



UNIVERSIDAD DE GRANADA

CENTRO DE INVESTIGACIÓN MENTE-CEREBRO Y COMPORTAMIENTO (CIMCYC)

Programa de Doctorado Investigación Multidisciplinar e Innovación en Procesos de
Discapacidad, Dependencia y Fin de Vida

TESIS DOCTORAL

Estudio neuropsicológico de niños con problemas de aprendizaje.
Evaluación, diagnóstico y propuesta de un programa de intervención.

Presentada por:

Cayetana Correa Delgado

Dirigida por:

Dr. Francisco Cruz Quintana

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico Universidad de
Granada

Dr. Manuel Fernández Alcántara

Departamento de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autora: Cayetana Correa Delgado
ISBN: 978-84-9163-449-2
URI: <http://hdl.handle.net/10481/48149>



UNIVERSIDAD DE GRANADA

CENTRO DE INVESTIGACIÓN MENTE-CEREBRO Y COMPORTAMIENTO (CIMCYC)

Programa de Doctorado Investigación Multidisciplinar e Innovación en Procesos de
Discapacidad, Dependencia y Fin de Vida

TESIS DOCTORAL

Estudio neuropsicológico de niños con problemas de aprendizaje.
Evaluación, diagnóstico y propuesta de un programa de intervención.

Presentada por:

Cayetana Correa Delgado

Dirigida por:

Dr. Francisco Cruz Quintana

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico Universidad de
Granada

Dr. Manuel Fernández Alcántara

Departamento de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante

La doctoranda Cayetana Correa Delgado y los directores de la tesis Dr. Francisco Cruz Quintana y Dr. Manuel Fernández Alcántara, garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por el doctorando bajo la dirección de los directores de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada, Mayo del 2017

Director/es de la Tesis

Doctoranda

Fdo.: Dr. Francisco Cruz Quintana

Fdo.: Cayetana Correa Delgado

Fdo.: Dr. Manuel Fernández Alcántara

AUTORIZACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN DE TESIS DOCTORAL

Como Directores de la Tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza el trabajo ha sido realizado por el/la doctorando/a bajo mi dirección y se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones. Así mismo, el trabajo reúne todos los requisitos de contenido, teóricos y metodológicos para ser admitido a trámite, a su lectura y defensa pública, con el fin de obtener el referido Título de Doctor, y por lo tanto AUTORIZO la presentación de la referida Tesis para su defensa y mantenimiento de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 99/2011, de 28 de enero.

Granada, Mayo 2017

Director/es de la Tesis

Fdo.: Dr. Francisco Cruz Quintana

Fdo.: Dr. Manuel Fernández Alcántara

La presente tesis doctoral ha sido realizada y se incluye dentro del Proyecto de Investigación titulado Estudio de indicadores neuropsicológicos en niños con problemas de aprendizaje (Referencia: PI-10/02735), cuya investigadora principal ha sido la Dra. Carolina Laynez Rubio.

A mi familia, a mis amigos.

Agradecimientos

Esta tesis ha sido gracias al esfuerzo de muchas personas, pero sobre todo a su ayuda. En primer lugar no hubiera sido posible imaginarla sin la supervisión, orientación, apoyo e infraestructura de Carolina Laynez y toda la Unidad de Atención Temprana del Hospital Clínico San Cecilio. Gracias también a Concha Robles, Mayte Salvatierra, Irene Machado y a Quica nuestra secretaria. Gracias por dejarme estar años evaluando por allí, robando salas, trastocando horarios y aumentando el volumen de trabajo ya de por sí imposible de esa Unidad a la que le debo no solo esta tesis sino toda mi formación clínica y neuropsicológica. Gracias a los niños, a sus madres y padres, por confiar, por madrugar, por la generosidad de dejarse evaluar para ayudar a otros, por traerlos mil veces, por fiarse de nosotros. Es para vosotros y por vosotros este trabajo de tantos años.

A mis compañeros de trabajo, que han soportado temporadas -más bien temporales- de estrés, y que siempre me han cuidado. Hasta nos ha dado tiempo a poder constituir nuestro propio centro: ANUDA, como una continuación del Espíritu del Clínico. Gracias Tadeo, Marta, Silvia, Cristina, M^a Jesús, Lola, Pablo y Ángela.

A ADERES, un lugar de formación, donde comenzó esta aventura de dedicarme a la Psicología de “otro modo”, un modo abierto a la diferencia, pero sobre todo un lugar de vínculo social, donde han podido recoger algunos de los frutos de esta tesis, gracias Elena, Liliana, Pepa, Eva, Marta, Candela, Pablo, y al resto de voluntarios, a todos los padres y los niños.

Gracias a mi familia, por estar, por crecer, porque Alex y Alba se han convertido en expertos sobre esta tesis, porque han querido salir corriendo al verme la cara por las mañanas, y a veces también por las tardes, porque durante su redacción y formación también ha llegado Bruno, que ahora tiene 7 meses, y en lugar de un pan, pareció traer el final de un largo trabajo. Gracias Paco, por hacerlos a ellos posibles, y ser el mejor editor, diseñador y amor de mi vida.

Gracias a mi madre, por ayudarme cada mañana, desde las 6 a poder concentrarme en escribir. Gracias a mi padre, por animarme cuando se olía la huida.

Gracias a mis amigos, por no aburrirse, Ámina, Monto, Layla, Ali, Migui, Paula...

Y finalmente a mis tutores, por ordenarme, asesorarme y no dejar que saliera corriendo y a la vez permitirme esconderme en algunos momentos, Paco Cruz, maestro, gracias. Manuel, sin ti ya sabes que habría tirado la toalla. Miguel Pérez, gracias por todo tu tiempo y por responder y explicar cuestiones complejíssimas con esa sencillez.

Gracias al psicoanálisis que he podido continuar y finalizar esta aventura.

Gracias a la propia tesis por enseñarme tantas cosas; a apreciar el tiempo libre, a ser crítica, a tener criterio, u organizarme, por señalarme como nadie lo tantísimo que me apasiona la clínica.

Gracias, gracias y gracias.

Índice

1 _ Resumen	14
2 _ Introducción	20
1. ¿Qué son las DA?	20
2. DA y nosologías diagnósticas: el DSM IV y 5:	23
3. DA y legislación española actual:	26
4. Evaluación de las DA:	30
6. Tratamiento de las DA desde la neuropsicología:	38
7. La importancia de la implicación parental:	41
3 _ Objetivos e Hipótesis	49
4 _ Estudio 1	52
Efectos de un programa de estimulación de la función ejecutiva en niños con DA	52
Método	53
Resultados	60
Discusión	62
Padres de niños con problemas de aprendizaje, una aproximación cualitativa.	69
5 _ Estudio 2	70
Padres de niños con problemas de aprendizaje, una aproximación cualitativa	70
Método:	71
Resultados	78
Discusión	90
6 _ Discusión General	98
7 _ Conclusiones	110
8 _ Referencias	113
Anexos:	131

Capítulo 1: Resumen

1 _ RESUMEN

El término "*Problemas de aprendizaje*"¹ fue el que utilizó Samuel Kirk (1962) para clasificar a niños que pese a tener un adecuado nivel de inteligencia, presentaban "problemas inesperados" en el rendimiento escolar (Soriano, Miranda & Cuenca, 1999). Estimar su prevalencia es un asunto controvertido ya que las *dificultades de aprendizaje* (DA) incluyen a un colectivo muy heterogéneo, y la pertenencia o no a este grupo está mediada por las exigencias educativas. Además, existe una amplia clasificación de los problemas del desarrollo que repercuten en el aprendizaje elaborada por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría* (DSM 5, 2013).

En la mayoría de los casos, las DA de los niños que acuden a consulta son una característica de un cuadro más complejo que guarda relación con trastornos clínicos concretos. Si además se trabaja desde una Unidad de Atención Temprana haciendo el seguimiento de niños de riesgo, la evidencia ante esta problemática es aún mayor. Hasta hace poco tiempo, el abordaje de estos problemas era de tipo psicológico o educativo, sin embargo, en los últimos años, pediatras y neuropediatras han empezado a entender la dimensión multidisciplinar de dicho problema (García-Jiménez, López-Pisón & Blasco-Arellano, 2005).

Al hablar de DA, nos referimos a una amplia gama de problemáticas y trastornos asociados. Cada una de ellas posee unas características concretas y un modo de evaluación y diagnóstico, siendo necesaria la observación clínica y la evaluación

¹ A lo largo de esta tesis utilizaremos "Dificultades de Aprendizaje" (DA)

neuropsicológica para detectarlas (Santo & Bausla, 2007). La neuropsicología ha encontrado relaciones entre diferentes DA y medidas en aspectos como función ejecutiva, memoria, atención e inhibición, organización viso-perceptiva, velocidad de razonamiento, entre otras, así como diferentes instrumentos para evaluar estas áreas (Katzir, Kim, Wolf, Morris & Lovett, 2008).

Sin embargo, a pesar de que diversos estudios muestran la relación entre la función ejecutiva y los DA (Escobar, Zabala & Pozo, 2008) no existen trabajos que hayan investigado la efectividad de las intervenciones sobre la función ejecutiva en estos niños, a través de programas exhaustivos o que actúen de manera específica (Diamond, 2012).

Por otra parte, al tratarse de población infantil, el papel y rol de los padres es fundamental. Numerosos autores concluyen, que, a pesar de que existe evidencia sobre la importancia de los factores parentales, apenas existen estudios que implementen medidas específicas en este ámbito ni que hayan estudiado las posibles diferencias existentes sobre las preocupaciones o expectativas de los padres en relación a los diferentes diagnósticos de DA.

Por ello, los objetivos de la presente tesis fueron: a) estudiar las posibles diferencias en función ejecutiva entre niños con DA en comparación con un grupo control, b) determinar la eficacia de un programa de estimulación de la función ejecutiva para este tipo de población; y por último, c) analizar el discurso de padres de niños con DA y comprobar las similitudes y diferencias entre los distintos grupos diagnósticos.

Para comprobar el **primer objetivo**, se realizó un primer estudio en el que participaron un total de 47 niños que fueron divididos en dos grupos. El grupo experimental estuvo formado por 22 niños diagnosticados por DA (atencional, verbal y no verbal), con una media de edad de 9.64 años (DT=2.01) El grupo control estuvo formado por 25 niños sin problemas de aprendizaje con una media de edad de 10.36 años (DT=.48). Los grupos no mostraron diferencias significativas en ninguna de las variables sociodemográficas. En el caso del grupo de DA, la evaluación se realizó en una sola sesión y en una sala aislada y tranquila del Hospital Clínico “San Cecilio” de Granada al que acudían a consulta por dificultades derivadas de problemas de aprendizaje y que previamente habían accedido a participar en dicho estudio. La duración fue de una hora. El grupo control realizó la evaluación en una sala aislada y tranquila del colegio al que los niños acudían en Granada, de la misma duración (una hora). Los instrumentos utilizados fueron los siguientes: Continuos Performance Test (CPT), Figura Compleja de Rey (FCR) copia, Trail Making Test (TMT), subtest de Animales perteneciente a la Escala de inteligencia de Weschler para niños (WISC-IV), Stroop completo, FCR recuerdo, y Token test completo. Los resultados pusieron en evidencia que los niños del grupo experimental mostraron puntuaciones más bajas en las pruebas de las áreas de percepción y memoria visual, toma de decisiones complejas y los diferentes tipos de atención. Sin embargo obtuvieron un menor tiempo de reacción en ambas condiciones del TMT.

Con respecto al **segundo objetivo**, se realizó un programa de estimulación directamente centrado en las funciones ejecutivas, a los niños del grupo experimental. Para comparar la eficacia del programa de intervención, se realizaron diferentes análisis

de varianza, utilizando las variables de grupo (control y experimental) e intervención o momento temporal (pre y post) como variables independientes, para cada una de las pruebas neuropsicológicas. Las variables dependientes fueron cada una de las puntuaciones de los test. Además, este estudio presenta la propuesta de un programa de estimulación de las funciones ejecutivas (FE), basado en tareas ecológicas, para niños con dificultades de aprendizaje (DA). Se utilizó un diseño de comparación pre-post con grupo control. Se evaluaron los componentes de flexibilidad, memoria de trabajo, inhibición y atención sostenida. Los resultados muestran que los niños del grupo de intervención mejoran en las áreas de flexibilidad y memoria de trabajo, tratándose por tanto, de un programa útil para mejorar aspectos de la FE en niños con DA. Sin embargo, se proponen modificaciones para futuras aplicaciones del mismo.

Para el **tercer objetivo** se diseñó el segundo estudio que describe experiencias educativas de niños diagnosticados con DA. Los padres cuyos niños fueron diagnosticados de Trastorno de hiperactividad y déficit de atención (TDAH), problemas de dislexia/habilidades lingüísticas, y Trastorno de aprendizaje no verbal (TANV), incluyendo en este grupo aquellos niños diagnosticados con presentaban Síndrome de Asperger, basándonos en las similitudes sintomáticas que aparecen en la literatura, relataron las dificultades que estos presentaban en el proceso de crianza y en la vida cotidiana. Se utilizó un diseño cualitativo a partir de tres grupos focales. Los datos obtenidos fueron analizados utilizando una aproximación temática inductiva. Los principales temas identificados fueron cinco: las emociones paternas, el diagnóstico y su causa, las experiencias del día a día, las relaciones sociales y las preocupaciones sobre el futuro. Los padres de este estudio experimentaron una gama de emociones y asignaron diferentes explicaciones a los problemas de aprendizaje dependiendo del

grupo diagnóstico al que perteneciera su hijo (atencional, verbal o no verbal). La experiencia del día a día, tanto en casa como en la escuela, dependían en gran medida del subgrupo de DA, sin embargo, todos los padres, independientemente del diagnóstico, situaban las relaciones sociales de los hijos y la preocupación por el futuro, como su preocupación central. Por tanto, las intervenciones en el tratamiento de estos padres deberían tener en cuenta estas particularidades.

Capitulo 2: Introducción

2 _ INTRODUCCIÓN

1.¿Qué son las DA?

A lo largo de la historia han existido diferentes modos de nombrar las desviaciones con respecto a la media en lo que se ha llamado “comportamiento normal”. Términos como deficiencia, discapacidad o trastorno han rodeado a muchos conceptos psicológicos, entre ellos, a las DA, añadiendo conceptualizaciones como “lento” o “retrasado” entre otras.

Esta terminología ha cambiado a lo largo de los años y de las modas, planteándose nuevas hipótesis sobre la etiología y el tratamiento dependiendo de los autores y las etapas. A continuación se muestra un esquema que refleja las fases características y autores por las que ha pasado la conceptualización y estudio de los problemas de aprendizaje a lo largo de la historia. (Ver tabla 1).

Fase	Características	Autores
<i>Etapa de Fundamentos (1800-1940)</i>	<i>Creación del campo de trabajo. Centrada en adultos con lesión cerebral. Investigación médica clínica. Iniciación en las líneas sobre el lenguaje hablado, escrito y trastornos perceptivo-motores</i>	<i>Gall, Brouillard, Broca, Head, Hinshelwood, Orton, Fernald, Godstein, Strauss y Werner</i>
<i>Etapa de transición (1940-1963)</i>	<i>Diseño/aplicación de tratamientos correctivos. Atención al niño. Investigación desde Psicología y Educación. Desarrollo de instrumentos de Evaluación</i>	<i>Osgood, Wepman, Fernald, Myklebust, Kirk, Einsenson, Meginnis, Kephart, Lehtinen, Cruickshank</i>

	<i>Aparición de “learning disabilities”.</i> <i>Integración de tendencias y enfoques.</i> <i>Primeras asociaciones de padres y profesionales</i>	<i>Kirk, Myklebust, Cruickshank, Kephart, Delacato, Frostig, Haring, Lindsley, Lovitt.</i>
--	--	--

Tabla 1. Resumen clásico de Wierdertholt (1974), seleccionado de García Vidal, I., González Manjón, D. 2001. P. 15

Ortiz (2004, pp.24), refleja el desarrollo histórico del estudio de las dificultades de aprendizaje en un esquema en el que se pueden apreciar los estudios más importantes de cada etapa, a partir de trabajos anteriores de Romero (1993). (Ver tabla 2).

<i>Etapa de fundación</i> <i>(1800-1940)</i>	<i>Etapa de transición</i> <i>(1940 – 1963)</i>	<i>Etapa de integración</i> <i>(1963 – 1990)</i>
<i>Modelo Médico</i>	<i>Transición modelo médico al campo educativo y psicológico</i>	<i>DA como categoría específica dentro de la educación especial</i>
<i>Se estudia la relación entre las lesiones cerebrales y los problemas en lenguaje oral, escrito y problemas perceptivo-motores.</i>	<i>Desarrollo de las ideas de Strauss y Werner en educación especial</i> <i>Modelo de los procesos básicos y diseño de materiales de evaluación e intervención.</i>	<i>Creación de asociaciones y organizaciones profesionales sobre DA.</i> <i>Creación de revistas científicas y cambios de modelo al de instrucción directa e introducción del modelo cognitivo.</i>

Tabla 2. Desarrollo histórico de las DA. Adaptado de Ortiz (2004).

En la actualidad, el término DA se utiliza con niños que, pese a tener un adecuado nivel de inteligencia, presentan importantes problemas en el rendimiento escolar (Scanlon, 2013). Fue Samuel Kirt, en una conferencia el 6 de abril de 1963 en Chicago, (Fundation Perceptually Handicapped Children) donde el autor utilizó el término “learning disabilities”:

“... he usado el término “dificultades de aprendizaje” para describir a un grupo de niños que tienen desórdenes en el desarrollo del lenguaje, habla, lectura y habilidades de comunicación necesarias para la interacción social. En éste grupo no incluyo a los niños con hándicaps sensoriales como ceguera y sordera porque tenemos métodos para entrenar al sordo y al ciego; también excluyo de este grupo a los niños con retraso mental generalizado...” (Kirk, 1963: 2-3; citado por Torgesen, 1991, p. 14).

En el DSM 5, no existen criterios específicos para clasificar las diferentes DA, incluyéndose en la categoría de Trastornos del Neurodesarrollo (American Psychiatric Association, APA, 2013).

Una de las propuestas para diferenciar y agrupar los diferentes DA está basada en los perfiles de rendimiento neuropsicológico en las áreas de memoria, atención y función ejecutiva (Hendriksen, Keulers, Feron, Wassenberg, Jolles & Vles., 2007; Nydén, Billstedt, Hjelmquist, & Gillberg, 2001). Hendriksen et al. (2007) identificaron tres categorías principales de DA: atención con o sin problemas motores, DA verbales y DA no verbales (TANV). Esta clasificación ha sido apoyada por diversos estudios neuropsicológicos, señalando que los niños con DA tienen problemas en diferentes áreas como el lenguaje y lectura (Batnini & Uno, 2015), la memoria (Fletcher, et al., 2011), el cálculo matemático (Eisenmajer, Ross & Pratt, 2005), la atención, la organización perceptiva, la velocidad de procesamiento o diferentes componentes de la función ejecutiva (FE), así como en la inhibición o la memoria de trabajo (Katzir et al., 2008; Thorell & Nyberg, 2008). En dichos estudios, realizados por el grupo de investigación de Hendriksen, no tomaron parte niños con DA comórbidos o que padeciesen alteraciones neurológicas y tuvieron dos objetivos principales: 1) describir el

curso de los diferentes DA y contribuir a un diagnóstico multidisciplinar; y 2) verificar la existencia en la clínica de los tres subgrupos básicos que describía la literatura dentro de los DA. Estos autores realizaron una investigación en una amplia muestra de 495 niños holandeses de entre 6 y 17 años. Sus resultados indicaron que el TDAH y las Dificultades Lingüísticas eran las DA más comunes, viendo, además, que las dificultades comportamentales, el procesamiento de la información, atención e integración visual eran las áreas que mejor determinaban las diferencias entre los tres subgrupos, siendo el TANV el que más desarrollo en investigación necesitaba.

2. DA y nosologías diagnósticas: el DSM IV y 5:

En el presente epígrafe vamos a realizar una revisión de las clasificaciones de las DA, en las dos versiones más recientes del DSM. En primer lugar, en el DSM IV las DA fueron descritos de diferentes maneras:

- *Trastornos de la lectura*, descritos como aquellos en los que existe un rendimiento por debajo de la media establecida para su grupo de edad en precisión y comprensión lectora. Además, esta dificultad debe afectar a su rendimiento académico y a las actividades de la vida cotidiana que impliquen el manejo adecuado de la lectura. En los casos de que existiera un déficit sensorial, las alteraciones lectoras deberían ser superiores a las que habitualmente estén asociadas a él.
- *Trastorno de cálculo*, definido como aquel que implica una puntuación por debajo de la media en comparación a su grupo normativo, que también interfiera en la actividad académica y en ámbitos de la vida cotidiana que impliquen su correcta utilización, de

igual modo ocurre cuando existen déficits sensoriales, estos deben exceder a las dificultades normalmente asociadas a este.

