidos por la persona evaluada (errores de comisión).

DATOS DEL EVALUADO

ID:	1152	Baremo:	6º Ed. Primaria (11-12 años)
Fecha de aplicación:	15/02/2023	Sexo:	Varón
Edad	11		

RESUMEN GLOBAL DE RESULTADOS

Índice de validez de los resultados

	PD	T	Valoración
C Estilo de respuesta	-0,5946	43	Estilo de respuesta normal. Control motor normal.

Índices globales de atención

	PD	T	Valoración
A' Capacidad de atención sostenida	0,3178	17	Muy bajo
d' Capacidad de atención sostenida	-0,5666	33	Bajo

Puntuaciones generales

	PD	T	%	Valoración
A Aciertos	56	49	62	Medio
E Errores de comisión	81	63	81	Medio alto
TR Tiempo de reacción de aciertos	363	47	-	Medio

Tipo de errores de comisión

	PD	%
Ep Perseveración	14	17
Ed Distracción	0	0
Ei Impulsividad	7	9
Ea Azar	60	74

Observaciones:

Nota: PD: puntuación directa. T: escala típica con M = 50 y Dt = 10.
 El porcentaje de aciertos se calcula sobre el total de combinaciones correctas de la prueba (90).
 El porcentaje de errores de comisión se calcula con relación a un valor máximo de 100, a pesar de que la puntuación directa (PD) pueda ser superior a esta cifra.
 El porcentaje del tipo de errores se calcula sobre el total de errores cometidos por la persona evaluada (errores de comisión).



INFORME DE RESULTADOS

CSAT-R

TAREA DE ATENCIÓN SOSTENIDA EN LA INFANCIA. REVISADA.

AUTORES:

Informe:

M. Servera, J. Llabrés y Dpto. I+D+i de hogrefe TEA Ediciones

Solución Informática:

Dpto. Informática de hogrefe TEA Ediciones

Diseño:

Dpto. Informática de hogrefe TEA Ediciones

Nombre: 27966

Edad: 9 años

Sexo: Varón

Responsable: V.F

DATOS DEL EVALUADO

ID:	27966	Baremo:	4º Ed. Primaria (9-10 años)
Fecha de aplicación:	13/12/2022	Sexo:	Varón
Edad	9		

RESUMEN GLOBAL DE RESULTADOS

Índice de validez de los resultados

	PD	T	Valoración
C Estilo de respuesta	-0,1682	48	Estilo de respuesta normal. Control motor normal.

Índices globales de atención

	PD	T	Valoración
A' Capacidad de atención sostenida	0,6023	0	Muy bajo
d' Capacidad de atención sostenida	0,2862	0	Muy bajo

Puntuaciones generales

	PD	T	%	Valoración
A Aciertos	56	< 33	62	Muy bajo
E Errores de comisión	51	> 66	51	Muy alto
TR Tiempo de reacción de aciertos	353	53	-	Medio

Tipo de errores de comisión

	PD	%
Ep Perseveración	12	24
Ed Distracción	21	41
Ei Impulsividad	9	18
Ea Azar	9	18

Observaciones:

Nota: PD: puntuación directa. T: escala típica con M = 50 y Dt = 10.
 El porcentaje de aciertos se calcula sobre el total de combinaciones correctas de la prueba (90).
 El porcentaje de errores de comisión se calcula con relación a un valor máximo de 100, a pesar de que la puntuación directa (PD) pueda ser superior a esta cifra.
 El porcentaje del tipo de errores se calcula sobre el total de errores cometidos por la persona evaluada (errores de comisión).

DATOS DEL EVALUADO

ID:	27966	Baremo:	4º Ed. Primaria (8-9 años)
Fecha de aplicación:	14/02/2022	Sexo:	Varón
Edad	9		

RESUMEN GLOBAL DE RESULTADOS

Índice de validez de los resultados

	PD	T	Valoración
C Estilo de respuesta	-0,0160	55	Estilo de respuesta normal. Control motor normal.