- *Trastorno de la expresión escrita*, donde las habilidades para escribir deben estar por debajo de la media en comparación con su grupo de edad.
- *Trastorno del aprendizaje no especificado*, en el que existen alteraciones académicas que no corresponden a ninguna de las clasificaciones anteriores.

Sin embargo, pueden existir DA en otros cuadros diagnósticos descritos en el DSM IV, mostrándose estos comórbidos a trastornos de otra índole, como *Trastornos de la Comunicación* (trastorno del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, trastorno fonológico, tartamudeo, trastorno de la comunicación no especificado); *Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador* (trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, trastorno disocial, trastorno negativista desafiante, trastorno del comportamiento no especificado); *Trastornos generalizados del desarrollo* (trastorno autista, de Rett, desintegrativo desafiante, de Asperger y no especificado); u *otros trastornos* como: ansiedad o separación, mutismo selectivo, movimientos estereotipados o no especificado.

Actualmente, en el DSM 5 a los Trastornos de Infancia y Adolescencia se les denomina, **Trastornos del Neurodesarrollo**, entre los cuales se clasifican:

- *Trastornos de la comunicación* incluyendo el Trastorno del lenguaje, de la comunicación, de la fluidez y de la comunicación social.
- *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad* (en este caso el DSM especifica que a pesar de estar íntimamente relacionado con un Trastorno específico del

aprendizaje, destaca que el malestar del paciente persiste en la mayoría de los ámbitos personales y no solo en el académico).

- *Trastorno específico del aprendizaje* descrito como “déficits específicos de la capacidad del individuo para percibir o procesar información eficiente o con precisión” afectando a las habilidades básicas de lectura, escritura y matemáticas.

En el DSM IV el Trastorno del aprendizaje no verbal era un subtipo de trastornos del aprendizaje, sin embargo esta clasificación desaparece en el DSM 5, pudiendo entrar por tanto dentro del trastorno de la comunicación social (ya que algunos autores han planteado su similitud con las afectaciones pragmáticas que afectaban a síndromes de Asperger de alto rendimiento). También podrían describirse como Trastornos del neurodesarrollo no especificado. Y por último, *Trastornos motores, Trastornos generalizados del desarrollo, Trastornos del Espectro autista o Trastornos genéticos* (DSM 5, 2014).

Es muy difícil realizar un buen diagnóstico diferencial en el ámbito de los problemas de aprendizaje, ya que existen muchos trastornos que manifiestan DA como síntoma dentro de un cuadro más complejo, o que pueden camuflar problemas de otro tipo como ansiedad, depresión, trastornos obsesivo-compulsivo, oposicionista-desafiante, Tourette, cefaléas, tics, baja competencia social, epilepsia (Félix-Mateos, 2006). A continuación se proponen ejemplos clínicos de cómo los mismos síntomas pueden aparecer en diversos diagnósticos por lo que determinar el origen e importancia de los mismos, dará la clave del diagnóstico y por tanto del tratamiento:

- *Dislexia*: Dificultad específica de la adquisición de los dominios y funciones de lecto-escritura debidos a la alteración de la ruta visual o fonológica en la que suele observarse déficit de atención y pobre amplitud de memoria de trabajo. Pueden presentar baja amplitud de memoria de trabajo y dificultades atencionales.
- *Trastorno de Asperger*: Trastorno generalizado del desarrollo (TGD), que se relaciona con dificultad en el vínculo con otro, y que suele presentar déficit de atención entre otros problemas.
- *Trastornos neurológicos*: La atención es una función ejecutiva vinculada a la maduración de los lóbulos frontales y al desarrollo psico-social. A menudo, la prematuridad, el síndrome de alcoholismo fetal o el déficit de estimulación sensorial se relacionan con este tipo de dificultades siendo fundamental la derivación a un neuro-pediatra y neuropsicólogo.

Por ello es fundamental una buena derivación por parte de los profesores y pediatras a especialistas que realicen una evaluación completa y pormenorizada, que describiremos más adelante, mostrándose evidente, la importancia del trabajo multidisciplinar y la implicación necesaria de todos los profesionales y la familia.

3. DA y legislación española actual:

En España, las DA se enmarcarían dentro de los programas de atención a la diversidad que se ofrecen desde las instituciones educativas. Dichos programas, han sufrido una gran evolución desde el ámbito social y político. Son las leyes orgánicas las

que determinan el abordaje de los alumnos con DA en los centros públicos. A continuación, se realiza una síntesis que recoge todas las leyes educativas al respecto comenzando desde la Constitución Española (Fernández-Briz, 2016).

- *Constitución Española*: Artículo 27 y 49: “Derecho de todos a la educación y obligación de los poderes públicos a realizar políticas de integración”
- *Ley 13/1982, de 7 de abril*, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI):
Desarrollo del artículo 49 de la Constitución: “Integración y atención individualizada garantizada por las administraciones educativas”.
- *La Ley Orgánica 1/1990*, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo: Posibilidad de que los alumnos con necesidades educativas especiales pudieran llegar a los objetivos generales dentro del mismo sistema
- *La Ley Orgánica 9/1995*, de 20 de noviembre, de la Participación, la Evaluación y el Gobierno de los centros docentes: Garantía de que en los centros públicos hubiera medidas para la adecuada escolarización de alumnos con necesidades especiales
- *La Ley Orgánica 10/2002*, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación: Introdujo novedades en la definición de necesidades específicas (desigualdades sociales, extranjeros, sobredotación, y necesidades especiales).
- *Ley Orgánica 8/2013*, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa enmarcada dentro de la estrategia europea sobre discapacidad de 2010. Esta ley realiza una serie de modificaciones de los párrafos de la Ley Orgánica 2/2006 de 3 de Mayo sobre educación.

- ❖ Garantiza una educación inclusiva, igualdad de derechos y accesibilidad universal a la educación.
- ❖ Artículo 20. Diagnósticos precoces para establecer refuerzos.
- ❖ Artículo 27: programas de mejora de aprendizaje y rendimiento.
- ❖ Artículo 28: evaluación y adaptación en secundaria.
- ❖ Artículo 71:
 - 1) Las administraciones podrán generar planes de apoyos a centros con alumnos en desventaja social
 - 2) Recursos para TDAH, altas capacidades, dificultades de aprendizaje
- ❖ Artículo 79: corresponde al centro determinar las medidas necesarias para el alumno y la escolarización de los mismos se registrará desde la normalización e inclusión
- ❖ Artículo 122: El Proyecto educativo de Calidad supondrá la especialización de los centros docentes.

A partir de estas leyes, en la década de los 80 se integran los Equipos de Orientación Escolar (EoEs) y a pesar de que existan diferencias entre comunidades autónomas, la mayoría de ellos *“constituyen servicios de apoyo externo a la institución escolar, su funcionamiento está zonificado y organizado por niveles y etapas educativas y realizan funciones de diagnóstico, asesoramiento y orientación en el ámbito del centro, la familia y los alumnos”* (Calderón-Machuca, 2006) clasificándose en:

- Servicios de Atención Temprana (0-3 años) que funcionan según la demanda de alumnos con necesidad, actuando una vez a la semana o cada 15 días. Están formados por psicólogos, logopedas, pedagogos y PTSC.
- Servicios de Orientación Escolar para educación infantil y primaria (3-6 años y de 6-12 años). Su funcionamiento es similar a los Centros de Atención Temprana, funcionando según la demanda y zonificados.
- Departamentos de Orientación para secundaria (IES, bachillerato, módulos formativos) que están integrados en el propio centro y están dirigidos por un psicólogo o pedagogo.

La Junta de Andalucía ofrece desde su página web, un manual de prestaciones y recursos educativos para el alumnado con necesidades específicas de apoyo educativas, donde ofrecen información acerca de qué son las necesidades educativas, cuál es el mejor modo de elegir centro, cómo se admite al alumnado con estas características, así como ayudas, orientaciones, atenciones y convenios disponibles, todo ello a partir de fragmentos y dudas reales de padres de niños con necesidades educativas especiales, a partir de la modificación de la Ley 17/2007, de 10 de diciembre, que matiza la de 2006, donde resumen que *“el nuevo “gran” concepto: Necesidades Específicas de Apoyo Educativo(NEAE) engloba, desde el punto de vista de la LOE 2006, al alumnado con necesidades educativas especiales (NEE) derivadas de discapacidad o trastornos graves de conducta, al alumnado con altas capacidades intelectuales, al alumnado con incorporación tardía en el Sistema Educativo Español, al alumnado con dificultades específicas de aprendizaje o al alumnado con condiciones personales o de historia*

escolar compleja” y añade “tanto la LEA como la LOE coinciden en articular que el alumnado con necesidades educativas especiales es aquel que requiere, por un período de su escolarización o a lo largo de toda ella, determinados apoyos y atenciones educativas específicas derivadas de discapacidad o trastornos graves de conducta”.

Además, en su apartado de elección de centro, plantea que no siempre será adecuado que los niños asistan a centros específicos, siendo solo necesario cuando en los centros ordinarios no dispongan de medidas concretas para atenderlos, cursando los alumnos los mismos cursos pero con objetivos básicos, y teniendo el mismo currículum de referencia. Los EoEs serán los encargados de realizar la evaluación y el dictamen de escolarización y su modalidad en a) Centro Ordinario tiempo completo, b) Centro Ordinario con apoyos, c) Centro Ordinario en Aula específica, d) Centro Específico. También explican qué tipo de recursos y formación específica poseen los especialistas que atenderán a los niños con estas necesidades durante el curso y qué medidas concretas se llevarán a cabo. También describen las diferencias entre las distintas adaptaciones curriculares (significativa y no significativa) así como los cauces de comunicación con las familias. Finalmente, cuenta con un apartado sobre qué tipo de ayudas existen y cómo solicitarlas para este tipo de alumnado, así como qué otros convenios se han puesto en marcha cuál es su enmarcación dentro de las políticas de la Unión Europea.

4. Evaluación de las DA:

La evaluación tradicional de las DA ha sido la Respuesta de Intervención, que consiste básicamente en la medición de la discrepancia entre el cociente intelectual (CI)

y el desempeño escolar. Sin embargo, algunos estudios y autores, la plantean como un método restrictivo y poco eficiente para determinar si existen, cuáles son y en qué consisten las DA (Lyon, 1987; Willson, 1987). En principio, puede evaluarse al grupo de riesgo como aquel que ha obtenido puntuaciones por debajo del percentil 25 en pruebas de rendimiento escolar durante el año anterior, o que durante el propio curso obtenga el mismo percentil en comparación con el grupo normativo. Una vez detectado el grupo de riesgo, se les somete a una breve evaluación de logros en las áreas deficitarias; si obtienen un percentil por debajo de 16, ese sería su resultado en relación a la respuesta de intervención.

Sin embargo, utilizar una aproximación neuropsicológica para abordar las DA tiene una serie importante de ventajas. En primer lugar, permite realizar una evaluación de las funciones y componentes que presentan alteraciones (Jones & Eberle, 2000) en segundo lugar ayuda a detectar, a través de la evaluación neuropsicológica, la aparición de síntomas tempranos de DA. Finalmente, permite elaborar un perfil específico de las necesidades del niño así como planificar una intervención integral (Semrud-Clikeman, 2005). A pesar de la existencia de una amplia evidencia, no existen estudios que pongan a prueba de manera experimental qué funciones mejoran los programas de estimulación neuropsicológica en niños con DA, más allá del diagnóstico específico de cada uno. Sin embargo, desde el ámbito educativo se han propuesto guías y medidas específicas de apoyo en las aulas (Montañés-Rada, et al, 2010), mientras que desde la investigación existe evidencia sobre la intervención en casos de TDAH, problemas de lecto-escritura y trastorno del aprendizaje no verbal.

Parece, por tanto, que el interés en el campo de la neuropsicología por los trastornos del aprendizaje y las funciones subyacentes al mismo es evidente, sin embargo, no existen pruebas conjuntas ni demasiadas revisiones sobre estas cuestiones a pesar de que su relación cada vez es más consistente.

Pueden encontrarse pruebas eficaces que se utilizan de forma habitual en la evaluación de los niños de riesgo para la detección de daño evidente o generalizado, pero éstas no siempre detectan las pequeñas desviaciones que se hayan producido en el desarrollo y que empiezan a mostrar su sintomatología cuando se les exige a los niños estrategias de rendimiento cognitivo más complejas como ocurre en niveles determinados del aprendizaje escolar.

En las DA, la función ejecutiva parece una de las áreas más deficitarias, pero existen pocas medidas que relacionen conjuntamente ambas cuestiones. (Thorell & Nyberg, 2008). Dentro de estas funciones, son la planificación, inhibición, flexibilidad cognitiva, fluidez verbal y memoria de trabajo las que parecen estar más alteradas en esta población (Martín-González et al., 2008).

Las últimas investigaciones muestran una relación que va desde la integración anatómica y funcional cerebral para la organización de las funciones cognitivas, hasta la influencia del medio en la consolidación de las mismas. Siendo fundamental plantear las diferencias entre el cerebro infantil y el adulto.

Debe señalarse la importancia de las edades tempranas pre y perinatales donde tiene lugar la migración neuronal, la generación de glías y la poda axónica. Obteniéndose los

picos más altos de neurodesarrollo a los 10 a los 12 años, con cierta variabilidad entre niños y niñas (Bernabeu et al., 2009).

Cruz-Quintana, Pérez-García, Roldán-Vilchez, Fernández-López & Pérez Marfil (2013), señalan numerosos factores que influyen en el neurodesarrollo infantil: analfabetismo, desnutrición, contaminantes ambientales, tipo de apego, enfermedades u oferta educativa. Bernabeu et al., (2009) proponen un listado de diferencias entre el cerebro infantil y el de adultos:

- 1) No se han desarrollado aún todas las funciones cognitivas puesto que no se ha completado el desarrollo del SNC.
- 2) La manera más global de funcionamiento del cerebro en el niño hace que las funciones neuropsicológicas no estén tan perfectamente localizadas como en el adulto.
- 3) En la edad infantil el cerebro es mucho más plástico, por lo que, tanto la recuperación espontánea de las funciones neurocognitivas como la recuperación a través de la rehabilitación se produce más clara y rápidamente.
- 4) Las alteraciones que se detectan no suponen la pérdida de una función, sino una reducción en las capacidades que debe desarrollar en comparación con su grupo de iguales.
- 5) El cerebro del niño puede recuperarse mejor de daños focales, pero de daños generalizados el pronóstico es peor que el de los adultos, dado que los niños suelen preservar funciones básicas pero la recuperación cognitiva no suele ser completa.
- 6) La enorme variabilidad que implica el desarrollo y el hecho de que las alteraciones en el SNC sean previas al desarrollo de funciones cognitivas, determina que las secuelas puedan no observarse inmediatamente, sino a medio y largo plazo.

En el ámbito infantil, existen protocolos de evaluación neuropsicológica específicamente adaptados (Varela et al., 2011) que incluirían: entrevistas semi-estructuradas, cuestionarios comportamentales, sub-pruebas neuropsicológicas o baterías neuropsicológicas completas. En el manual de aplicación de la Batería BENCI, se realiza un recorrido histórico resumiendo las baterías neuropsicológicas infantiles desde los años 60 hasta la actualidad (Cruz-Quintana et al., 2013). (Ver tabla 3).

Nombre	Autores	Edades y aplicación
El Inventario de Desarrollo de Gesell	Gessell & Amatruda, 1945, 1967, 1980	Desde 4 semanas hasta las 5 semanas, y posteriormente cada 3 y 6 meses hasta los 5 años
La Escala de Desarrollo Infantil Brunet-Lézine	Brunet-Lézine, 1980.	De 1-30 meses. Versión para 5 años.
Las Escalas Bayley de Desarrollo Infantil. (EBDI)	Bayley, 1977.	Desde 2 hasta 30 meses
El Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil CUMANIN (2000)	Portellano, Mateos & Martínez, 2000	Desde 3 hasta 6 años
El WPPSI o Escala de Inteligencia para Preescolar y Primaria	Wechsler, 1996.	Desde 4 hasta 6 años
La Escala de Inteligencia Stanford-Binet	Revisión de Terman & Merrill, 1969	Desde los 2 hasta 8 años
La MSCA: Escala McCarthy de aptitudes y psicomotricidad	McCarthy, 1972	Desde 2,5 hasta 8,5 años
La Escala de Madurez Mental de Columbia. CMMS	Burgemeister & Blum, 1972	Desde 4 hasta 11 años.
La Batería de Evaluación de Kaufman para niños K-ABC	Alan, Kaufman & Nadeen, 1983	Desde 2,5 hasta 12,5 años
Batería III Woodcock-Muñoz	Richard, Woodcock, & Muñoz-Sandoval, 1996	
Batería de Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI)	Matute, Rosselli Ardila y Ostrosky-Solís, 2007	Desde 5 hasta 16 años
Batería de evaluación neuropsicológica computerizada infantil BENCI	Cruz-Quintana, et al., 2013	Desde 6 años, adolescentes y adultos

Tabla 3. Resumen de las baterías de evaluación infantiles (Cruz-Quintana et al., 2013)

En la presente tesis hemos optado por la utilización de pruebas independientes que no formaban parte de ninguna batería general, ya que se trataba de test que aparecían frecuentemente en diversas investigaciones y tenían una aplicación rápida y mostraron adecuadas evidencias de fiabilidad y validez. (Ver tabla Estudio 1).

5. DA y función ejecutiva:

Algunos autores señalan que los niños con DA muestran alteraciones en siete dominios: lenguaje oral, comprensión oral, lectura básica, lectura comprensiva, cálculo matemático, razonamiento matemático, lenguaje escrito (Fletcher, Francis & Morris, 2011). Existen estudios que relacionan alteraciones neuropsicológicas (memoria, atención e inhibición, organización viso-perceptiva, velocidad de procesamiento) con problemas de aprendizaje (Katzir et al., 2008). Por tanto, parece que las funciones más alteradas en las dificultades de aprendizaje han sido las que afectan a los dominios implicados en función ejecutiva (Thorell & Nyberg, 2008), existiendo estudios que relacionan este tipo de disfunciones con bajo rendimiento académico (Sastre Riba, S. 2006) así como con otros tipos de problemas en niños (Mason & Mason, 2005).

Las FE han demostrado ser un importante predictor, desde temprana edad, del adecuado funcionamiento escolar (Prager, Sera & Carlson, 2016; Sastre-Riba, 2006), y su desarrollo depende de factores tanto genéticos como sociales (Miyake & Friedman, 2012). En niños con TDAH y TEA asociados a DA, se ha observado una menor activación en el córtex prefrontal lateral (asociado a funciones como la inhibición, la

flexibilidad cognitiva y la memoria de trabajo) en comparación con niños sin este tipo de problemas.

Las FE serían, por tanto, las capacidades cognitivas y emocionales implicadas en la resolución de situaciones novedosas necesarias para formular metas, planificar los procesos y las estrategias para lograr los objetivos y la ejecución de planes (Diamond, 2013; Verdejo-García & Bechara, 2010). La mayor parte de las intervenciones neuropsicológicas asociadas a las FE en DA se han centrado en niños con diagnóstico de TDAH. Recientes meta-análisis han puesto de manifiesto la utilidad de la estimulación de las FE, así como de ejercicio físico en la regulación emocional y comportamental de estos niños (Vysniauske, Verburgh, Oosterlaan, & Molendijk, 2016).

Desde una perspectiva teórica, Pistoia, Abad-Más & Etchepareborda (2004) elaboraron un modelo específico de intervención en TDAH (Programa EFE) dónde se trabaja a través de tareas de ordenador componentes de la FE como la discriminación visual, la atención, la inhibición, tareas go no-go, discriminación auditiva y flexibilidad cognitiva, en su artículo describen algunas tareas como: ejercitación sobre discriminación visual/inhibición; ejercicios go-no go, reacción/inhibición; ejercicios de discriminación auditiva de ritmos y tonos, con apoyo visual y sin apoyo, y ejercicios de flexibilidad cognitiva. Así mismo, también se ha observado cómo el trabajo directo con las habilidades de los padres mejoraba las variables conductuales y sociales de niños con TDAH (Zwi, Jones, Thorgaard & Dennis, 2011). Los programas de entrenamiento incluirían: intervención grupal, intervención individual o en pareja, combinación entre ambas e intervención con profesores entrenados que guiaban la intervención de los padres. Finalmente, el entrenamiento en conciencia plena o “mindfulness”, también

parece influir positivamente en la FE y la sintomatología TDAH, mejorando la toma de decisiones, la autorregulación y la atención (Modesto-Lowe, Farahmand, Chaplin&Sarro, 2015).

En el caso de los DA verbales las intervenciones se centran en la rehabilitación logopédica (Rodríguez, Santana, Hernández, & Bermúdez, 2016). Por último, la intervención en FE en DA no verbal es escasa (Hagberg, Billstedt, Nydén, & Gillberg, 2015).

Aunque en España no existen estudios generales sobre la prevalencia de las DA, sí se han realizado en diferentes comunidades autónomas. Los porcentajes varían en gran medida dependiendo de variables como las pruebas utilizadas para el diagnóstico, los informantes, las edades, la muestra y la zona nacional donde se realiza el estudio. A pesar de ello, los resultados muestran, un porcentaje de 6,66% en Castilla y León en 2009 (Rodríguez-Molinero, López-Villalobos, Garrido-Redondo, Sacristán-Martín, Martín-Rivera & Ruíz-Sanz. 2009), y de un 4,9% en Canarias en 2012 (Jiménez, Guzmán & Rodríguez, 2012). Con respecto a la prevalencia específica de trastornos de aprendizaje, los trastornos por déficit de atención e hiperactividad son los más comunes (4-10%) seguidos de la dislexia (4-6%) y la discalculia (4-6%), sin encontrar datos para las dificultades de aprendizaje no-verbales (Málaga-Dieguez & Arias-Alvarez, 2010).

Existen programas específicos desde los ámbitos educativos para dar respuesta a las necesidades educativas de los niños con problemas de aprendizaje, sin embargo, la mayoría de ellos aluden directamente al TDAH (Montañés-Rada, et al., 2010) y problemas de conductas, (Consejería de Educación de la Junta de Andalucía, 2012), además, se centran en guías con medidas específicas de aula y modos de orientar

determinadas adaptaciones metodológicas y de evaluación, así como asesoramiento a EoEs (Junta de Andalucía 2012). La Fundación ADANA, elaboró una guía práctica para profesores en 2006, donde señaló la importancia del diagnóstico neuropsicológico y el tratamiento multidisciplinar, aportando una gran cantidad de pautas de intervención concretas clasificadas en metodología, actividades y estrategias. Sin embargo, no plantea ningún programa de tratamiento neuropsicológico específico.

En la Comunidad Valenciana, se propone un entrenamiento por módulos (discriminación visual, atención-inhibición, tareas go no-go, discriminación auditiva y flexibilidad cognitiva) en TDAH con bajo rendimiento escolar a través de tareas de ordenador, sin embargo no especifican resultados ni muestra (Pistoia, et al., 2004).

6. Tratamiento de las DA desde la neuropsicología:

El abordaje de los PA desde una perspectiva neuropsicológica tiene una serie importante de ventajas: por un lado permite una evaluación integral donde se tienen en cuenta los dominios y las funciones (Jones & Eberle, 2000), ya que no sólo se centra en la disfunción sino en la habilidad; por otro, ayuda a la detección temprana y precoz de los DA, teniendo en cuenta que estos se suelen hacer visibles cuando aumenta la exigencia escolar. Todo ello permite elaborar un perfil más específico del niño y diseñar una intervención más adecuada (Semrud-Clikeman, 2005).

Sin embargo, a pesar de que diversos estudios muestran la relación entre la función ejecutiva y los problemas de aprendizaje (Escobar et al., 2008), no existen trabajos que hayan investigado la efectividad de las intervenciones sobre la función

ejecutiva en estos niños, a través de programas exhaustivos o que actúen de manera específica (Diamond, 2012).

Diversas variables asociadas a la regulación emocional (como la creatividad, la flexibilidad o la identificación y regulación de las emociones), directamente relacionadas con diversos aspectos de la función ejecutiva son importantes predictores del rendimiento escolar de los niños (Diamond, 2011), así como la importancia de la implicación parental y los distintos ambientes familiares en las estrategias de niños con y sin TDAH (Schroeder & Kelley, 2008). El entrenamiento en este tipo de tareas y en función ejecutiva en general, puede realizarse a través de tareas computerizadas o no, ejercicio físico, y la adaptación del currículo escolar (Diamond, 2011), siempre que las tareas sean lo suficientemente complejas, y los módulos sean integrales y su ejecución constante. Otros autores señalan que con el mero entrenamiento en memoria de trabajo mejorará el resto de funciones ejecutivas (Morrison & Chien, 2011) y aunque parezca que su amplitud es limitada, su entrenamiento repercute en mejoras de los procesos cognitivos superiores (Jaeggi, Buschkuhl, Jonides & Perrig, 2008).

Siguiendo esta línea, es necesario comprobar la eficacia de los programas de intervención neuropsicológica en los diferentes componentes de las funciones ejecutivas en niños diagnosticados con DA ya que estas se muestran como factores fundamentales en la ejecución del niño (Delgado-Mejía & Etchepareborda, 2013). Estos resultados tienen importantes implicaciones clínicas para poder planificar futuros programas de intervención eficaces y basados en la evidencia.

La evaluación neuropsicológica también ha sido utilizada para detectar a niños con problemas en ámbitos relacionados con la lecto-escritura, (Moura, Simões&Pereira.

2015) ya que estudios de metanálisis muestran, que los niños con este tipo de dificultades obtienen peores resultados en memoria de trabajo, funciones ejecutivas, y memoria visoespacial (Kuddo, Lussier & Swanson, 2015). Sin embargo, y aunque existen programas de intervención específicos para niños con problemas de lecto-escritura, la mayoría de ellos son de tipo logopédico (Acosta, Ramírez & Valle, 2016).

En el trastorno de aprendizaje no verbal también se observan dificultades en áreas relacionadas con la función ejecutiva, como atención, inhibición, comprensión pragmática del lenguaje (Hagberg, Billstedt, Nydén & Gillberg, 2015) así como memoria viso-perceptiva (Garcia, Mammarella, Pancera, Galera & Cornoldi, 2015). Muchos autores relacionan el TANV con trastornos del espectro autista de alto funcionamiento como el Síndrome de Asperger (Miller & Ozonoff, 2000; Camarata, 2014).

Según el estudio de metanálisis de Rapport, Orban, Kofler y Friedman (2013) parece que la memoria de trabajo es el dominio central en niños con TDAH, que otros aspectos como la inhibición, atención, flexibilidad y almacenamiento y recuperación son más limitados. En esta revisión se plantean que existen dos planteamientos a la hora de afrontar un tratamiento no farmacológico en función ejecutiva; uno se basa en estrategias de compensación (CBT; terapia cognitivo conductual) basados en resolución de problemas y estrategias específicas de role-playing, autoinstrucciones, toma de decisiones, y con poco apoyo empírico en su efectividad para el tratamiento del TDH. Por otra parte plantean los tratamientos de reestructuración curricular ecológica, con tareas que van más allá del tratamiento en memoria de trabajo. Por último, describen el Entrenamiento Facilitado (FIT *Facilitative intervention training*) donde

utilizan tareas de ordenador para mejorar déficits ejecutivos utilizando el entrenamiento, la repetición y la generalización constante, y mostrándose más efectivos que el entrenamiento en resolución de problemas. A pesar de que existe literatura sobre la eficacia de los programas en FE con niños con diagnósticos específicos que implican problemas de aprendizaje, son pocos los que incluyen las DA en un grupo general, además es el TDAH el trastorno central, sin que aparezcan entrenamientos específicos en FE en Trastornos del Lenguaje o del Trastornos del aprendizaje no verbal. Por otro lado, la mayoría de las tareas utilizadas en los entrenamientos son de ordenador, siendo, sin embargo, las tareas ecológicas las que mayor generalización garantizan. Por último, mientras existen estudios que plantean la importancia de la participación de los padres en el tratamiento, pocos son los programas de intervención que aúnan todas estas características: entrenamiento específico en FE en niños con DA, tareas ecológicas e implicación paterna en el tratamiento.

El estudio de la efectividad de una intervención en FE en las diversas funciones neuropsicológicas de niños diagnosticados con DA tiene una gran importancia, tanto a nivel de investigación como clínico, puesto que permitirá conocer qué herramientas pueden ser útiles tanto en contextos de carácter terapéutico como educativo (Delgado-Mejía & Etchepareborda, 2013).

7. La importancia de la implicación parental:

A menudo, los padres de los niños con problemas de aprendizaje se han utilizado como elemento principal a la hora de decidir el diagnóstico del niño, como ocurre con las Escalas Conner, que pese a mostrar numerosas discrepancias entre sujetos sobre todo

cuando los niños son pequeños (9-12 años), se han mostrado fundamentales en las evaluaciones de las DA (Montiel-Nava, Peña 2001).

Las líneas actuales de intervención en problemas de aprendizaje, plantean la necesidad de actividades ecológicas y motivantes donde el papel activo de los padres se muestra fundamental (Diamont, 2013)

Existen autores, que plantean, que el éxito escolar de los niños/as no depende solo de sus capacidades y habilidades sino del papel que los recursos familiares y escolares les ofrecen (Ruiz, 2001), siendo por tanto fundamentales a la hora de realizar cualquier intervención en este ámbito (Ramón & Sánchez 2009; Zeidner Matthews, Robers & MacCann, 2003).

En un estudio de revisión Robledo y García (2009), proponen una tabla donde se recogen las conclusiones de los diversos estudios relacionados con la implicación parental de niños con DA, planteando la repercusión de variables estructurales y dinámicas (ver tabla 4).

<i>Variables Familiares tipo I</i>	<i>Variables familiares tipo II</i>
<i>Estructurales –entrada- background</i> -Nivel socio-económico -Recursos culturales -Formación académica parental -Estructura parental -Estado de salud parental	<i>Dinámicas –de proceso- curriculum familiar</i> -Clima: adaptabilidad, organización, control, comunicación, cohesión, estrés. -Habilidades parentales: intercambios-relaciones -Tiempo de permanencia en el hogar -Estimulación y expectativas educativas
<i>Investigación sociológica</i> -Nivel educativo y formación de los padres -Status sociocultural y nivel de ingresos	<i>Escuela de Chicago</i> -Procesos educativos socio-psicológicos que afectan al aprendizaje

<i>Constelación familiar</i> - <i>Número de hijos</i> - <i>Orden de nacimiento</i> - <i>Distancia en año de los hijos</i>	<i>Escuela Británica</i> - <i>Experiencia parental</i> - <i>Aspiraciones parentales</i> - <i>Condiciones materiales del hogar</i> - <i>Status de la familia</i>
<i>Variables estructurales</i> - <i>Nivel de estudios y profesión padres</i> - <i>Status de la familia</i> - <i>Nivel de ingresos familiar</i> - <i>Características de la vivienda</i> - <i>Constelaciones familiares</i>	<i>Variables de proceso</i> - <i>Expectativas y atribuciones parentales</i> - <i>Ambiente afectivo del hogar</i> - <i>Estilo disciplinario</i> - <i>Estructura de aprendizaje en el hogar</i> - <i>Implicación parental en la educación</i>

Tabla 4. Variables Familiares Tipo I y II. (Bacete & Rosel, 1999; Pizarro & Clark 1998; Ruíz de Miguel, 2001).

Roselló, García, Tárraga y Mulas (2003), realizaron un estudio para determinar el impacto del diagnóstico del hijo con TDAH en el ámbito familiar, 38 familias rellenaron un cuestionario de impacto familiar y se realizaron análisis de tantos por ciento donde concluyeron que el 88,8% de los padres sienten un nivel muy elevado de estrés, el 75% cree que no es capaz de manejar el comportamiento de su hijo, el 50% considera que podría ser mejor padre, el 44% opina que su hijo le produce más sentimientos de frustración y de ira; por último, el 22% se sienten menos efectivos y competentes como padres. El estudio tenía un segundo objetivo, determinar el efecto de un programa para padres, para ello 28 parejas recibieron asesoramiento en grupo pequeño donde recibieron sesiones de intervención. Los resultados mostraron mejoras estadísticamente significativas en las atribuciones y expectativas de los padres con respecto a los hijos sin que se mostraran mejoras en la emisión de órdenes tras recibir las técnicas de modificación de conducta.

Una investigación cualitativa basada en entrevistas, que pretendió determinar las percepciones y representaciones de familias y terapeutas de niños con dislexia (Antognazz & Gonzalez, 2011) con las familias de 5 niños de entre 9 y 13 años encontró en los padres dificultades para entender el diagnóstico, poco convencimiento con respecto a la necesidad de tratamiento, falta de meta-cognición y fluidez a la hora de explicar qué le ocurría a sus hijos.

Con respecto al TANV no se han encontrado programas de intervención en padres, pero sí en casos de Síndrome de Asperger. En 2007, Corsi et al., plantearon el estudio a un programa de implementación y evaluación de un programa de manejo conductual para padres.

Estudios anteriores se han centrado en el impacto que los distintos diagnósticos de DA producen en los niños, sin embargo, son menos conocidos los obstáculos de los padres de niños con estas dificultades. Esta situación desata emociones intensas que a menudo interfieren y modulan la relación con los hijos.

Las DA forman parte de un grupo heterogéneo y cada categoría se asocia con un tipo de dificultad emocional y comportamental (Hendriksen et al., 2007; Nydén et al., 2001). Sin embargo, no existen estudios previos que se centren en las dificultades de los padres de niños con estas dificultades diferenciados por grupos (Atencional, Verbal y No Verbal), teniendo en cuenta que son tres los diagnósticos principales que están incluidos en estas categorías; Trastorno por Déficit de Atención (TDAH), Dislexia y Síndrome de Asperger (Hendriksen et al., 2007).

Los estudios con padres en este campo relacionados con los tres grupos diagnósticos, son los siguientes:

El primero de ellos es el TDAH, el más común en población infantil cuyas características serían inatención, impulsividad e hiperactividad (ver Steinhausen 2009). Este conjunto de síntomas suele estar relacionado con bajo rendimiento en la escuela, dificultades emocionales en las relaciones familiares (Lench, Levine, & Whalen, 2013) y sentimientos de frustración en los padres (Caci et al., 2013). Estudios cualitativos, indican, que el proceso de parentalidad es altamente demandante (Moen, Hall-Lord, & Hedelin, 2011) y que la medicación es el tema central de preocupación que muestran los padres en relación a su utilidad y a los posibles efectos secundarios (DosReis, Mychailyszyn, Evans-Lacko, Beltran, Riley & Myers., 2009). Además, se han relacionado una amplia gama de problemas de conducta en el día a día de estos niños (Caci et al., 2013).

El segundo caso, el de padres con niños con dislexia o dificultades verbales (trastorno específico del lenguaje TEL) han recibido menos atención. Se han observado bajos niveles de ansiedad en madres de hijos con dislexia (Karande, Kumbhare, Kulkarni, & Shah 2009) lo que sugiere que estas medidas no son clínicamente significativas (Bonifacci, Montuschi, Lami, & Snowling, 2014).

Por último, el grupo con menor número de niños diagnosticados sería el de Síndrome de Asperger (SA) incluido dentro de los trastornos del espectro autista (TEA) y que tiene importantes características comunes con el trastornos de aprendizaje no verbal (TANV) (Klin, Volkmar, Sparrow, Cicchetti, & Rourke, 1995; Ratera & Artigas, 2004). TANV se caracteriza con una serie de dificultades en distintas áreas: psicomotriz, organización viso-perceptiva, razonamiento perceptivo, resolución de problemas,

flexibilidad, comprensión pragmática del lenguaje y relaciones sociales (García-Nonell, Rigau-Ratena & Artigas-Pallarés, 2006). Estudios actuales, ponen de manifiesto la relación entre este trastorno y el SA, formando ambos parte de un mismo continuo: el TANV podría explicarse a partir del modelo cognitivo del SA (Magallón & Narbona, 2009). La modificación actual de DSM IV, ajusta los criterios del SA, incluyendo en éste a niños con TANV que muestran dificultades en la interacción social y otros síntomas que afectan al desempeño escolar: dificultades en la flexibilidad a la hora de comprender instrucciones, uso del lenguaje, así como su dificultad de adaptación ante nuevos materiales y situaciones escolares. Éste perfil de DA debe tenerse en cuenta, ya que no se encuentra reflejado en las categorías diagnósticas del DSM 5. Además, existen estudios cualitativos que muestran que las preocupaciones de padres con niños diagnosticados de SA son similares a los de TANV (Little & Clark, 2006). Los padres de niños con SA muestran mayores preocupaciones por cuestiones relacionadas con el futuro como adultos y su desarrollo social y emocional (Heiman & Berger, 2008). Preocupaciones que se mantienen incluso cuando los niños son adultos (Griffith, Totsika, Nash, Jones, & Hastings, 2012).

Finalmente, el contexto educativo español debería tener en cuenta estas cuestiones. Un reciente estudio epidemiológico publicó que el 24% de las demandas en las consultas de neuropsiquiatría están relacionadas con problemas de aprendizaje y problemas de conducta (Blanco-Lago, García-Ron, Granizo-Martínez & Ruibal, 2014). Durante la última década, las DA eran considerados dentro de una larga escala de clasificación que los identificaba como "niños con necesidades educativas especiales" (NEE) (González et al., 2010; Jiménez, Guzmán, Rodríguez & Artiles,

2009). Al contrario de lo que ocurre en Estados Unidos, en España no se incluyen las DA como una categoría diagnóstica concreta. Así, la categoría “necesidades educativas especiales” está compuesta por un largo continuo heterogéneo de niños que presentan DA donde se incluyen casos con necesidades graves y duraderas mezclados con otros con pequeñas alteraciones que necesitan apoyos puntuales. En España, el TDAH es el grupo de DA más conocido y de mayor interés en el ámbito sanitario y educativo (Goikoetxea, 2012). Con la vigencia de la nueva ley educativa, las DA se consideran una categoría independiente y central aunque sigue sin ser demasiado específica. De hecho, las políticas económicas restrictivas han tenido una importante repercusión en la prevención e intervención de las DA ((Robledo-Ramón & García-Sánchez. 2013). Numerosos programas de intervención en DA no han resultado efectivos manteniendo un alto número de fracaso escolar (Martín, 2007), lo que requeriría un amplio cambio en el sistema educativo (Escudero & Martínez. 2012).

Capitulo 3: Objetivos e Hipótesis

3 _ OBJETIVOS E HIPÓTESIS

La presente tesis pretende hacer un recorrido por las dificultades de DA y las aportaciones que la neuropsicología puede ofrecer desde su evaluación y su tratamiento, para poder diseñar herramientas clínicas útiles para el niño y sus familiares. Para ello, se han determinado tres **objetivos** fundamentales:

a) Estudiar la existencia de alteraciones en la función ejecutiva en niños diagnosticados con DA, en comparación con un grupo control (Estudio 1).

b) Comprobar la eficacia de un programa de estimulación neuropsicológica de las funciones ejecutivas (centrado en el trabajo de las áreas de planificación, inhibición, flexibilidad, memoria de trabajo y atención) en niños con diferentes problemas de aprendizaje en comparación con un grupo control (Estudio 1).

c) Analizar el discurso de padres de niños con problemas de aprendizaje, y observar si existen diferencias significativas dependiendo del grupo diagnóstico de los mismos (Estudio 2).

Por ello, nuestras **hipótesis** con respecto a los objetivos 1 y 2 son:

a) Los niños diagnosticados con DA, mostraran peores resultados en las funciones neuropsicológicas que evalúan función ejecutiva en comparación con el grupo control.

- b) El programa de estimulación neuropsicológica de las funciones ejecutivas se mostrará como una herramienta útil, generando resultados significativos pre y post tratamiento en los niños con DA.

Para el tercer objetivo las preguntas de investigación fueron:

- a) ¿Cuáles son las experiencias durante el proceso de parentalidad de los padres y madres de niños con DA?
- b) ¿En qué se diferencia su experiencia y su discurso en función del diagnóstico de su hijo (atencional, verbal y no verbal)?

Capítulo 4: Estudio 1

Efectos de un programa de estimulación de la función ejecutiva en niños con dificultades de aprendizaje.

Efectos de un programa de estimulación de la función ejecutiva en niños con dificultades de aprendizaje. *Estudios de Psicología. (En revisión).*

4 _ ESTUDIO 1

Efectos de un programa de estimulación de la función ejecutiva en niños con DA

El término dificultades de aprendizaje (DA) se utiliza con niños que, pese a tener un adecuado nivel de inteligencia, presentan importantes problemas en el rendimiento escolar (Scanlon, 2013). Hendriksen et al. (2007) utilizando pruebas neuropsicológicas identificaron tres categorías o perfiles de DA: atención con o sin problemas motores (incluyendo casos de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad – TDAH), DA verbales (dislexia) y DA no verbales (Hagberg, Billstedt, Nydén, & Gillberg, 2015).

Las Funciones Ejecutivas (FE) se definen como las capacidades cognitivas y emocionales implicadas en la resolución de situaciones novedosas necesarias para formular metas, planificar los procesos y las estrategias para lograr los objetivos y la ejecución de planes (Diamond, 2013; Verdejo-García & Bechara, 2010). Incluyen diferentes componentes como la flexibilidad, la memoria de trabajo, la inhibición o la atención sostenida (Diamond, 2013). La mayor parte de las intervenciones en FE en casos de DA se han centrado en casos de TDAH utilizando tareas cognitivas (ej. Programa EFE de Pistoia, Abad-Más, & Etchepareborda, 2004). En el caso de las DA verbales las intervenciones se centran en la rehabilitación logopédica (Rodríguez, Santana, Hernández, & Bermúdez, 2016), mientras que en las DA no verbal las intervenciones son escasas (Hagberg et al., 2015).