Índices globales de atención

	PD	T	Valoración
A' Capacidad de atención sostenida	0,6885	23	Muy bajo
d' Capacidad de atención sostenida	0,5906	26	Muy bajo

Puntuaciones generales

	PD	T	%	Valoración
A Aciertos	56	37	62	Medio bajo
E Errores de comisión	39	58	39	Medio alto
TR Tiempo de reacción de aciertos	337	51	-	Medio

Tipo de errores de comisión

	PD	%
Ep Perseveración	5	13
Ed Distracción	0	0
Ei Impulsividad	26	67
Ea Azar	8	21

Observaciones:

Nota: PD: puntuación directa. T: escala típica con M = 50 y Dt = 10.
 El porcentaje de aciertos se calcula sobre el total de combinaciones correctas de la prueba (90).
 El porcentaje de errores de comisión se calcula con relación a un valor máximo de 100, a pesar de que la puntuación directa (PD) pueda ser superior a esta cifra.
 El porcentaje del tipo de errores se calcula sobre el total de errores cometidos por la persona evaluada (errores de comisión).

Anexo 3.

Resultados del WISC-V (Wechsler y Pando, 2015) de los tres niños.



WISC-V
ESCALA DE INTELIGENCIA
DE WECHSLER PARA NIÑOS-V

**Cuadernillo
de anotación**

Edad cronológica			
Año	Mes	Día	
Fecha de aplicación	22	06	23
Fecha de nacimiento	12	05	15
Edad cronológica	10	1	8

Nombre del niño: H. A. K

Examinador: _____

Página de resumen

Conversión de puntuaciones directas a puntuaciones escalares

Prueba	PD	Puntuación escalar	
Cubos	24	8	8
Semejanzas	26	9	9
Matrices	17	9	9
Dígitos	27	8	8
Claves	37	8	8
Vocabulario	28	9	9
Balanzas	17	8	8
Puzles visuales	14	9	()
Span de dibujos	20	7	()
Búsqueda de símbolos	21	8	()
Información			()
Letras y números			()
Cancelación			()
Comprensión			()
Aritmética			()
Suma puntuaciones escalares	18	17	17
	Comp. verbal	Visoespacial	Razon. fluido
			Mem. trabajo
			Vel. proces.
			59
			Escala total

Perfil de puntuaciones escalares

	Comprensión verbal			Visoespacial		Razonamiento fluido			Memoria de trabajo			Velocidad de procesamiento		
	S	V	I	CO	C	PV	M	B	A	D	SD	LN	CL	BS
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

Perfil de puntuaciones compuestas

	ICV	IVE	IRF	IMT	IVP	CIT
160						
155						
150						
145						
140						
135						
130						
125						
120						
115						
110						
105						
100						
95						
90						
85						
80						
75						
70						
65						
60						
55						
50						
45						
40						

Conversión de suma de puntuaciones escalares a puntuaciones compuestas

Escale	Suma punt. escalares	Puntuación compuesta	Rango percentil	Intervalos de confianza 90% o 95%
Comprensión verbal	18	ICV 95		
Visoespacial	17	IVE 92		
Razonamiento fluido	17	IRF 91		
Memoria de trabajo	15	IMT 85		
Velocidad de procesamiento	16	IVP 89		
Escala total	59	CIT 88		



Cuadernillo de anotación

ESCALA DE INTELIGENCIA DE WECHSLER PARA NIÑOS-V

Nombre del niño: X.A.V

Examinador:

Guía de notación

Año Mes Día

Fecha de aplicación 22 08 23

Fecha de nacimiento 19 06 19

Edad cronológica 11 02 12

Página de resumen

Conversión de puntuaciones directas a puntuaciones escalares

Índice	PD	Puntuación escalar					
Cubos	32		11			11	
Semejanzas	27	9				9	
Matrices	18			9		9	
Dígitos	16				5	5	
Claves	28					4	
Vocabulario	28	9				9	
Balanzas	22			11		11	
Puzles visuales	18		12			12	
Span de dibujos	19				6	(6)	
Búsqueda de símbolos	18					7	
Información						()	
Letras y números						()	
Cancelación						()	
Comprensión						()	
Aritmética						()	
Suma puntuaciones escalares		18	23	20	9	11	
		Comp. verbal	Visoespacial	Razon. fluido	Mem. trabajo	Vel. proces.	Escala total

Perfil de puntuaciones escalares

Índice	Comprensión verbal			Visoespacial		Razonamiento fluido			Memoria de trabajo			Velocidad de procesamiento			
	S	V	I	CO	C	PV	M	B	A	D	SD	LN	CL	BS	CA
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

Perfil de puntuaciones compuestas

Índice	ICV		IVE		IRF		IMT		IVP		CIT	
	90%	95%	90%	95%	90%	95%	90%	95%	90%	95%	90%	95%
160												
155												
150												
145												
140												
135												
130												
125												
120												
115												
110												
105												
100												
95												
90												
85												
80												
75												
70												
65												
60												
55												
50												
45												
40												

Conversión de suma de puntuaciones escalares a puntuaciones compuestas

Índice	Suma puntuaciones escalares	Puntuación compuesta	Rango percentil	Intervalo de confianza 90% a 95%
Comprensión verbal	18	ICV 95		
Visoespacial	23	IVE 100		
Razonamiento fluido	20	IRF 100		
Memoria de trabajo	9	IMT 69		
Velocidad de procesamiento	11	IVP 75		
Escala total	58	CIT 87		

WISC-V Cuadernillo de anotación

ESCALA DE INTELIGENCIA DE WECHSLER PARA NIÑOS Y

Nombre del niño: I. O. N
 Examinador: _____

Fecha de aplicación: Año 22 Mes 08 Día 29
 Fecha de nacimiento: 13 08 3
 Edad cronológica: 9 0 26

Página de resumen

Conversión de puntuaciones directas a puntuaciones escalares

Subprueba	RU	Puntuación esalar				
Cubos	24		10		10	
Semejanzas	25	10			10	
Matrices	17		10		10	
Dígitos	15			6	6	
Claves	27				7	
Vocabulario		11			11	
Balanzas			11		11	
Puzles visuales			10		()	
Span de dibujos				7	()	
Búsqueda de símbolos				8	()	
Información					()	
Letras y números					()	
Cancelación					()	
Comprensión					()	
Aritmética					()	
Suma puntuaciones escalares	21	20	21	13	15	65
	Comp. verbal	Visoespacial	Razon. fluido	Mem. trabajo	Vel. proces.	Escala total

Perfil de puntuaciones escalares

Índice	Comprensión verbal				Visoespacial		Razonamiento fluido			Memoria de trabajo			Velocidad de procesamiento		
	S	V	I	CO	C	PV	M	B	A	D	SD	LN	CL	BS	CA
19															
18															
17															
16															
15															
14															
13															
12															
11															
10															
9															
8															
7															
6															
5															
4															
3															
2															
1															

Perfil de puntuaciones compuestas

Índice	ICV	IVE	IRF	IMT	IVP	CIT
160						
155						
150						
145						
140						
135						
130						
125						
120						
115						
110						
105						
100						
95						
90						
85						
80						
75						
70						
65						
60						
55						
50						
45						
40						

Conversión de suma de puntuaciones escalares a puntuaciones compuestas

Subprueba	Suma puntuaciones escalares	Puntuación compuesta	Rango percentil	Intervalo de confianza 90% a 95%
Comprensión verbal	21	ICV 103		
Visoespacial	20	IVE 100		
Razonamiento fluido	21	IRF 103		
Memoria de trabajo	13	IMT 79		
Velocidad de procesamiento	15	IVP 86		
Escala total	65	CIT 95		