Las investigaciones revisadas tienen una serie de limitaciones: no se abordan conjuntamente niños diagnosticados con diferentes DA; se utilizan tareas principalmente cognitivas, a pesar de que las tareas ecológicas tienen una mayor generalización (Diamond, 2011; 2012); no se realiza un trabajo específico con los padres, aunque la inclusión de los mismos en la intervención es altamente beneficiosa (Zwi, Jones, Thorgaard, York, & Dennis, 2011); y existe una gran heterogeneidad en las pruebas seleccionadas para evaluar las FE. Pocos programas de intervención reúnen todas estas características: entrenamiento específico en FE en niños diagnosticados con DA, uso de tareas ecológicas (creativas y con una dificultad moderada), implicación parental en el tratamiento e instrumentos de evaluación específicos por dominios. Por ello, los objetivos de la presente investigación fueron: estudiar la existencia de alteraciones en las FE en niños diagnosticados con DA, en comparación con un grupo control, y comprobar la eficacia de un programa de estimulación de las FE en ambos grupos. Se diseñó un programa caracterizado por tareas ecológicas y breves dónde se trabajaron de manera conjunta los distintos componentes de las FE (flexibilidad, memoria de trabajo, atención e inhibición), acompañadas de sesiones paralelas de intervención con los padres. La hipótesis fue que el programa de estimulación tendría un efecto positivo en el rendimiento en tareas de FE en los niños diagnosticados con DA, en comparación con un grupo control.

Método

Participantes

Participaron 44 niños, divididos en dos grupos. El grupo intervención estuvo formado por 22 niños (15 niños y 7 niñas) diagnosticados con DA: TDAH como DA

atencional, (N=15); dislexia como DA verbal (N=3) y trastorno del espectro autista como DA no verbal (N=4), con una media de edad de 9,64 años ($DT=2,01$, $Min= 7$, $Max= 10$). Seis de ellos (27.30%) se encontraban tomando medicación (metilfenidato).

El grupo control estuvo formado por 22 niños (15 niños y 7 niñas) sin DA con una media de edad de 10 años ($DT=.62$, $Min= 8$, $Max= 10$). Los grupos fueron iguales tanto en edad ($t(42)=.81$, $p=.422$) como en género ($\chi^2(2)=1$, $p=.99$).

Los criterios de inclusión para el grupo intervención fueron: tener un diagnóstico de DA y no tener ningún otro tipo de alteración neurológica o retraso mental. Los criterios de inclusión para el grupo control fueron: no tener ningún diagnóstico de DA y unas calificaciones escolares positivas.

La selección de la muestra se realizó de manera aleatoria. Los participantes del grupo de intervención, se seleccionaron al azar entre aquellos que cumplían los criterios de inclusión y se encontraban en seguimiento en la Unidad de Atención y Seguimiento de Psicología y Neurología (UASP) del Hospital Universitario San Cecilio de Granada (España) por DA. En el caso del grupo control, los participantes fueron seleccionados aleatoriamente de una muestra de un colegio público (4º y 5º curso de primaria) de Granada (España) tomando en cuenta las características sociodemográficas del grupo intervención.

Instrumentos

Para evaluar los componentes de las FE se utilizaron pruebas que implicaran poco tiempo de evaluación y corrección, y que hubieran sido utilizadas previamente en población infantil (Fasfous, Peralta-Ramírez, Pérez-Marfil, Cruz-Quintana, Catena-Martínez, & Pérez-García, 2013).

Percepción y Memoria Visual: Figura de Rey

Se trata de una prueba que evalúa memoria visual (Rey, 1957). Se le pide a la persona que copie y recuerde una figura de estructura compleja. Se aplica de forma individual y tiene una duración en torno a 10 minutos. La edad de aplicación está comprendida en niños de 4 a 15 años, además de adultos con deficiencias. Su puntuación, tanto en la condición de copia como en la de recuerdo se basa: 1) en la sistemática y resultado final de la copia (estructura perceptiva global, o tipo de copia) y 2) en el número de detalles correctamente copiados (precisión o calidad de la copia). Esta prueba es muy utilizada con niños y aprecia el nivel de desarrollo intelectual y perceptivo-motor, atención, memoria visual inmediata, esfuerzo de memorización, rapidez de funcionamiento mental y también se utiliza en clínica infantil y adulta: estructura espacial, agnosias, apraxias, organicidad (Tirado-Duran 2006). Las puntuaciones en la tabla de resultados están indicadas en percentiles a nivel de calidad tanto en la copia como en el recuerdo.

Flexibilidad: Trail Making Test (TMT):

Test de lápiz y papel que consta de dos partes, aplicadas de manera individual y con una duración de 5 minutos (Brown, Casey, Fisch, & Neuringer, 1958). En la parte A, el participante recibe una hoja con los números del 1 al 25 situados aleatoriamente. La tarea consiste en trazar una línea uniéndolos en orden consecutivo, sin levantar el lápiz del papel. En la forma B aparecen los números del 1 al 13 además de las 12 primeras letras del abecedario. La tarea consiste en unir alternativamente letras y números. Dado que en castellano no existen baremos de población infantil se analizó el tiempo de reacción en segundos en la ejecución de la parte A como la B (Fasfous et al., 2013).

Inhibición: Stroop:

El paradigma Stroop (Stroop, 1935) consiste en nombrar el color de la tinta en que está escrita una palabra que a su vez denota algún color (el cual puede ser el mismo de la tinta o un color diferente). Tiene una aplicación individual y una duración de 5 minutos. Las puntuaciones en la tabla de resultados están indicadas en percentiles y consiste en determinar el número de palabras (adaptadas por edades) que el niño ha sido capaz de leer en 45 segundos.

Memoria de Trabajo: Token Test:

Está conformado por 62 instrucciones con un aumento gradual de dificultad en cada ítem (De Renzi & Vignolo, 1962). Se utilizan 20 piezas que varían entre dos formas geométricas (cuadrado y círculo), dos tamaños (grande, pequeño) y cinco colores. El participante debe obedecer 62 instrucciones divididas en cinco partes. Las

puntuaciones en la tabla de resultados están indicadas en puntuaciones típicas y de los diferentes subtest. El subtest 4 del Token Test se ha utilizado como medida de memoria de trabajo (Letelier Ruiz, Muñoz Contreras, & Vásquez Silva, 2013).

Atención Sostenida: Continuous Performance Test (CPT):

Consiste en pulsar la “A” amarilla cada vez que apareciera en la pantalla del ordenador, y no hacer nada cuando salieran el resto de letras o la “A” de otro color (Halperin, Sharma, Greenblatt, & Schwartz, 1991). La duración de la prueba es de 15 minutos. Las puntuaciones en la tabla de resultados se muestran en percentiles en las pruebas de atención, impulsividad e índice global.

Animales del WISC-IV

Escala compuesta por quince subtests, 10 principales y 5 optativos destinados a medir la capacidad intelectual global (CI total) del niño, además de ser una de las pruebas más utilizadas en España para medir inteligencia (Muñiz y Fernández Hermida, 2010) También evalúa otras áreas tales como: comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento. Existen también, 5 pruebas incluidas en las nuevas ediciones (Animales, adivinanzas, matrices, conceptos, letras y números). La prueba de animales permite tener una medida de velocidad de procesamiento. En la primera parte los animales aparecen desordenados, el niño tiene 45 segundos para tachar todos los animales que pueda, en la segunda parte, en la que los animales están ordenados, también se le dan 45 segundos al niño para que señale todos los animales que pueda. Posteriormente se suman los resultados (1 punto por animal señalado) y se traducen las puntuaciones directas en puntuaciones T según las tablas de

baremación del WISC IV. En nuestra tabla de resultados aparecen las puntuaciones típicas.

Programa de Estimulación de Funciones Ejecutivas:

Se realizaron 8 sesiones semanales de una hora y media de duración en la UASP. En cada una de ellas los niños participaron en tres talleres de una duración de 15 minutos: *Teatro, Aprender a Pensar y Matemáticas* (ver Material Suplementario). Los monitores de los talleres fueron psicólogos clínicos con amplia experiencia en el trabajo con DA. Mientras los niños realizaban los talleres, los padres participaron en un grupo de discusión, ofreciéndoles asesoramiento sobre estrategias de intervención específicas (Correa et al., 2014).

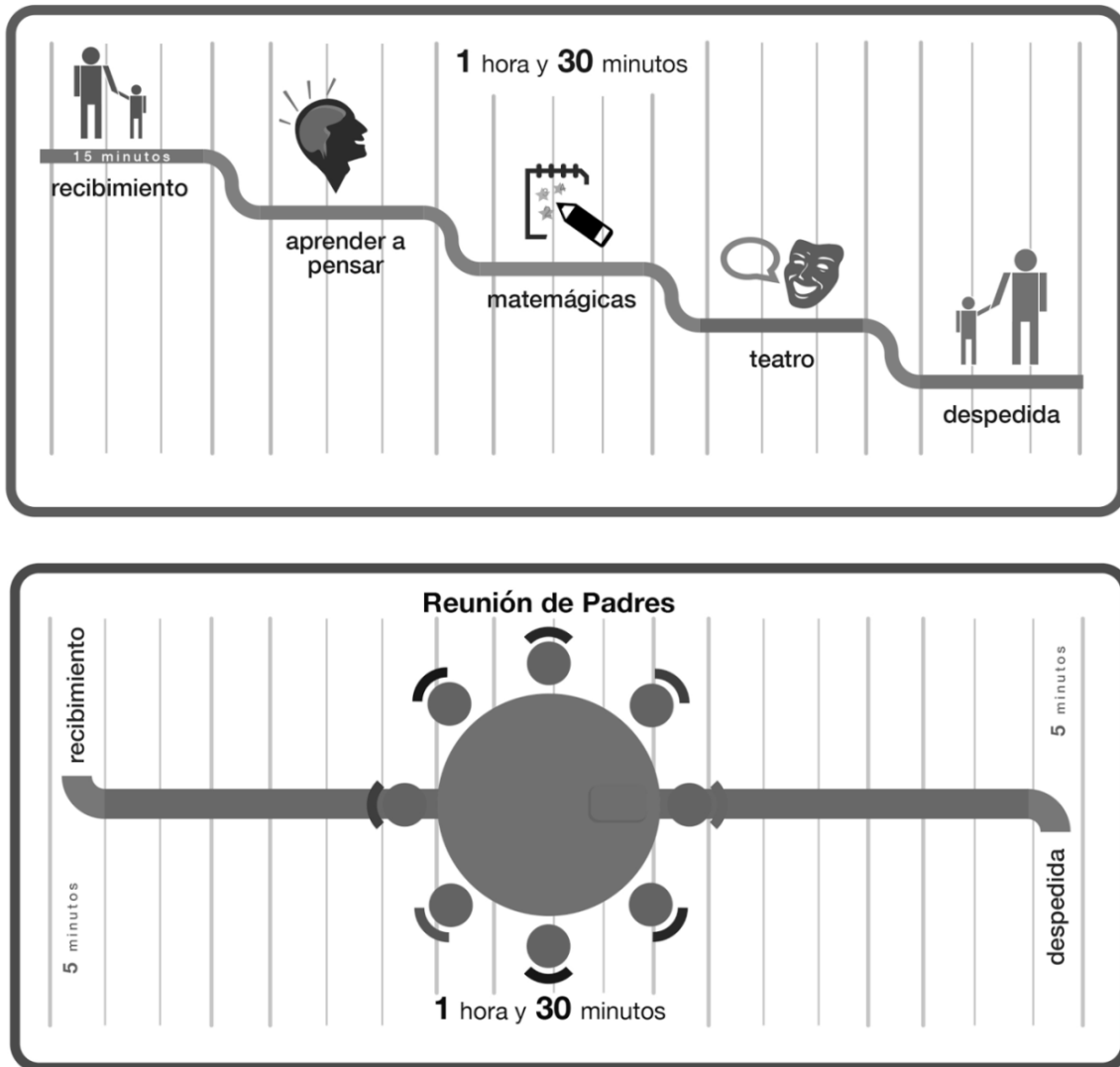
Procedimiento

Una vez reclutados los dos grupos de niños, ambos tomaron parte en dos evaluaciones neuropsicológicas (pre y post intervención), cumplimentando las pruebas en el siguiente orden: CPT, TMT A, TMT B, Stroop y Token test.

En el caso del grupo intervención, la evaluación se realizó en una sola sesión en una sala aislada y tranquila de la UASP. El grupo control realizó la evaluación en una sola sesión, en una sala aislada y tranquila del colegio. En ambos casos la duración de la evaluación fue de una hora. Los niños del grupo intervención recibieron un programa de estimulación de la FE, mientras que los niños del grupo control recibieron una intervención estándar, de similar duración y frecuencia, en la que leyeron cuentos y visionaron diferentes películas. Ambos grupos fueron evaluados a los cuatro meses de la

sesión inicial, en el mismo lugar en que se realizó la primera evaluación y bajo condiciones homogéneas. El estudio fue aprobado por el comité de ética (Referencia: PI-10/02735) y todos los padres de los niños firmaron el consentimiento informado.

Figura 1. Cronograma del programa de intervención.



Análisis de Datos

Para evaluar el primer objetivo se realizaron contrastes t de Student. Para comparar el segundo objetivo se realizaron ANOVAS mixtos 2X2, utilizando las

variables de grupo y el momento temporal como variables independientes. El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS en su versión 22. El nivel de significación fue de $p < .05$ en todos los casos. Los tamaños del efecto se calcularon utilizando el estadístico d de Cohen y la eta cuadrado parcial (ηp^2).

Resultados

Alteraciones en las FE en DA

Los niños del grupo diagnosticado de DA mostraron peor rendimiento en comparación con el grupo control al momento de realizar la evaluación pre-intervención en las áreas de flexibilidad, memoria de trabajo, inhibición y atención sostenida (en todos casos $p < .05$, ver Tabla 5).

Dominio	Función	Test
Percepción Visual	Organización viso-perceptiva	RCFT (copia)
	Integración viso-motora	TMT (A)
Memoria Visual	Episódica y Visual	RCFT (recuerdo)
Funciones ejecutivas	Flexibilidad	TMT (B)
	Memoria de Trabajo	Subtest 4 TOKEN Test
	Inhibición	Stroop
Lenguaje	Comprensión verbal de órdenes complejas	Subtest 1,2,3 y 5 TOKEN TEST
Atención	Atención sostenida	CPT
	Atención visual	Animales (WISC IV)

Tabla 5. Dominio y función de cada uno de las pruebas

Nota. RCFT. Figura Compleja de Rey, TMT. Trial Making Test, CPT. Continuos Performance Task.

Eficacia del programa de intervención

El análisis del efecto principal “momento temporal” mostró mejoras para ambos grupos en la evaluación post en las tareas de memoria de trabajo, inhibición y atención sostenida ($p < .05$ en todos los casos) (ver Tabla 6). Por otro lado, el análisis de la interacción (grupo x momento temporal) mostró mejoras estadísticamente significativas en el grupo de intervención en las tareas de flexibilidad [$F(1,42)=4.12, p=.049, \eta p^2=.09$] y memoria de trabajo [$F(1,42)=9.17, p=.004, \eta p^2=.18$] (ver Tabla 7).

Prueba	Grupo Intervención	Grupo Control	<i>t</i>	<i>d</i>
	Media (DT)	Media (DT)		
Figura Compleja de Rey (Percentiles)				
Copia	27.4 (33.43)	90.5 (11.90)	8.34***	2.57
Memoria	33.3 (32.5)	56.3 (27.6)	2.50*	.78
TMT (Segundos)				
Forma A	39 (18.8)	22.3 (9.6)	3.74**	1.16
Forma B	97.9 (50.7)	40.3 (14.2)	5.12***	1.58
Token (Rptas Correctas)				
1	9.45 (1.6)	10 (0.00)	1.57	.48
2	8.7 (2.45)	10 (0.00)	2.43*	.74
3	7.4 (3.21)	9.9 (0.35)	3.55**	1.07
4	5.54 (2.75)	9.18 (0.73)	5.98***	1.85
5	12.0 (5.95)	17.6 (3.15)	3.86***	1.19
Stroop (Percentiles)				
Palabra	46.10 (16.33)	55.09 (4.44)	2.48**	.78
Color	46.15 (14.38)	50 (7.8)	1.08	.35

Palabra-Color	42.83 (9.90)	54.18 (7.4)	4.14***	1.35
CPT (Percentiles)				
Índice Global	33.18 (33.93)	88 (14.36)	6.69***	2.12
Impulsividad	30.25 (22.9)	80.6 (18.5)	7.88***	2.47
Inatención	33.9 (31.24)	84 (19.37)	6.17***	1.95
Animales (Puntuación Típica)	6.8 (3.25)	11.8 (2.06)	6.02***	1.91

Tabla 6. Valores medios, pruebas t y tamaño del efecto de las evaluaciones pretest.

Nota *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Discusión

Los objetivos de la presente investigación fueron estudiar la existencia de alteraciones en FE en niños diagnosticados con DA, y comprobar la eficacia de un programa de estimulación de las FE, utilizando tareas ecológicas, en niños diagnosticados con DA.

Con respecto al primer objetivo, los niños diagnosticados con DA mostraron peor ejecución en los diferentes componentes de las FE, en línea con lo encontrado en estudios previos (Prager, Sera & Carlson, 2016). Con respecto al segundo objetivo, la aplicación del programa supuso una mejora para los niños con DA en los dominios de flexibilidad, y memoria de trabajo. La mejora en la memoria de trabajo avala la efectividad del presente programa. Dicha dimensión es central en las DA, especialmente en los casos de TDAH (van der Donk, Hiemstra-Beernink, Tjeenk-Kalff, van der Leij, & Lindauer, 2015), donde ha demostrado explicar más que otras dimensiones de las FE

como la atención, la inhibición o la flexibilidad (Rapport, Orban, Kofler, & Friedman, 2013).

Los presentes resultados también aportan información muy útil de cara a modificar y planificar futuras intervenciones. Recientemente, las intervenciones en FE están incluyendo el entrenamiento en *mindfulness* para mejorar la atención sostenida y la impulsividad (Modesto-Lowe, Farahmand, Chaplin, & Sarro, 2015).

La presente investigación adolece de una serie de limitaciones: no contamos con un grupo control de niños con DA, puesto que por razones éticas no se consideró pertinente no ofrecer tratamiento al resto de los niños, dada la efectividad de otras intervenciones previas (Diamond, 2012); no dispusimos de suficientes niños como para realizar comparaciones en función del tipo de DA; y aunque se realizó una intervención con los padres no se les evaluó sobre los diferentes aspectos trabajados.

En conclusión, en el presente estudio se presenta un programa de estimulación de las FE, basado en tareas ecológicas, que tiene efectos beneficiosos en niños diagnosticados con DA.

Tabla 7. Valores medios de las diferentes pruebas en el pre-test y post test junto con los valores de F y de eta cuadrado parcial tanto para los efectos principales, como para las interacciones

Prueba	Grupo Intervención				Grupo Control				F		
	Pre Test Media (DT)	Post Test Media (DT)	Pre Test Media (DT)	Post Test Media (DT)	Pre Test Media (DT)	Post Test Media (DT)	Grupo DT	Momento Temporal	η^2_p	Grupo X Momento Temporal	η^2_p
Figura Compleja de Rey (Percentiles)											
Copia	27.4 (33.43)	61 (37.04)	90.5 (11.90)	93.77 (8.68)	58.77***	15.15***	.583	10.25**	.265	.196	
Memoria	33.3 (32.5)	51 (37.07)	56.3 (27.6)	78.13 (22.32)	10.16**	15.39***	.199	.126	.273	.003	
TMT (Segundos)											
Forma A	39 (18.8)	31.54 (12.15)	22.3 (9.6)	21.69 (21.04)	10.65**	2.47	.202	1.81	.056	.041	
Forma B	97.9 (50.7)	84.81 (44.29)	40.3 (14.2)	52.50 (41.60)	18.59***	.005	.307	4.11*	0	.090	
Token (Totales)											
I	9.45 (1.6)	9.7 (.64)	10 (0.00)	10 (0)	5.17*	.386	.110	.386	.009	.009	

2	8.7 (2.45)	9.31 (1.75)	10 (0.00)	9.95 (.21)	6.10*	.127	1.27	.029	1.73	.040
3	7.4 (3.21)	8.69 (2.05)	9.9 (0.35)	9.95 (.21)	13.02**	.237	6.81*	.139	5.11*	.109
4	5.54 (2.75)	7.27 (2.83)	9.18 (0.73)	9.18 (1.18)	24.23***	.366	9.17**	.179	9.17**	.179
5	12.0 (5.95)	14.87 (4.65)	17.6 (3.15)	19 (1.57)	23.55***	.359	7.63**	.154	.874	.020
Stroop (Percentiles)										
Palabra	46.10 (16.33)	86.50 (22.61)	55.09 (4.44)	90.45 (33.85)	2.55	.061	47.77***	.551	.099	.003
Color	46.15 (14.38)	66.00 (15.75)	50 (7.8)	63.72 (12.54)	.689	.017	30.42***	.438	.345	.009
Palabra-Color	42.83 (9.90)	39.23 (10.55)	54.18 (7.4)	50.68 (12.43)	19.01***	.339	4.23*	.103	.044	.001
CPT (Percentiles)										
Índice Global	33.18 (33.93)	33.15 (29.64)	88 (14.36)	84.09 (14.02)	77.33***	.676	.005	0	.280	.008
Impulsividad	30.25 (22.9)	44.52 (30.99)	80.6 (18.5)	90.25 (10.93)	85.70***	.689	5.61*	.132	.120	.003
Inatención	33.9 (31.24)	29.73 (26.63)	84 (19.37)	78.63 (22.04)	68.38***	.649	.169	.005	.016	0
Animales (Típica)	6.8 (3.25)	6.36 (2.71)	11.8 (2.06)	11.13 (2.47)	40.20***	.501	2.13	.051	.458	.011

Nota ***p<.001, **p<.01, *p<.05

Tabla 8. Descripción de los tres talleres que conformaban el programa de intervención.

Taller	Finalidad	Descripción de los ejercicios	Funciones
Teatro	Inventar una historia que se crea al mismo tiempo que se va desarrollando, de manera que no existe guión que leer o recordar.	<p>a) ¿Qué haces?: Los jugadores hacen un círculo, y en el centro uno de ellos hace una acción con mímica, por ej. “cocinar”. Otro jugador le pregunta: “¿Qué haces?”. El primero no debe responder qué está haciendo, sino, lo que quiere que el que acaba de preguntar haga, ej: “peinándome bajo la lluvia”; así el que preguntó hace la acción mímica de peinarse bajo la lluvia. El ejercicio se repite hasta que todos han jugado.</p> <p>b) Los siameses: Dos jugadores se agarran de la cintura simulando ser gemelos siameses con una característica especial: hablan los dos por turnos, es decir, las frases las forman diciendo una palabra cada uno, sin que puedan ponerse de acuerdo en lo que va a decir el otro a continuación, e intentando conseguir frases con sentido completo.</p> <p>c) ¡Di que sí!: Imaginamos una entrevista de trabajo: el candidato tiene que decir sí a todo lo que el entrevistador le pregunte y luego hacerlo. No importa que lo sepa hacer o no, lo importante es que lo haga; por ejemplo: “¿Puede usted hablar en ruso mientras camina hacia atrás?”. El jugador tiene que hacerlo con tanta convicción como si realmente lo supiese hacer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Flexibilidad - Inhibición - Atención - Sostenedida
		<p>d) Zoom.: En círculo, los jugadores van pasándose la “energía” como si pudiesen lanzarla con las manos. En la primera consigna, se grita “¡Zoom!” con un gesto en particular que el monitor acuerda con los chicos. La energía pasa sólo en un sentido. A continuación se agregan más consignas, por ejemplo “boing”: cuando un jugador hace esta consigna, la energía rebota cambiando de sentido. Pueden haber tantas consignas como se quiera, por ejemplo “puente” (salta uno) “¡Aiyai!” (Salta uno y cambia de sentido), etc.</p>	
		<p>e) Improvisemos: Se dan a los jugadores escenas de la vida cotidiana donde haya un conflicto, y mediante una escenificación improvisada lo resolvemos.</p>	
		<p>f) La máquina de escribir: Se sienta a todos los participantes en una fila de sillas, uno junto a otro. Se reparten todas las letras del abecedario. Luego se les da una frase cualquiera, que tienen que deletrear; cuando llegue el turno de pronunciar la letra que le corresponda a cada uno, éste ha de ponerse de pie, hasta que deletreen toda la palabra. Los espacios entre palabras se consiguen levantándose todos a la vez.</p>	

Aprender a pensar

- Utilizar diferentes habilidades coordinadas (tanto cognitivas como emocionales) para conseguir un objetivo (la victoria en el juego)
- a) Ajedrez: tablero cuadrado de 8x8 casillas, alternadas en colores blanco y negro, con 64 posibles posiciones. El objetivo es «derrocar» al rey del oponente amenazando la casilla que ocupa el rey con alguna de las piezas propias sin que el otro jugador pueda proteger a su rey interponiendo una pieza entre su rey y la pieza
 - b) *Quarto*: El objetivo es intentar acabar en su turno una hilera de cuatro piezas que tengan en común al menos una de las características descritas (4 grandes, 4 pequeñas, 4 azules, 4 rojas, 4 redondas, 4 cuadradas, 4 con agujero o 4 sin agujero). Las hileras podrán ser horizontales, verticales o diagonales. Gana quien consiga poner sobre el tablero la cuarta pieza de una de las hileras.
 - c) *JungleSpeed*: 60 cartas y un tótem. Cada jugador mantiene sus cartas boca abajo. El tótem se coloca en el centro de la mesa. Los jugadores solo pueden utilizar una mano para coger el tótem y para levantar las cartas, la otra mano no pueden utilizarla en el desarrollo de la partida. Los jugadores levantan sus cartas de una en una y por turnos, salvo en el caso que aparezca la carta con las flechas hacia afuera. El objetivo es quedarse sin cartas.

- Flexibilidad
- Atención sostenida

Matemáticas

- Descubrir de manera lúdica y creativa, a través del juego, normal y procedimientos de las matemáticas.
- a) Cuadrados mágicos: distribuciones de números en celdas que se distribuyen formando un cuadrado. De manera que la suma de cualquiera de las filas, de las columnas o de las diagonales, da siempre el mismo resultado o “constante”.
 - b) Esquemas de cálculo: Tras plantear el resultado total, se le pide al niño que rellene los huecos con los números que faltan que multiplicados o divididos con otros dan el resultado inicial.
 - c) Acertijos y Adivinanzas: Juegos de palabras, lógica y humor en torno a los números.

- Flexibilidad
- Inhibición
- Memoria de trabajo
- Atención Sostenida

<p>Grupo de Discusión con los padres</p>	<p>Disponer de un lugar para hablar sobre sus preocupaciones, dotarles de herramientas de intervención y de conocimientos sobre las DA</p>	<p>- Actitud activa en el proceso terapéutico de sus hijos.</p>
<p>a)</p>	<p>Escucha de las principales preocupaciones con respecto a sus hijos, tanto a nivel escolar, como social, emocional o conductual.</p>	<p>-</p>
<p>b)</p>	<p>Uso de técnicas de <i>role-playing</i>: Los padres hacían de niños y los psicólogos de padres para tomar conciencia de los obstáculos y las dificultades que se repetían.</p>	<p>- Fomentar la toma de conciencia de la problemática</p>
<p>c)</p>	<p>Tormenta de ideas: Se planteaban problemas concretos para que el resto del grupo aportara posibles soluciones.</p>	<p>- Aportar soluciones creativas</p>
<p>d)</p>	<p>Psicoeducación: Uso de presentaciones con resúmenes de las distintas funciones neuropsicológicas afectadas en cada una de las DA, así como de las características de los trastornos que los niños padecían.</p>	<p>-</p>
<p>e)</p>	<p>Enseñar y construir con ellos ejercicios por dominios para trabajar las áreas que más afectaban a sus hijos.</p>	<p>-</p>

Capítulo 5: Estudio 2

Padres de niños con problemas de aprendizaje, una aproximación cualitativa.

Fernández-Alcántara, M., Correa-Delgado, C., Muñoz, Á., Salvatierra, M. T., Fuentes-Hélices, T., & Laynez-Rubio, C. (2017). Parenting a child with a learning disability: a qualitative approach. *International Journal of Disability, Development and Education*, 1-18. doi: 10.1080/1034912X.2017.1296938.

5 _ ESTUDIO 2

Padres de niños con problemas de aprendizaje, una aproximación cualitativa

Los problemas de aprendizaje se definen como trastornos académicos caracterizados por un patrón biológico y psicológico determinado que afecta a un 10-15% de los niños (Kavale & Forness, 2000; Scanlon, 2013). Aquellos con DA obtienen un CI dentro de la media en comparación con su grupo de edad (Siegel, 1989), sin embargo, muestran dificultades escolares y alteraciones neuropsicológicas específicas que afectan a áreas emocionales y cognitivas. (Hendriksen et al., 2007; Nydén, Billstedt, Hjelmquist & Gillberg. 2001).

Las DA han sido descritos según diferentes categorías y aproximaciones. Aunque algunos estudios plantean que se trata de un grupo heterogéneo, otros plantean que existen elementos comunes a partir de los cuales poder agruparlos. Hendriksen et al. (2007), utilizando una aproximación neuropsicológica determinaron tres categorías de DA: DA atenciones con o sin hiperactividad, DA lingüísticas (donde se incluían dislexia y trastornos específico del lenguaje) y DA no verbales. Esta clasificación está basada en datos conductuales y neuropsicológicos de los que pueden obtenerse diferentes perfiles dependiendo del tipo de DA (Nydén et al., 2001).

Este estudio pretende explorar y determinar las diferencias y peculiaridades entre los padres de niños con diferente diagnóstico de DA. De esta manera se podrá mejorar la eficacia de las intervenciones clínicas y determinar las principales dificultades emocionales que señalan los padres dependiendo del grupo diagnóstico al que pertenezcan. Además, existen expectativas e implicaciones emocionales que afectan a los padres de niños con DA en diferentes áreas como la ejecución escolar (Kayama & Haight, 2013), la autoeficacia, (Lench et al., 2013), la interacción familiar (Heiman, Zinck, & Heath, 2008) y la calidad de vida percibida por el niño (Ginieri-Coccosis eal., 2013).

Método:

Diseño:

Se realizó un estudio con un diseño cualitativo basado en una aproximación fenomenológica. Se llevaron a cabo tres grupos focales (Kroll, Barbour, & Harris, 2007) cada uno de los cuales representaba una categoría de DA; atención (TDAH), verbal (dislexia y TEL) y no verbal (Síndrome de Asperger) realizando un análisis temático inductivo.

Participantes:

Se realizó un muestreo para determinar; 17 madres y 11 padres de 20 niños diagnosticados con DA (ver datos socio-demográficos en la Tabla 1). El diagnóstico se realizó por una psicóloga clínica y una neuropediatra de la Unidad de Seguimiento y Atención Temprana del Hospital “San Cecilio” (Granada, España). En este estudio, los

padres y madres del mismo niño han sido considerados como sujetos independientes. Los datos de los niños evaluados se muestran en la tabla 9, dónde se incluyen los resultados en las distintas tareas neuropsicológicas de cada niño. Estas medidas incluyen: inteligencia (Kaufman Brief Intelligence Test –KBIT: CI verbal, manipulativo y general, con 149 dimensiones). Atención visual selectiva (Animales del Wisc IV), Atención dividida (tarea Stroop), Atención sostenida (CPT) Atención dividida (tarea Stroop P-C) y memoria visual (Figura Compleja de Rey, condiciones de copia y memoria).

Todos los niños del grupo de TDAH fueron diagnosticados de tipo combinado, los niños del grupo de dislexia/Tel fueron diagnosticados de dislexia, menos uno que no mostraba Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) (nº 16, ver tabla 10).

Los criterios de inclusión para la participación de los padres en este estudio, fueron (1) que tuvieran un hijo diagnosticado con DA asociado a TDAH, dificultades verbales o Síndrome de Asperger, y (2) que el niño mostrara dificultades significativas en su desempeño escolar. Los criterios de exclusión fueron (1) tener un niño con un diagnóstico de DA diferente a los descritos anteriormente, u (2) otro tipo de diagnóstico no asociado a DA.

Variables	TDAH	Dislexia/Lenguaje	Asperger
	N=13	N=9	N=6
	Media (DT) o N (%)	Media (DT) o N (%)	Media (DT) o N (%)
Edad de los participantes	42 (7.56)	41.55 (2.78)	40.83 (4.62)
Edad de los niños	11.2 (2.16)	11.8 (2.71)	10.5 (2.38)
Sexo de los participantes			
Mujeres	8 (61.5%)	5 (55.5%)	4 (66.6%)
Hombres	5 (38.5%)	4 (45.5%)	2 (33.4%)
Estado civil			
Casados	13 (100%)	9 (100%)	6 (100%)
Nivel académico			
Primaria	4 (30.7%)	5 (55.5%)	3 (50%)
Secundaria	5 (38.6%)	3 (33.4%)	3 (50%)
Universitarios	4 (30.7%)	1 (11.1%)	0 (0%)
Origen			
Rural	4 (30.7%)	4 (45.5%)	1 (16.6%)
Semi-Urbano	5 (38.6%)	3 (33.4%)	2 (33.4%)
Urbano	4 (30.7%)	2 (21.1%)	3 (50%)
Empleo			
Desempleados	2 (15.4%)	1 (11.1%)	1 (16.6%)
Amas de casa	4 (30.8%)	3 (33.4%)	2 (33.6%)
Agricultores	2 (15.4%)	2 (22.2%)	1 (16.6%)
Empresarios	3 (23%)	2 (22.2%)	1 (16.6%)
Trabajadores públicos	2 (15.4%)	1 (11.1%)	1 (16.6%)
Duración (minutos)	105	85	90

Tabla 9. Características de la muestra.

Tabla 10. Descripción de los niños

Niño	Sexo	Padres	Grupo	Edad	Posición familiar	Edad diagnóstico (años)	CI Verbal	CI Mani pulativo	CI General	AN	CPT	ST	FCR Copia	FCR Memoria
1	M	AT1	TDAH	12	½	10	111	101	105	8	5	38	90	99
2	M	AT2	TDAH	14	2/2	13	98	101	97	9	5	42	90	50
3	M	AT3,AT4	TDAH	11	½	9	102	103	101	9	5	52	90	45
4	M	AT5	TDAH	12	2/2	10	98	103	99	9	5	48	60	40
5	M	AT6,AT7	TDAH	13	2/2	11	99	90	91	11	25	50	20	20
6	M	AT8	TDAH	8	¼	7	99	80	90	8	25	46	90	20
7	F	AT9,AT10	TDAH	10	½	9	100	100	100	8	5	40	40	50
8	M	AT11	TDAH	13	2/3	10	90	82	82	8	5	45	30	20
9	M	AT12,AT13	TDAH	8	3/3	7	100	83	88	7	5	44	55	30
10	M	VE1	Dislexia	8	5/5	7	88	100	90	15	50	15	30	10
11	F	VE2,VE3	Dislexia	7	2/2	7	124	83	102	6	5	10	30	35
12	M	VE4	Dislexia	10	3/3	8	88	103	91	9	25	35	35	45
13	M	VE5	Dislexia	14	1/1	12	99	113	105	10	40	50	90	75

14	M	VE6,VE7	Dislexia	13	1/1	11	118	106	117	13	50	50	90	20
15	F	VE8	Dislexia	12	½	10	127	116	122	12	25	46	60	10
16	M	VE9	Lenguaje	13	2/3	10	99	113	105	8	5	54	45	75
17	M	NV1,NV2	Asperger	10	½	7	103	83	90	9	35	45	60	40
18	F	NV3,NV4	Asperger	14	3/3	12	103	83	90	7	50	40	75	50
19	M	NV5	Asperger	9	2/2	7	90	81	81	8	45	35	50	50
20	M	NV6	Asperger	9	½	7	95	83	85	9	60	45	50	45

Nota: M: Masculino, F: Femenino; ; CI Verbal: Puntuación en percentiles de la dimensión de Inteligencia Verbal en el test KBIT; CI manipulativo: Puntuación en percentiles de a dimensión de Inteligencia Manipulativa en el Test KBIT; CI General: Puntuación en percentiles de la dimensión general de inteligencia en el test KBIT; AN: Puntuación en percentiles de la tarea Animales del test WISC-IVP; CPT: Puntuación en percentiles del Test CPT de Atención Sostenida; ST: Puntuación en percentiles de la tarea Stroop; FCR Copia:Puntuación en percentiles de la tara de Copia de la Figura de Rey; FCR Memoria: Puntuación en percentiles de la tarea de Memoria de la Figura Compleja de Rey.

Procedimiento:

Los padres fueron reclutados por teléfono, una vez cumplidos los criterios de inclusión, a partir de una base de datos de la Unidad del Hostal Clínico “San Cecilio”. Uno de los investigadores, les explicó que se estaba llevado a cabo un estudio cualitativo para conocer las experiencias y obstáculos de los padres con niños diagnosticados de DA y se les invitó a participar. Cada grupo fue moderado por dos investigadores; uno realizaba las preguntas, y otro asistía como observador. Todos los grupos se reunieron en el Hospital “San Cecilio” en una única reunión individual (la duración se muestra en la Tabla 9). En el comienzo de cada reunión, los padres fueron informados de los objetivos de la investigación. Se investigaron cuatro áreas a partir de una entrevista semiestructurada de carácter abierto: cuestiones de la vida cotidiana (¿Cómo es el día a día con tu hijo, qué cuestiones aparecen como las más complicadas en vuestro día a día?) aspectos emociones de las relaciones sociales (¿qué sentimientos y emociones aparecen en relación a tu hijo?) interacción social (¿qué tipo de relaciones tiene tu hijo con otros miembros de la familia, o cómo se comporta en diferentes ambientes sociales?) y cambios en relación al diagnóstico (¿qué efectos han tenido en diagnóstico y las intervenciones en ti como padre? ¿Cuáles son tus principales preocupaciones en relación a tu hijo?). Todas las reuniones fueron grabadas digitalmente y literalmente transcritas por los investigadores.

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Granada (Referencia: PI-10/02735). Antes de participar, se les entregó a los padres un consentimiento informado por escrito donde se les explicaba la naturaleza voluntaria de

su participación y la posibilidad de abandonarlo en cualquier momento sin necesidad de dar ningún tipo de explicación.

Análisis de Datos:

Los datos se han obtenido realizando una aproximación de análisis temático basada en la propuesta de Braun y Clarke (2006). Primero, cada grupo fue considerado como una unidad y cada transcripción se leyó dos veces para poder darle un sentido general. En segundo lugar, se realizó un análisis línea a línea, según una aproximación centrada en los datos (Howitt, 2013). Cada fragmento del discurso de los participantes fueron seleccionados e integrados para construir los códigos iniciales. En tercer lugar, los códigos que se identificaron como iguales o similares, fueron fusionados y combinados en temas más generales y en familias. El proceso fue sometido a una triangulación por parte de dos de los investigadores, codificando por separado la información de cada grupo. Esta codificación se discutió para así refinar y mejorar los códigos. Se utilizaron diferentes estrategias para mejorar la confiabilidad del estudio (Elo et al., 2014). Los datos fueron recogidos a partir de entrevistas con preguntas abiertas cuyos códigos y temas fueron triangulados a través de dos investigadores. Así mismo, los datos generales y la descripción de los grupos focales fue controlada. Para la generación de datos, las transcripciones textuales del discurso de los participantes y las interpretaciones y resúmenes de los investigadores fueron claramente diferenciada. Finalmente los datos fueron transcritos en español por dos investigadores siguiendo criterios comunes.

Resultados

Se identificaron 5 temas generales (ver tabla 11): Emociones durante el proceso de parentalidad, diagnóstico y causa del problema, experiencias diarias con su hijo, relaciones sociales y preocupaciones sobre el futuro.

Tema 1 - Emociones durante el proceso de parentalidad	Tema 2 – Diagnóstico y Causa del problema	Tema 3 – Experiencias diarias con su hijo	Tema 4 – Relaciones sociales	Tema 5 – Preocupaciones sobre el futuro
Relato del diagnostic	Obtención del diagnóstico	Actividades de la vida cotidiana	Relación con compañeros de clase	Su desarrollo futuro
Relato de los padres	Señales de alarma	Tiempo libre	Relación con hermanos/as	Transición a la vida adulta
Emociones de los niños	Impacto subjetivo	Efecto de los Problemas de Aprendizaje	Conducta familiar	
	Reacciones familiares ante el diagnóstico	Medicación		
		Relación con los profesores del colegio		
		Interacciones positivas		

Tabla 11. Principales códigos identificados agrupados por temas

Tema 1: Emociones durante el proceso de parentalidad

Uno de los temas de mayor importancia fue la generación de emociones de los padres de niños con DA y como esas emociones influyen en sus propias percepciones como padres. La mayor parte de los participantes plantearon que criar a niños con DA

es muy diferente de serlo de hijos sin DA, sobre todo porque aparecen sentimientos ambivalentes y emociones negativas, como la tristeza y la frustración. Un importante número de participantes se percibieron así mismos como “malos padres” porque cuando los niños mostraron dificultades relacionadas con su diagnóstico (por ejemplo, a la hora de hacer los deberes), se sentían frustrados porque no sabían cómo ayudarles.

“(Siento) Impotencia, culpabilidad, la impotencia de no saber qué le pasa, cómo afrontarlo.... Impotencia en el colegio, impotencia familiar, impotencia a todos los niveles” (AT 06 mujer).

Sin embargo, se observaron diferencias substanciales entre los diferentes grupos. Los padres de niños diagnosticados con TDAH sentían impotencia y culpabilidad, y algunos intentaban controlar la conducta de sus hijos utilizando técnicas específicas. Sin embargo, su comportamiento no era fácil de controlar. A menudo se culpaban por estas cuestiones, planteando que si fuesen buenos padres, podrían manejar estas dificultades. En algunos casos, esa culpabilidad se proyectaba a los hijos, provocando un gran malestar.

“Yo antes de que lo diagnosticaran decía “yo soy muy mala madre porque yo no sé hacerlo” (...) Cuando ya te dicen lo que tiene, por un lado te preocupa, pero por otro lado sientes la relajación de decir no es culpa mía, es que el niño tiene un problema y no sé cómo ayudarle” (AT 01 mujer)

Los padres de niños diagnosticados con dislexia también mostraron síntomas de impotencia e indefensión, pero en este caso no parecía afectar tanto a su imagen como

padres. Gestionaban sus emociones trabajando las habilidades que aparecían como deficitarias en sus hijos (lectura y técnicas de escritura).

“A veces (siento) tristeza, es que hagas lo que hagas es como chocarte con una pared. Sí vamos avanzando, desde el principio muchísimo, pero tiene ya una edad, como que... debería ser un poco más consciente” (VE 09 hombre).

Algunos padres (VE 01 and VE 08) planteaban que su experiencia se asimilaba a la de padres con niños sin DA.

“Mi hijo tiene un comportamiento normal; tiene una vida normal, solo presenta dificultades en el colegio” (VE 01 hombre)

“Mi hija tiene dislexia, pero no normal, como otro niño, no hay más diferencias. Ella escribe mal, escribe peor que yo, pero ya está” (VE 08 mujer)

Por último, los padres de niños diagnosticados con Síndrome de Asperger señalaron mayores sentimientos de angustia y tristeza. Tenían muchas dificultades para entender la conducta de sus hijos y establecer vínculos emocionales con ellos.

“Te encuentras en un mundo tan desconocido...Estamos viendo los cambios, pero te preguntas ¿por qué a mí? ¿por qué es tan diferente? Y es una angustia, una sensación de pánico de no ser capaces de ser independientes en lo básico, de pedir ayuda, porque sí el niño te reclama...pero ellos no, si lo haces por ellos bien pero sino no te lo reclaman, son demasiado buenos, esa es la palabra, demasiado buenos.” (NV 05 mujer)

Tema 2: Diagnóstico y causa del problema.

Los padres enfatizaron que el diagnóstico de DA tuvo un impacto emocional importante en la relación con sus hijos. En la mayoría de los casos, fueron los profesores los que informaron de los primeros síntomas, proponiendo la necesidad de realizar una evaluación al niño para que pudiera tener un diagnóstico específico.

Los padres de niños con TDAH veían en el diagnóstico un origen biológico: el niño tenía un daño neurológico que le impedía permanecer tranquilo y que debía tratarse con una medicación específica. De este modo, entendían que la dificultad de su hijo no tenía nada que ver con su rol como padres, disminuyendo los sentimientos de culpabilidad e impotencia.

El conocimiento del diagnóstico no tuvo los mismos efectos en los padres de niños con dislexia. Aunque ellos percibían que sus hijos tenían problemas específicos en la escuela, encontraban dificultades emocionales para aceptar que fuesen consecuencia del DA. La mayoría de ellos creían que el problema de sus hijos se solucionaría con esfuerzo, y mostraban su enfado cuando los profesores trataban a sus hijos como discapacitados.

“La niña escribía de aquella manera, no era chino pero se le parecía ¿no? Las faltas... esto como es...se está esforzando más... (Yo pensaba) pues que la niña no estudiaba, que tenía despiste... Le pedía que hiciera más y le sigo pidiendo... hay que echarle horas” (VE 08 mujer).

Por último, los padres con hijos diagnosticados de Síndrome de Asperger, plantearon un gran número de obstáculos hasta llegar al diagnóstico correcto. Cuando

los niños eran pequeños, los describían como inmaduros y con comportamientos muy peculiares, sin que aparecieran asociados a un Síndrome de Asperger. La causa del DA no se planteaba como un aspecto central para estos padres:

“En ese punto el colegio de mi hijo tengo que decir que a mí me ha apoyado al 100 por 100 con mi hijo. Puedo decirlo con letras mayúsculas y darle las gracias desde a la portera a todos los profesores.” (NV 05 mujer)

Tema 3: Experiencias diarias con su hijo.

Este tema se ha subdividido en tres categorías: experiencias diarias en casa, relaciones con los profesores en el colegio, e interacciones positivas.

Subtema 1: Experiencias diarias en casa

Los padres de niños diagnosticados con TDAH planteaban que el día a día en casa era “una batalla constante” desde hacer los deberes a introducir cambios en sus rutinas. Los padres planteaban que la conducta de los niños se intensificaba con los síntomas de hiperactividad e impulsividad (no por desatención).

“...para nosotros a veces es difícil verlo todo el día dando saltos y decirle 400 mil veces que se esté quieto y él pues, no se está quieto, y para su hermano también, la verdad es que lo lleva fatal.” (AT 02 mujer)

Levantarlos por la mañana y acostarlos por las noches era uno de los problemas más importantes para estos padres. Mantener la rutina y seguir normas era percibido

como un problema para una de las madres, que se sentía abrumada cuando no era capaz de conseguirlo.

“La cosa es que me dices que tengo que seguir una rutina estricta con él, rígida, y no puedo, simplemente no puedo, aunque lo intente” (AT 11 mujer)

Por el contrario, los padres de niños diagnosticados con dislexia, no planteaban problemas de conducta en casa, tan solo en las áreas afectadas por su DA; dificultades de escritura y lectura en asignaturas como Lengua e Inglés. Estos padres trataban de ayudarles, y eran conscientes del esfuerzo que sus hijos hacían para equipararse a sus iguales.

“Tuve problemas cuando mi hijo empezó a leer, leer me generaba estrés y angustia. Yo le decía, “no ves la televisión hasta que no leas, no ves la televisión o no juegas hasta que no leas, y él me decía “vale, vale, leeré” (imita al niño). Y yo no sabía cómo tomármelo. Le decía “es por tu bien”. (VE 06 mujer).

La experiencia del día a día de padres con niños diagnosticados con Síndrome de Asperger, estaba marcada por problemas como la asimilación del concepto de tiempo a la hora de darse una ducha o ir al colegio. Estos padres, supervisaban constantemente el comportamiento de sus hijos, interpretándolo y tratando de protegerlos.

“Nos falta colgarnos de una lámpara por no entenderlos. Les dices las cosas y no se enteran. Les dices me has escuchado, si, te has enterado, no. Entonces no te quedas con la cara de no tengo ni idea de lo que te estoy diciendo, pregunta. (NV 03 Mujer)

Un tema central respecto a las dificultades del día a día, era el de la medicación, sobre todo para los padres de niños con TDAH. La medicación los ayudaba a sentirse más confiados, aunque generara efectos emocionales en sus hijos, o efectos secundarios tales como dificultades para conciliar el sueño, cansancio. Por esta razón muchos de los padres se plantearon poner fin a la mediación. Para los padres de niños diagnosticados con Síndrome de Asperger, aunque sus hijos tomaban medicación específica, no percibieron que fuera un tema relevante a la hora de ayudarles a regular las DA.

“Una vez que le hace efecto la medicina, ya, la niña va bien. Cuando se toma la medicina ella se queda más calmada y tranquila, algún día que no se la toma está ella muy nerviosa, intranquila” (AT 09 hombre).

Subtema 2: Relación con los profesores en el colegio

Los profesores tenían un rol fundamental para ayudar a los niños a adaptarse a su PA. Sin embargo, cuando no conocían la dificultad específica del niño, los profesores fueron percibidos por los padres como un obstáculo. La mitad de los padres de niños con TDAH relataron dificultades con los profesores o con el orientador del colegio. Así, los profesores tenían dificultades a la hora de admitir el diagnóstico proponiendo soluciones alternativas, o impidiendo la puesta en marcha de la adaptación curricular específica de los planes de estudio. Una de las madres (AT 10) planteo que en su caso, el profesor dijo que su hijo era un perezoso y sus problemas atencionales un invento.

“A mí en el colegio me habían llegado a decir, en alguna tutoría, ... me habían convencido de que la niña era muy lista pero era muy floja. (...) En el colegio estaba muy machacada, nos decían que los padres inventábamos... El día que yo fui con el

diagnóstico al colegio, la tutora, la jefa de estudios y el director me llegaron a decir que cuando los padres nos sentimos frustrados porque nuestros hijos no son perfectos nos llegamos a inventar lo que haga falta” (AT 10, mujer)

Los padres de niños diagnosticados de dislexia se mostraron muy preocupados sobre el trato a sus hijos en el colegio. Sorprendentemente, ellos no querían que a sus hijos se les tratara de un modo diferente, planteando que sus hijos debían ser guiados y evaluados como si no tuvieran un DA. Estos padres rechazaron medidas planteadas por los profesores como ser menos estrictos en las faltas de ortografía y darles más tiempo a la hora de hacer los exámenes.

“Ella tiene que hacer más, dedicarle más tiempo (con respecto a las tareas escolares).” “Los profesores deben de quitarle puntos por los fallos, al igual que al resto de niños” (VE 08 Mujer)

Por último, los padres de niños con Síndrome de Asperger, tenían poco que decir con respecto a las relaciones con los profesores a pesar de que se les preguntó explícitamente por este tema. Solo una madre, planteó que se sentía apoyada por el colegio (NV 05) mientras el resto habló más de las relaciones de los hijos con sus iguales.

Subtema 3: Aspectos positivos de los niños

Aunque el proceso de crianza de los niños con DA se planteo como lleno de dificultades, los padres también describieron los aspectos positivos de las relaciones con sus hijos en el día a día. Los padres de un niño con TDAH apreciaban el

comportamiento cariñoso de su hijo. Los momentos en los que los hijos colaboraban en las tareas de la casa también eran percibidos con alegría.

“Y luego pues lo que mejor le veo es que tiene un corazón muy grande, es amigo de todo el mundo, hace amigo con todo el mundo, tú lo conoces y en la casa es muy colaborador” (AT 12 Mujer)

Los padres de los niños con dislexia se sentían orgullosos de ver como sus hijos se esforzaban por vencer su dificultad. Una de las madres se mostró sorprendida cuando su hija terminaba pronto sus deberes.

“Siempre está contento de hacer sus tareas. Trabaja muy duro, aunque las notas no son muy buenas. Tiene mucha fuerza de voluntad, si no ha acabado la noche se levanta a las cinco de la mañana para acabar sus deberes.” (VE 05 Mujer)

Los padres de niños con síndrome de Asperger apreciaban su inteligencia, su memoria y su talento a la hora de manejar cuestiones relacionadas con la electrónica.

Lo que nos sorprende es que los estudios no los quiere pero maneja la tecnología, es increíble, nos ha hecho unos vídeos con dedicatorias, música...nos quedamos asombrados! (NV 03 Mujer)

Tema 4: Relaciones sociales

Todos los padres consideraron el tema de las relaciones sociales como de gran importancia. La mayoría de ellos percibían a sus hijos solos en la escuela, sin que formaran parte de un grupo. Los padres de niños con TDAH los describían como extrovertidos y con adecuadas habilidades sociales a la hora de hacer amigos. El

problema llegaba cuando pasaban mucho tiempo con esos amigos generándose numerosos conflictos, aburriéndose o fastidiando a los nuevos amigos.

“Mi hijo es muy inmaduro y le cuesta muchísimo la relación con los iguales. El arrancarse, el mantenerla, el saber parar. Ya cuando consigue contactar con alguno ya se pone pesado, pesado, pesado y... o entrar en conflicto ya directamente.”(AT 06 Mujer)

Estos niños mostraban problemas para identificar el punto de vista del otro. Una madre (AT 04) declaró que las percepciones de los niños cambiaban cuando eran conscientes de la condición de su hijo

“Un día, vino a mi casa a buscar a su hermano y entra por la puerta y dice “quien es aquí el TDH?” y mi Alejandro como no es que, es un niño normal y punto. Alejandro no dice yo soy, y yo tal y entonces es cuando se quedó así plantado, me miró y me dijo “por qué dice ese niño eso?” (AT 04 Mujer).

Los padres de niños con dislexia percibían sentimientos de vergüenza y baja auto-estima. Estos niños tendían a infravalorarse a sí mismos en comparación con los niños sin DA. Estos sentimientos se relacionaron con la dificultad para adaptarse, así como en problemas para jugar con otros.

“No participa en competiciones ni nada porque dice que él ahí no... no va a ser capaz. No tiene ningún problema físico, es capaz de hacer lo que sea, pero no” .VE 05 Mujer)

Sin embargo, esas experiencias no eran comunes en todos los casos. Una madre (VE 08) y un padre (VE 09) plantearon que su hijo había vencido esta situación y que era capaz de controlar sus sentimientos negativos.

Los padres de niños diagnosticados con Síndrome de Asperger relacionaban las dificultades de las relaciones sociales de sus hijos por su limitación a la hora de percibir los sentimientos del otro. Aunque estos niños parecían estar relativamente cómodos ante la falta de relación con sus iguales, los padres permanecían preocupados, sobre todo cuando otros niños se reían e intimidaban a sus hijos.

“A él le preguntas y él se siente integrado en su clase. Cuando él habla, no habla como un miembro más, se excluye “los niños de la clase dicen, hacen...” no hacemos o decimos. Y luego realmente cuando yo lo llevo al fútbol y veo cómo participa en el grupo, me da mucha pena porque él se siente integrado, pero no está. Y de hecho lo que decís, que los niños se ríen, que aunque él es un buenazo, un niño bueno, dulce y demás, hay cosas que le hacen y que se las hacen para hacerle daño, pero a él no le llegan. Y a él lo miro yo, yo le miro su cara y pienso...tranquilízate porque por lo menos eso no le está haciendo daño, tiene una coraza y eso no le llega, no lo percibe. Y tú estás allí sentada y muriéndote de pena, de rabia, de impotencia...(NV 02 mujer)

Tema 5: Preocupaciones sobre el futuro.

Todos los padres se mostraron preocupados sobre el futuro de sus hijos. A los padres de niños con TDAH les preocupaba el desempeño escolar y la transición al instituto, además, sentían con miedo el momento en que los niños dejarían de tomar la medicación.

“Y como yo ya he visto la trayectoria de mi hermano sin medicación, por eso pongo más freno a mi hijo, porque son personas adictivas, son personas que luego con las relaciones, les cuesta muchísimo mantener una relación y tener una pareja, y lo vemos, vemos que llevan el mismo camino” (AT 4 Mujer)

La dificultad de sus hijos para percibir el riesgo así como su impulsividad, generaba miedo ante posibles conductas adictivas en el futuro.

“No te obsesiones con la pastilla porque la pastilla es que es, lo va a estar despierto, lo que tiene es un poco falta de espíritu, no te va a dar la respuesta la pastilla. pero claro nos preocupa eso, intentar desvincularlo de esa dependencia”(AT 08 Hombre)

Los padres de niños con dislexia se mostraron preocupados por el desarrollo emocional de sus hijos, y preocupados ante futuros problemas de aislamiento social. También les preocupaba su desempeño escolar y cómo la situación económica actual de España podría repercutir en la falta de los recursos necesarios para atender a este tipo de dificultades.

“Bueno, la solución, solución no hay, pero la cuestión está en que estén los padres siempre detrás y bueno... porque yo he comentado que ahora está bien, pero tuvimos problemas con una tutora que tuvo y acabó yéndose del colegio y se enteró de que discutía, ponía en cuestión los informes de los psicólogos. Y entonces claro, es un continuo luchar y ahora hemos llegado a una situación perfecta, conocen el problema y la cosa va bien, pero claro, cuando pase al instituto cambiará de profesores y entonces será continuar luchando, informando, asesorándote y seguir la vida así; pero yo creo

que pueden... bueno depende de cada caso, pero en el caso de mi hija esperamos que pueda hacer una vida normal y que pueda estudiar lo que quiera". (VE01 Hombre)

Los padres de niños diagnosticados con Síndrome de Asperger, planeaban como preocupación la independencia de sus hijos. Se percibían como padres protectores en exceso, cuidando de ellos en todas las situaciones, y tratándolos como si no fueran capaces de tomar decisiones.

"Que no sea un lumbreras, pero que tenga su trabajico y que sepa comer, beber y si quiere echar un polvico pues que sea capaz de ir a buscarlo. Ya está, eso es lo único que yo quiero. Que si le gusta una niña, un niño, lo que le guste, a mí me da igual pues que sea capaz de ir y decir nena, que me gustas bonita. Yo que sé ¿no? Si yo no pido tanto... ya está. Que sea capaz de realizar un trabajo y ganar su sueldo y ser autosuficiente, ese es mi miedo, que no sea capaz de llegar a eso." (NV 05 mujer).

Discusión

El objetivo principal de la presente investigación fue investigar y comparar las experiencias asociadas al proceso de crianza de niños con diferente diagnóstico de DA: Atención, dificultades verbales y dificultades no verbales. Se identificaron un total de cinco temas a través del análisis temático. Existe un remarcable número de experiencias comunes así como importantes diferencias en el abordaje de las cuestiones del día a día.

Todos los participantes hablaron sobre las emociones surgidas a partir de su rol como padres. Los padres de niños con TDAH tenían sentimientos negativos asociados a

no ser “buenos padres” y a no poseer las herramientas necesarias para manejar su comportamiento de un modo adecuado. En estudios anteriores, la medicación apareció como el tema principal, siendo la cuestión que más preocupaba a este grupo de padres (DosReis et al., 2009; Hansen & Hansen, 2006). El comienzo de la medicación marcó un punto importante en el comportamiento de estos niños coincidiendo con un cambio de perspectiva cuando conocieron el diagnóstico. Los padres presentaban sentimientos ambivalentes; por un lado la medicación conseguía una regulación que les permitía mantener su posición como buenos padres, pero por otro se generaban sentimientos contradictorios en relación a los posibles efectos secundarios, así como cuando el niño dejara de tomarla. Tener conciencia del origen biológico del trastorno reducía los sentimientos de culpa de estos padres, pero no desaparecieron por completo, surgiendo cuando hablaban de la medicación. Saber que el TDAH es un trastorno externo les tranquilizaba, pero no era suficiente como para vencer los sentimientos de inseguridad que aparecían en su rol como padres o la tensión que estos sentían cuando se relacionaban con sus hijos (Graziano, McNamara, Geffken & Reid, 2011; Kaiser, McBurnett & Pfiffner, 2011).

Los padres de niños diagnosticados con dislexia, también mostraban sentimientos negativos, pero estos no eran tan intensos. A estos padres les costaba estar de acuerdo con las adaptaciones curriculares o con modos de evaluación especiales, lo que parecía indicar su dificultad para aceptar que sus hijos tenían DA. Sin embargo, eran conscientes del gran esfuerzo que realizaban sus hijos para superar su dificultad. Otros estudios plantean, que esta negación de los déficits, podría estar relacionada con la aparición de otras emociones como la ansiedad intensa (Ginieri-Coccosis et al.,

2013; Karande et al., 2009) o expectativas poco realistas con respecto a la recuperación de sus hijos (Rosigno et al., 2012). Por último, los padres de niños con Síndrome de Asperger, mostraban intensos sentimientos negativos existiendo estudios que los asocian a interferencias en el proceso educativo (Little & Clark, 2006; O'Halloran, Sweeney & Doody, 2013).

Los resultados del estudio sugieren que los sentimientos generados por los padres de niños con DA se relacionan con la imagen y percepción que ellos tienen de la discapacidad, generando una gran influencia en su modo de relación con los hijos. La visión negativa que relatan está asociada a estereotipos y actitudes que tradicionalmente se han asociado al diagnóstico de DA en el contexto español, junto con las carencias en los recursos pedagógicos y educativos existentes (Robledo-Ramón & García-Sánchez, 2013). Esta afirmación es apoyada por distintos estudios en niños con TDAH, que cómo las percepciones negativas de los padres en relación a los hijos se relacionan con conductas de rechazo y una menor implicación paterna (Goldstein, Harvey, & Friedman-Weieneth, 2007). De acuerdo a un reciente estudio, la aceptación por parte de los padres de diferentes aspectos de los problemas del hijo ayuda a construir una mejor relación o vínculo entre los niños y los padres (Fernández-Alcántara et al., 2016).

Estudios anteriores han señalado que el momento del diagnóstico es de crucial relevancia para los padres (Fernández-Alcántara et al., 2015; Griffith et al., 2012). Una intervención emocional específica para apoyar a estos padres debería incidir en las percepciones que ellos tienen sobre el DA y cómo influye en su percepción como padres. Para los padres de niños con TDAH podría desarrollarse un protocolo de terapia

multimodal, teniendo en cuenta los diferentes contextos del niño (Chronis, Jones & Raggi, 2006). Otro aspecto que necesita ser tenido en cuenta es el impacto del diagnóstico en los padres, ayudando a que adapten sus expectativas educativas a las posibilidades y necesidades reales de sus hijos. Además, debería generarse un sistema de comunicación entre padres e instituciones sanitarias, donde ellos pudieran plantear sus dudas y miedos con respecto a la medicación. Los padres de niños diagnosticados con dislexia, observan que pese al gran esfuerzo que realizan sus hijos, los resultados no son los esperados, por lo que deberían recibir herramientas prácticas para ayudar a sus hijos en tareas concreta. Por último, los tratamientos psicoeducativos y psicológicos ofrecidos a los niños con Síndrome de Asperger, deberían estar acompañados de intervenciones dirigidas a los padres, ya que suele tratarse de casos complejos que requieren de una posición activa y comprensiva dentro de la familia.

La dificultad a la hora de obtener el diagnóstico, junto con el desconocimiento de profesores y psicólogos educativos a la hora de abordar las DA se convierte en un tema central. La definición de DA es un tema complejo que ha sufrido diferentes enfoques y conceptualizaciones (Scanlon, 2013), especialmente en relación a la política española, que hasta hace unos años no consideró las DA como un criterio de niños con necesidades educativas especiales. Profesionales sanitarios con entrenamiento específico en la asistencia de niños con DA y sus familias, validación de pruebas neuropsicológicas y el desarrollo de programas de intervención, serían la clave para mejorar el contexto español en este ámbito (Goikoetxea, 2012).

Un entrenamiento específico para profesores y psicólogos, es fundamental para enseñar habilidades y técnicas necesarias para integrar a este tipo de niños en el sistema (Dyson, 2010). Además, estas estrategias deben estar diseñadas e implementadas para facilitar la implicación de las familias de los niños con DA (Robledo-Ramón & García-Sánchez, 2013). En relación con la experiencia del día a día, los padres experimentan mayores niveles de estrés cuando la conducta de los niños es disruptiva, como es el caso de los padres de hijos con TDAH o Síndrome de Asperger. Los niños con problemas de conducta en los casos de DA, están asociados a problemas paternos de relación social, culpabilización y altas demandas en el día a día (Johnson, O'Reilly & Vostanis, 2006).

Sin embargo, para los padres cuyos hijos fueron diagnosticados de dislexia u otros problemas lingüísticos, la experiencia del día a día se asemejaba a la de niños sin DA. Estas conclusiones indican que los padres de niños con DA están afectados por amplias áreas como personalidad, atención o relaciones socio-efectivas (Dyson, 2010; Moen et al., 2011).

Finalmente, algunos padres hablaron de las conductas positivas de sus hijos en los tres grupos focales, al igual que ocurre en otras investigaciones (Little & Clark, 2006; Moen et al., 2011). Aunque la educación de un niño con DA puede ser difícil, también existen situaciones agradables y positivas. Por tanto, es importante potenciar este tipo de emociones y percepciones en los padres (Fernández-Alcántara et al., 2015; Sen & Yurtsever, 2007).

En nuestro estudio, todos los padres mostraron preocupación por las relaciones sociales y el desarrollo futuro de sus hijos. Estudios anteriores de padres de niños con

TDAH han relacionado estos problemas al comportamiento del niño así como a la influencia de la hiperactividad en relación con otros (Hansen & Hansen, 2006). En todos los casos, la preocupación principal de sus padres en relación al futuro era a nivel emocional y funcional. Investigaciones anteriores, plantean que esta incertidumbre sobre el futuro puede estar relacionada con síntomas internos graves así como problemas emocionales de los padres de estos niños (Coffey, 2006; Fernandez-Alcantara et al., 2015). La edad de los niños (entre 8 y 14 años) y su proximidad a la adolescencia, periodo caracterizado por numerosos cambios, podrían explicar que este tema sea central. Sin embargo, parece que esa preocupación persiste más allá de la adolescencia y de la vida adulta (Griffith et al., 2012).

Este estudio presenta dos limitaciones fundamentales. Por lo que sabemos, este es el primer estudio que realiza una investigación a fondo de las experiencias educativas de padres con niños con DA a partir de tres grupos diagnósticos diferentes (atención, dificultades verbales, dificultades no verbales). Además, se aseguraron medidas metodológicas fiables (Yardley, 2000). Sin embargo, el uso de tres grupos focales homogéneos, puede haber limitado las temáticas encontradas. Son necesarios más estudios que utilicen entrevistas semi-estructuradas individuales para ampliar y replicar los resultados actuales. Además, estudios cualitativos deben incluir variables adicionales para examinar los efectos de los procesos educativos. Para este estudio, se tomó un ejemplo de cada DA sin embargo los padres diagnosticados con otros tipos de DA (por ejemplo discalculia) pueden mostrar emociones diferentes. Por último, la investigación previa en este ámbito, muestran diferencias en el género de los padres (Norlin &

Broberg, 616 2013) así como en experiencias emocionales subjetivas (Fernández-Alcántara et al., 2015).

En conclusión, las distintas categorías diagnósticas de DA (atencional, verbal, no verbal) influyen en el discurso de los padres en distintas áreas: emociones, cuestiones del día a día y la percepción del origen de la dificultad. La percepción, atribución y comprensión del diagnóstico parece relacionarse con la autopercepción de los padres. Existen dos causas de preocupación centrales con independencia del grupo focal; las relaciones sociales y la preocupación por el futuro. Futuras investigaciones e intervenciones clínicas, deberán tener esta cuestión en cuenta a la hora de diseñar e implementar medidas relacionadas con la práctica educativa de padres con niños con DA.

Capitulo 6: Discusión general

6 _ DISCUSIÓN GENERAL

Durante todo el desarrollo de esta tesis, venimos comprobando la relación existente entre las DA y las medidas en dominios neuropsicológicos, sobre todo en lo referente a función ejecutiva.

Sin embargo, a pesar de existir numerosas baterías diagnósticas, no existe unanimidad en las pruebas de evaluación, siendo muy difícil encontrar en muestra española e infantil pruebas válidas y fiables, como la revisión de la bibliografía realizada ha mostrado.

En las investigaciones y artículos consultados, a menudo encontramos la dificultad para informar sobre si las medidas de función ejecutiva son generales o específicas o si las pruebas utilizadas tienen adaptación al propio idioma del país que las utiliza, siendo por tanto, fundamental, al menos, utilizar pruebas de evaluación libres del efecto cultural y de lenguaje de los test cuyo cuidado hemos tenido en esta tesis (Ardila, 2005; Puente, Pérez-García, Vilar-López, Hidalgo-Ruzzante & Fasfous, 2013; Fasfous, Puente, Pérez-Marfil, Cruz-Quintana, Peralta-Ramirez & Pérez-García. 2013).

Tampoco está claro quién debe realizar el diagnóstico. Según las leyes educativas, deberían ser los EoEs los encargados de esta tarea (según el artículo 11 del Decreto 213/1995 del 12 de Septiembre donde se especifican sus tareas y funciones) sin embargo, una evaluación neuropsicológica es compleja y a menudo ni los propios equipos de orientación poseen las pruebas ni la formación necesaria para realizar este tipo de evaluaciones. Es probable que labores de formación, investigación o consulta

por parte de las instituciones educativas hacia la clínica, podrían, en la medida de lo posible, ir disipando este tipo de problemáticas.

Por otra parte, una vez realizada la evaluación, no es sencillo llegar al diagnóstico (Barkley, 2009). El DSM 5 (2013) propone nosologías ambiguas o poco prácticas a la hora de clasificar los problemas de aprendizaje, incluyéndolos en la categoría de neurodesarrollo sin plantear una categoría diagnóstica propia, siendo además muy restrictivos o incompatibles, los diagnósticos entre el DSM y el programa SÉNECA (Octubre 2001) que manejan los centros educativos, y donde incluyen los perfiles de aprendizaje de los niños y donde se incluyen los niños con DA. Así, difícilmente las familias pueden optar a ayudas como adaptaciones curriculares no significativas o becas de apoyo y tratamiento si el niño no tiene un trastorno severo o no es TDAH con conducta perturbadora.

A menudo, el diagnóstico se centra en el retraso escolar, esperando que el niño fracase para tomar medidas oportunas. La neuropsicología permitiría paliar los malos resultados al poderse realizar las adaptaciones de aula necesarias pudiendo detectar las dificultades presentes en el niño antes de que fracase a nivel académico. En un gran número de casos el niño es sometido a grandes esfuerzos en casa, tratamiento privado, apoyos de otro tipo, o la presencia de otras capacidades que compensen las deficitarias a un alto precio, por no hablar, de que posiblemente estas cuestiones dependan de la demanda escolar, apareciendo niños que de repente no puedan seguir el ritmo escolar en cuando la demanda aumenta (Zúniga, 2013).

Tratamiento o cuestiones clínicas a tener en cuenta

El panorama anteriormente descrito hace necesario que la orientación en la clínica y en el contexto escolar se modifique o bien se cambien algunos parámetros en pos de la salud del niño y de la familia. En este sentido, el manejo en la evaluación neuropsicológica puede abrir nuevas vías para explorar matices que son fundamentales para el diagnóstico diferencial, como por ejemplo, determinar si un síntoma es primario o secundario. Para ello, hay que ser minucioso en el manejo y comprensión de las pruebas que utilicemos.

Por ejemplo, en el caso de las tres categorías diagnósticas que hemos utilizado en nuestros estudios (atencional, verbal y no verbal) existen tres síntomas comunes: desatención, dificultades en habilidades lingüísticas y dificultades sociales, (Hendriksen et al., 2007). Podemos indicar que si las dificultades atencionales son primarias a las lingüísticas, nos encontramos ante el grupo de desatentos, si las comprensivas son primarias a las atencionales, nos encontraríamos ante el grupo de dificultades verbales, y si las sociales son el elemento más significativo del malestar clínico, nos encontraríamos ante un caso de no verbal, o Asperger o el actual TEA.

De este modo, evitaríamos numerosos sobrediagnósticos de TDAH y la medicalización de niños que no necesitan metilfenidato, pudiendo ajustar el enfoque de tratamiento a la dificultad concreta básica que afecta al resto de funciones cognitivas del niño. Por tanto, estos criterios diagnósticos parecen englobar a un mayor número de casos que los clínicamente problemáticos (Barkley, 2008). Existen documentos específicos relacionados con el consenso en el diagnóstico de TDAH, (Valdizán 2005). En él se publican algunas recomendaciones como: tener en cuenta síntomas redactados

en el DSM, pero también atender a los trastornos comórbidos de la infancia que hemos descrito en esta tesis (Trastornos del nuerodesarrollo infantil DSM 5, 2013) y para ellos señalan la importancia de la realización de un buen diagnóstico diferencial. Dicho diagnóstico ha de contemplar la historia clínica, exámenes neurofisiológicos, neuropsicológicos, y no opiniones o escalas generales, así como la inclusión en el tratamiento de apoyos psicopedagógicos y educativos. De esta manera se fomenta que los facultativos realicen diagnósticos basados en síntomas y no en etiquetas diagnósticas, para evitar el sobre diagnóstico y poder centrar el tratamiento en dificultades concretas, más allá de que ellas se encuadraran o no dentro de las categorías diagnósticas ambiguas.

Es fundamental plantear e hipotetizar a partir de un adecuado diagnóstico clínico, a qué pueden deberse las diversas dificultades en cada niño. Un ejemplo de ello, podría ser la “baja amplitud” en memoria de trabajo en la dislexia. Si no existe una integración viso-perceptiva, y el número mágico de *Spam* de memoria es 7 más menos 2, un niño con dislexia utilizará menos *Chuks* de memoria que otra persona.

Ejemplo: *S-o-l* (tres elementos) versus *Sol* (1 elemento), por tanto, quizás el tratamiento deba centrarse en el ejercicio de la integración visual y la categorización y no tanto en tareas memorísticas en sí mismas.

La decisión de este tipo de intervenciones, debe por tanto, estar siempre guiada por los resultados de una buena evaluación neuropsicológica total y completa, y no centrarnos únicamente en evaluar las disfunciones que nos describen en las primeras entrevistas con los niños.

Por ejemplo, si un niño realiza bien la prueba de Letras y Números (subtest del WISC IV que mide memoria de trabajo), y mal la cuarta categoría del Token, podemos deducir que su problema está más centrado en comprensión que en memoria, ya que ambos subtest poseen elementos que evalúan memoria de trabajo, pero el Token añade un componente de comprensión verbal, siendo este un perfil que se da en niños con dificultades verbales como se señalaba anteriormente.

Si un niño realiza bien todas las subpartes del Token a excepción de la parte 5, debemos reflexionar sobre una dificultad ante consignas espacio temporales, y pragmáticas. Habrá que ir observando el resultado en otro tipo de pruebas para determinar si nos encontramos frente a una dislexia o un posible trastorno de aprendizaje no verbal.

Si no tenemos pruebas para ello, habrá que decidir si añadimos pruebas complementarias que evalúen comprensión pragmática para completar nuestra evaluación inicial, así como si nos encontráramos ante una sospecha de dislexia, habría que añadir pruebas específicas de comprensión, como el PROLEC (Andrés, Urquijo, Navarro & García-Sedeño, 1996)

Pero para todo ello, se debe tener muy claro, cuales son las posibles hipótesis de trabajo a las que nos enfrentamos cuando tenemos en frente a un niño con dificultades de aprendizaje, cuál es su dificultad, en qué medida, a qué afecta y a qué puede ser debida.

Tampoco podemos olvidar que a menudo, se presentan en la clínica niños con leves lesiones neurológicas encubiertas u otro tipo de trastornos (Félix-Mateos, 2006)

por lo que es fundamental analizar bien los resultados. Pobres integraciones en la figura de Rey, (o cuando el recuerdo es mejor que la memoria) junto con dificultades en memoria de trabajo pueden estar encubriendo algún tipo de epilepsia, por lo que es fundamental tener estas cuestiones en cuenta y hacer una derivación en el momento en el que las pruebas no sean concluyentes.

Una de las importantes aportaciones que plantea la evaluación neuropsicológica infantil es determinar los fines de la evaluación (Rodríguez, 2012), ya sean diagnósticos, neuropsicológicos, investigadores o educativos. Dentro de esta última clasificación, Rodríguez plantea la posibilidad de determinar puntos fuertes a partir de los cuales poder ir trabajando o centrando el resto de funciones, generando así un estilo de aprendizaje concreto y personalizado; pudiendo así identificar sus capacidades “naturales” (Rodríguez, 2012).

Por tanto, los resultados de esta tesis se plantean como un punto de partida a la hora de elaborar programas de intervención desde una evaluación inicial a edades tempranas. Plantear una evaluación neuropsicológica a todos los niños de 7 años en el aula, para determinar cuál es su perfil neuropsicológico, puede ayudarnos a detectar dificultades futuras y poder actuar antes de que los niños fracasen, así como fomentar los puntos fuertes y poder realizar clasificaciones entre los niños de clase para implantar un programa en función ejecutiva como el que planteamos en nuestro estudio.

Desde nuestro punto de vista, sería más interesante centrarnos en este tipo de evaluaciones que las “pruebas de diagnóstico” a las que son sometidos los niños en la actualidad, y que están centradas en la ejecución escolar y los resultados en el desempeño de exámenes en una asignatura u otra.

Nos parece importante señalar, que a partir del diseño del programa de función ejecutiva que propusimos para este estudio, la asociación ADERES de Granada, está llevando a cabo, un taller de función ejecutiva centrado en las tareas y metodología descrita. Se trata de la Asociación para el Desarrollo de las Relaciones Sociales, y surge como respuesta a la clasificación de los niños por etiquetas diagnósticas planteando que lo tienen en común es la dificultad para hacer vínculo con otros. Así, desarrollan distintas actividades para niños, familias y estudiantes de psicología, siendo centro de Prácticum de la Universidad de Granada y cuyos cursos de formación siempre han estado reconocidos con créditos de dicha Universidad. También han colaborado con el Experto en Neuropsicología de la Universidad de Almería, la Universidad de California y participando en congresos nacionales e internacionales.

Trabajan con talleres de grupo pequeño donde hay entre 5-10 participantes monitorizados por un experto en la materia y otro experto en las dinámicas grupales, así como voluntarios en los casos que fuera necesario. Trabajan desde un enfoque constructivista donde son los niños los que generan el material, los contenidos y las dinámicas a partir del grupo, siendo el monitor el que gestiona todo ese flujo de ideas, permitiendo que cada niño acceda a ellas de un modo personalizado y desde la capacidad e interés que cada uno presente.

En estos talleres no se evalúa el éxito en la adquisición de contenidos concretos sino la evolución del niño en comparación consigo mismo desde la entrada al taller, atendiendo a cuestiones como si ha mejorado su relación con los otros, su capacidad de escucha, de proponer cuestiones nuevas, resolver conflictos, gestionar novedades o situaciones novedosas, expresar deseos o quejas propias.

En ese contexto, y tras la experiencia del taller que presenta la actual tesis, se interesan en continuar con el trabajo del taller en función ejecutiva llamándolo “Taller de Aprender a pensar” donde en la actualidad hay dos grupos divididos por edades, siendo uno de los más demandados por las familias y que ha inspirado la aparición de otros como “Investigación y Debate” o “Narración y cómic”. En su página web describen el taller de Aprender a pensar del siguiente modo: “Pretende un entrenamiento personalizado para todas las tareas relacionadas con la toma de decisiones y la organización de pasos para trabajar los aspectos cognitivos necesarios en el aprendizaje atravesando y dándole énfasis a la cuestión emocional que es precursora de todo este proceso. Las funciones ejecutivas son un conjunto de herramientas de ejecución y habilidades cognitivas que permiten el establecimiento del pensamiento estructurado, planificar y ejecutar en función de objetivos planteados, anticipar y establecer metas, el seguimiento rutinario de horarios a través del diseño de planes y programas que orienten al inicio, desarrollo y cierre de las actividades académicas o laborales, el desarrollo del pensamiento abstracto y divergente, y operaciones mentales, la auto-regularización y monitorización de las tareas y su organización en el tiempo y en el espacio”.

La importancia de la implicación parental en las DA

En la presente tesis se pone de manifiesto que los efectos del diagnóstico, así como de la evaluación neuropsicológica, permite tranquilizar a los padres. Dicha evaluación parece ser más precisa respecto a dar información sobre los puntos fuertes y los puntos débiles, sobre lo que marcha bien y lo que habría que trabajar, permitiendo la

posibilidad de un seguimiento sobre aquellas áreas neuropsicológicas en las que se hayan detectado problemáticas. Así mismo, permite precisar intervenciones concretas a realizar en casa, ya que a menudo los padres no son escuchados con los matices que merecen siendo simplemente los que llevan a sus hijos a tratamiento, generando malestares familiares y escolares. Talleres o escuelas de padres que les permitan exponer sus teorías, sus miedos, sus intervenciones, sus angustias y las soluciones que les han ayudado pueden disminuir su angustia ante lo inesperado y difícil que se presenta la crianza con un niño con DA.

Además, hemos observado como algunas veces existen grandes malestares en la comunicación de estos padres con el ámbito escolar. Quizás este tipo de intervenciones puedan emplazar de modo conjunto a profesores y tutores, mediados por profesionales que a la vez que escuchan la casuística única y subjetiva del niño también puedan ir dando información y pautas de cómo funciona cada dominio y cómo puede mejorar con intervenciones concretas.

Quizás también deban participar en los talleres propuestos para los niños, pudiendo plantear, antes de su puesta en marcha, cuales son las áreas que más les preocupan, o implementando ellos mismos un programa similar para que sean conscientes de las dificultades que presentan sus hijos pudiendo también realizar evaluaciones pre y post tratamiento sobre su grado de estrés/ansiedad y su sensación de participación durante todo el proceso.

La actual tesis presenta estudios fundamentales en la comprensión clínica de las DA mostrándose patente su utilidad clínica, a pesar de que es fundamental continuar investigando y mejorando la evaluación y el tratamiento que proponemos.

Limitaciones y futuras líneas de investigación:

Algunas de las limitaciones encontradas han sido las referidas al trabajo con una muestra tan heterogénea. La dificultad de encontrar una muestra lo suficientemente amplia en las tres categorías diagnósticas diferenciadas, ya que es el TDAH el grupo que más casos recoge y existiendo pocos casos de TANV o Síndrome de Asperger de alto funcionamiento.

Por otra parte, el seguimiento de los niños ha sido complejo, ya que se trataba de una muestra clínica y ambulatoria.

El diseño del programa planteado debería incluir tareas de atención específica como el *mindfulness*, ya que se han mostrado como eficaces en el trabajo con niños, así como aumentar otras áreas como el dibujo o la arte-terapia para observar su efecto en las tareas viso-perceptivas.

Además, sería interesante trabajar con un tercer grupo control de niños que pese a presentar problemas de aprendizaje tal y como los definimos y evaluamos en la presente tesis no hubieran tenido acceso inicialmente al taller de función ejecutiva y así poder realizar estudios y comparaciones más complejas entre los grupos.

Por otra parte, si pudiéramos contar con una muestra más amplia, podría determinarse si existen diferentes perfiles neuropsicológicos de los problemas de aprendizaje según los resultados que cada niño presente en las tareas de evaluación, siendo estos resultados en las funciones evaluadas los que determinen los grupos y

permitiendo así afinar en el diagnóstico diferencial a partir de la evaluación neuropsicológica.

También es importante señalar el carácter clínico de dicha investigación, siendo pacientes con grandes problemáticas personales, familiares y escolares así como la dificultad que en muchos de los casos han surgido para incluir o excluir del estudio a los participantes para conseguir unificar las medidas sociodemográficas de la muestra. Destacando el gran esfuerzo que estas familias han hecho al exponerse a hablar de su problemática de un modo tan generosos en el caso de los grupos focales así como de traer a los niños a todas las evaluaciones, revisiones y sesiones de tratamiento planificadas.

Además, hemos observado como en la mayor parte de los artículos consultados no existe acuerdo en la definición de las DA, ni en el trabajo desde tareas generales de la función ejecutiva, ni en la implicación de los padres en el proceso terapéutico, ni en determinar si el tipo de evaluación en función ejecutiva ha sido genérico o específico.

Por tanto, la presente tesis doctoral sitúa una importante línea de investigación a partir de la que seguir profundizando, con el objetivo de poder mejorar el diagnóstico y tratamiento de los niños con DA. Así mismo, es necesario propiciar un cambio de enfoque con respecto a la patologización de los niños que no siguen los estándares del sistema educativo, pudiendo determinar qué estilo y enfoque de aprendizaje les es más propicio y cómo podemos conseguir que accedan a él antes de que las cuestiones académicas se conviertan en un problema para ellos.

Capitulo 7: Conclusiones

7 _ CONCLUSIONES

Las conclusiones de la presente tesis doctoral son las siguientes:

- Los niños con DA muestran una peor ejecución en tareas neuropsicológicas en comparación con un grupo de niños sin DA. En concreto se observaron diferencias en flexibilidad, memoria de trabajo, inhibición, atención sostenida, memoria visual y comprensión de órdenes compleja.
- Se presenta una batería neuropsicológica de sencilla aplicación que permite realizar una evaluación inicial tanto en ámbitos hospitalarios como educativos.
- Se muestran los beneficios de un programa de estimulación de las funciones ejecutivas en niños con DA. Utilizando tareas ecológicas se observaron mejoras en los componentes de flexibilidad y de memoria de trabajo.
- La percepción de los padres de niños con DA se encuentra fuertemente influenciada por la categoría diagnóstica (atencional, verbal y no verbal).
- En los casos de TDAH, la concepción del propio DA (por ejemplo, como teniendo un origen biológico o médico), la medicación y los problemas de comportamiento fueron de central importancia para los padres.
- En los casos de DA verbal se observaron dificultades para aceptar e integrar el diagnóstico, así como una mayor facilidad para regular las emociones asociadas al proceso de parentalidad.
- Los padres de niños con DA no verbal mostraron la complejidad y la dificultad a la hora de abordar los problemas y el día a día con su hijo.

- Con independencia del tipo de DA, los aspectos relacionados con las relaciones sociales de su hijo y las preocupaciones por el futuro fueron temáticas comunes para los padres.

Referencias:

8 _ REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V*. Washington, DC: APA.
- Antognazza, M. P., Tornaría, G., & del Luján, M. (2011). El niño disléxico y su entorno educativo. Percepciones y representaciones sobre la dislexia. *Ciencias psicológicas*, 5(2), 193-200.
- Bacete, F. J. G., & Remírez, J. R. (1999). Características familiares y estimación de los resultados educativos de los alumnos por el profesor. *Psicothema*, 11(3), 587-600.
- Barkley, R. A. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Revista de neurología*, 48(2), 101-106.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2010). *ADHD in adults: What the science says*. Guilford Press.
- Batnini, S., & Uno, A. (2015). Investigation of basic cognitive predictors of reading and spelling abilities in Tunisian third-grade primary school children. *Brain and Development*, 37(6), 579-591.
- Bernabeu, J., Fournier, C., García-Cuencía, E., Morán, M., Plasencia, M., Prades, O., Celma, M. A. y Cañete, A. (2009). Atención interdisciplinar a las secuelas de la enfermedad y/o tratamientos en oncología pediátrica. *Psicooncología*, 6, 381-411.
- Bonifacci, P., Montuschi, M., Lami, L., & Snowling, M. J. (2013). Parents of Children with Dyslexia: Cognitive, Emotional and Behavioural Profile. *Dyslexia*, 20, 175-90. doi:10.1002/dys.1469.

- Blanco-Lago, R., García-Ron, A., Granizo-Martinez, J.J., & Ruibal, J.L. (2014). Situación actual de la demanda asistencial en neuropsiquiatría. Características de la consulta y comparación con otras especialidades pediátricas. *Revista de Neurología*, 59, 392-398.
- Braun, V., & Clarke, V. (2008). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101 doi: 10.1191/1478088706qp063oa.
- Brown, E. C., Casey, A., Fisch, R. I., & Neuringer, C. (1958). Trail Making Test as a screening device for the detection of brain damage. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 469-474. doi: 10.1037/h0039980.
- Caci, H., Doepfner, M., Asherson, P., Donfrancesco, R., Faraone, S. 640 V, Hervas, A., & Fitzgerald, M. (2014). Daily life impairments associated with self-reported childhood/adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder and experiences of diagnosis and treatment: Results from the European Lifetime Impairment Survey. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 29(5), 316-23. doi:10.1016/j.eurpsy.2013.10.007.
- Camarata, S. (2014). Early identification and early intervention in autism spectrum disorders: Accurate and effective?. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 16(1), 1-10.
- Chronis, A.M., Jones, H.A. & Raggi, V.L. (2006) Evidence-based psychological treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychological Review*, 26, 486-502
- Coffey, J. (2006). Parenting a child with chronic illness: a metasynthesis. *Pediatric Nursing*, 32(1), 51-60.
- Clark, R. (2006). Wonders and worries of parenting a child with Asperger syndrome & nonverbal learning disorder. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing* 31(1), 39-44. doi: 10.1097/00005721-200601000-00009.

- Correa, C., Laynez-Rubio, C., Cruz-Quintana, F., Pérez-García, M., Salvatierra, M.T., Robles, C...González, A. (2014). *Guía para Padres. Programa de Aprendizaje en Funciones Neuropsicológicas*. Recuperado de <http://anuda.es/aderes/guiafunciones- neuropsicologicas>.
- Cruz-Quintana, F., Pérez-García, M., Roldán-Vílchez, L.M., Fernández-López, A., & Pérez-Márfil, M.N. 2013. *Manual de la Batería de Evaluación Neuropsicológica Computerizada Infantil (BENCI)*. Granada:Ediciones CIDER.
- Cuetos, F., Rodríguez, B., Ruano, E., & Arribas, D. (2007). PROLEC–R. *Batería de Evaluación de los Procesos Lectores, Revisada*. Madrid, España: TEA Ediciones, SA. exploratorio. Forma función. 18. Consultado el 22 de julio, 2012.
- Delgado-Mejía, I., & Etchepareborda, M. C. (2013). Trastornos de las funciones ejecutivas. Diagnóstico y tratamiento. *Revista de neurología*, 57(1), 95-103.
- Diamond, A. (2011). Interventions Shown to Aid Executive Function Development in Children 4 to 12 Years Old. *Science*, 333, 959–964. doi:10.1126/science.1204529.
- Diamond, A. (2012). Activities and programs that improve children’s executive functions. *Current Directions in Psychological Science*, 21, 335-341. doi: 10.1177/0963721412453722.
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135–68. doi:10.1146/annurev-psych-113011-143750.
- DiRenzi, E., & Vignolo, L. (1962). The token test: Sensitive test to detect receptive disturbances in aphasia. *Brain*, 85, 665-678.

- DosReis, S., Mychailyszyn, M. P., Evans-Lacko, S. E., Beltran, A., Riley, A. W., & Myers, M. A. (2009). The meaning of attention-deficit/hyperactivity disorder medication and parents' initiation and continuity of treatment for their child. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *19*(4), 377–83. doi: 10.1089/cap.2008.0118.
- Dyson, L. (2010). Unanticipated effects of children with learning disabilities on their families. *Learning Disability Quarterly*, *33*, 43–55. doi 10.1177/073194871003300104.
- Elo, S., Kaariainen, M., Kanste, O., Polkki, T., Utriainen, K., & Kyngas, H. (2014). Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open*, *4*(1).doi: 10.1177/2158244014522633.
- Escobar, M., Zabala, M., & Roza, P. (2008). Perfil neuropsicológico de escolares con trastornos específicos del aprendizaje de instituciones educativas de Barranquilla, Colombia. *Acta Neurológica Colombiana*, *24*, 63-73.
- Eisenmajer, N., Ross, N., & Pratt, C. (2005). Specificity and characteristics of learning disabilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *46*(10), 1108-1115.
- Escudero, J.M. & Martínez B. (2012). Las políticas de lucha contra el fracaso escolar ¿Programas de aprendizaje o cambios profundos en la educación? *Revista de Educación*, *1* (Extra), 174-193. doi: 10,4438/I 988-292x-RE-EXT-2012-EXT-211.
- Fasfous, A. F., Hidalgo-Ruzzante, N., Vilar-López, R., Catena-Martínez, A., & Pérez-García, M. (2013). Cultural Differences in Neuropsychological Abilities Required to Perform Intelligence Tasks. *Archives of Clinical Neuropsychology* doi:10.1093/arclin/act074.

- Fasfous, A. F., Peralta-Ramirez, M. I., Pérez-Marfil, M. N., Cruz-Quintana, F., Catena-Martinez, A., & Pérez-García, M. (2015). Reliability and validity of the Arabic version of the computerized Battery for Neuropsychological Evaluation of Children (BENCI). *Child Neuropsychology*, 21(2), 210-224.
- Fasfous, A. F., Puente, A. E., Pérez-Marfil, M. N., Cruz-Quintana, F., Peralta-Ramirez, I., & Pérez-García, M. (2013). Is the color trails culture free?. *Archives of clinical neuropsychology*, 28(7), 743-749.
- Fernández-Alcántara, M., Garcia-Caro, M. P., Laynez-Rubio, C., Perez-665 Marfil, M.N., Marti-Garcia, C., Benitez-Feliponi, A.,... Cruz-Quintana, F. (2015). Feelings of loss in parents of children with infantile cerebral palsy. *Disability and Health Journal*, 8, 93–101. doi:10.1016/j.dhjo.2014.06.003.
- Felix-Mateos, V. 2006. Recursos para el diagnóstico psicopedagógico y comorbilidades. *Revista electrónica de investigación psicoeducativa*, nº10, vol 4(3) pp:623-642.
- Fernández-Alcántara, M., García-Caro, M.P., Pérez-Marfil, M.N., Hueso-Montoro, C., Laynez-Rubio, C., & Cruz-Quintana, F. (2016) Feelings of loss in parents of children with autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 55, 312-321. doi: 10.1016/j.ridd.2016.05.007.
- Flecher, J.M., Francis, D.J., Morris, R.D, & Lyon, R. 2011. Evidence-based Assessment of learning disabilities in children and adolescents. *Journal of clinical Chil & Adolescent psychology* 34:3, 506-522.
- Garcia, R. B., Mammarella, I. C., Pancera, A., Galera, C., & Cornoldi, C. (2015). Deficits in visual short-term memory binding in children at risk of non-verbal learning disabilities. *Research in developmental disabilities*, 45, 365-372.

- García-Nonell, C., Rigau-Ratena, E., Artigas-Pallarés, J. (2006). The Neurocognitive Profile of Non-Verbal Learning Disorder. *Revista de Neurología*, 43, 268-274.
- García, J. L. (2005). P. y Arellano, B. El pediatra de atención primaria en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Planteamiento tras un estudio de población. *Rev. Neurol. (Navarra) Jul*, 42(2), 75-80.
- Ginieri-Coccosis, M., Rotsika, V., Skevington, S., Papaevangelou, S., Malliori, M., Tomaras, V., & Kokkevi, A. (2013). Quality of life in newly diagnosed children with specific learning disabilities (SpLD) and differences from typically developing children: a study of child and parent reports. *Child: Care, Health and Development*, 39(4), 581–91. doi:10.1111/j.1365-2214.2012.01369.
- Graziano, P.A., McNamara, J.P., Geffken, G.R., & Reid, A. (2011). Severity of children's ADHD Symptoms and parenting stress: A multiple mediation model of self-regulation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 1073-1083 doi: 10.1007/s10802-011-9528-0.
- González, D., Jiménez, J. E., García, E., Díaz, A., Crespo, P., & Artiles, C. (2010). Prevalencia de las dificultades específicas de aprendizaje en la Educación Secundaria Obligatoria. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 317–327.
- Goikoetxea, E. (2012). Learning disabilities at the dawn of the XXI century. *Relieve -E- Journal of Educational Research, Assessment and Evaluation*, 18, 2. Available in <http://www.uv.es/RELIEVEv18ni12.htm>.
- Goldstein, L. H., Harvey, E. A., & Friedman-Weieneth, J. L. (2007). Examining subtypes of behavior problems among 3-year-old children, part III: Investigating differences in parenting practices and parenting stress. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(1), 125-136. doi: 10.1007/s10802-006-9047-6.

- Griffith, G. M., Totsika, V., Nash, S., Jones, R. S. P., & Hastings, R. P. (2012). “We are all there silently coping”. The hidden experiences of parents of adults with Asperger syndrome. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 37*(3), 237–47. doi:10.3109/13668250.2012.701729.
- Hagberg, B., Billstedt, E., Nydén, A., & Gillberg, C. (2015). Asperger syndrome and nonverbal learning difficulties in adult males: self- and parent-reported autism, attention and executive problems. *European Child and Adolescent Psychiatry, 24*, 969–977. doi:10.1007/s00787-014-0646-4.
- Halperin, J. M., Sharma, V., Greenblatt, E., & Schwartz, S. T. (1991). Assessment of the continuous performance test: reliability and validity in a non referred sample. *Psychological Assessment, 3*, 603.
- Hansen, D. L., & Hansen, E. H. (2006). Caught in a balancing act: parents’ dilemmas regarding their ADHD child's treatment with stimulant medication. *Qualitative Health Research, 16*(9), 1267–85. doi:10.1177/1049732306292543.
- Heiman, T., & Berger, O. (2008). Parents of children with Asperger syndrome or with learning disabilities: family environment and social support. *Research in Developmental Disabilities, 29*(4), 289–300. doi:10.1016/j.ridd.2007.05.005.
- Heiman, T., Zinck, L., & Heath, N. (2008). Parents and Youth With Learning Disabilities Perceptions of Relationships and Communication. *Journal of Learning Disabilities, 41*(6), 524–534. doi:10.1177/0022219408317860.
- Hendriksen, J. G. M., Keulers, E. H. H., Feron, F. J. M., Wassenberg, R., Jolles, J., & Vles, J. S. H. (2007). Subtypes of learning disabilities: neuropsychological and behavioural functioning of 495 children referred for multidisciplinary assessment.

European Child & Adolescent Psychiatry, 16(8), 517–24. doi:10.1007/s00787-007-0630-3.

Howitt, D. (2013). *Introduction to qualitative methods in psychology*. 713 London: Pearson.

Jenkins, M. M., Youngstrom, E. A., Washburn, J. J., & Youngstrom, J. K. (2011). Evidence-based strategies improve assessment of pediatric bipolar disorder by community practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(2), 121.

Jiménez, J. E., Guzmán, R., Rodríguez, C., & Artiles, C. (2009). Prevalencia de las dificultades específicas de aprendizaje: La dislexia en español. *Anales de Psicología*, 25(1), 78–85. doi:10.6018/71521.

Johnson, R. F., O'Reilly, M., & Vostanis, P. (2006). Caring for children with learning disabilities who present problem behaviours: a maternal perspective. *Journal of Child Health Care: For Professionals Working with Children in the Hospital and Community*, 10(3), 188–98. doi:10.1177/1367493506066480.

Jones, B. L., & Eberle, J. A. (2000, July). Learning disabilities: diagnostic considerations from an educational perspective. In *Seminars in clinical neuropsychiatry* (Vol. 5, No. 3, pp. 157-163).

Kaiser, N. M., McBurnett, K. & Pfiffner, L.J. (2011). Child ADHD severity and positive and negative parenting as predictors of child social functioning: Evaluation of three theoretical models. *Journal of Attention Disorders*, 15 (3) 193-203 doi: 10.1177/1087054709356171.

- Karande, S., & Kulkarni, S. (2009). Quality of life of parents of children with newly diagnosed specific learning disability. *Journal of Postgraduate Medicine*, 55,97-103 doi:10.4103/0022-3859.52839.
- Karande, S., Kumbhare, N., Kulkarni, M., & Shah, N. (2009). Anxiety levels in mothers of children with specific learning disability. *Journal of Postgraduate Medicine*, 55,165-70, doi:10.4103/0022-3859.57388.
- Kavale, K. A., & Forness, S. R. (2000). What Definitions of Learning Disability Say and Don't Say: A Critical Analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 33(3), 239–256. doi:10.1177/002221940003300303.
- Kayama, M., & Haight, W. (2013). Disability and Stigma: How Japanese Educators Help Parents Accept Their Children's Differences. *Social Work*, 59(1), 24–33. doi: 10.1093/sw/swt027.
- Klin, A., Volkmar, F. R., Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Rourke, 737 B. P. (1995). Validity and neuropsychological characterization of Asperger syndrome: convergence with nonverbal learning disabilities syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 36(7), 1127–40.
- Kroll, T., Barbour, R., & Harris, J. (2007). Using focus groups in disability research. *Qualitative Health Research*, 17(5), 690–8. doi:10.1177/1049732307301488.
- Katzir, T., Kim, Y. S., Wolf, M., Morris, R., & Lovett, M. W. (2008). The varieties of pathways to dysfluent reading: Comparing subtypes of children with dyslexia at letter, word, and connected text levels of reading. *Journal of learning disabilities*, 41(1), 47-66.

- Lench, H. C., Levine, L. J., & Whalen, C. K. (2013). Exasperating or exceptional? Parents' interpretations of their child's ADHD behavior. *Journal of Attention Disorders, 17*(2), 141–51. doi:10.1177/1087054711427401.
- Letelier Ruiz, D., Muñoz Contreras, P., & Vásquez Silva, B. (2013). Desempeño de la memoria de trabajo verbal en sujetos con afasia y su asociación al déficit en la comprensión auditiva.
- Lindauer, R. (2015). Cognitive training for children with ADHD: a randomized controlled trial of Cogmed working memory training and “paying attention in class.” *Frontiers in Psychology, 6*: 1081. doi:10.3389/fpsyg.2015.01081.
- Little, L., & Clark, R. R. (2006). Wonders and worries of parenting a child with Asperger syndrome & nonverbal learning disorder. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 31*(1), 39-44.
- Lyon, G.R. (1995). Research initiatives in learning disabilities: Contributions from scientists supported by the National Institute of Child Health and Human Development. *Journal of Child Neurology, 10* (suppl. 1), S120-S126.
- Magallón, S. & Narbona, J. (2009). Detección y estudios específicos en el trastorno del aprendizaje procesal. *Revista de Neurología, 48*, 71-76.
- Manjón, D. G., & Vidal, J. G. (2001). *Dificultades de aprendizaje e intervención psicopedagógica: Concepto, evaluación y tratamiento*. Eos.
- Martín, A.B. (2007). La LOE ante el fracaso, la repetición y el abandono escolar. *Revista Iberoamericana de Educación, 43*, 1-11.
- Martín-González, R., González-Pérez, P. A., Izquierdo-Hernández, M., Hernández-Expósito, S., Alonso-Rodríguez, M. A., Quintero-Fuentes, I., & Rubio-Morell, B.

- (2008). Evaluación neuropsicológica de la memoria en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: papel de las funciones ejecutivas. *Revista de neurología*, 47(5), 225-230.
- Mateo, V. F. (2006). Recursos para el diagnóstico psicopedagógico del TDAH y comorbilidades. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 4(10), 623-642.
- Miller, J. N., & Ozonoff, S. (2000). The external validity of Asperger disorder: Lack of evidence from the domain of neuropsychology. *Journal of abnormal psychology*, 109(2), 227.
- Montañés-Rada, F., Gastaminza-Pérez, X., Catalá, M. A., Ruiz-Sanz, F., Ruiz-Lázaro, P. M., Herreros-Rodríguez, Ó., ...& Cantó-Díez, T. (2010). Consenso del GEITDAH sobre el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*, 51, 633-7.
- Morrison, A. B., & Chein, J. M. (2011). Does working memory training work? The promise and challenges of enhancing cognition by training working memory. *Psychonomic bulletin & review*, 18(1), 46-60.
- Moura, O., Simões, M. R., & Pereira, M. (2015). Executive functioning in children with developmental dyslexia. *The Clinical Neuropsychologist*, 28(sup1), 20-41.
- Moen, O. L., Hall-Lord, M. L., & Hedelin, B. (2011). Contending and adapting every day: norwegian parents' lived experience of having a child with ADHD. *Journal of Family Nursing*, 17(4), 441-62. doi:10.1177/1074840711423924.
- Modesto-Lowe, V., Farahmand, P., Chaplin, M., & Sarro, L. (2015). Does mindfulness meditation improve attention in attention deficit hyperactivity disorder? *World Journal of Psychiatry*, 5, 397-403. doi:10.5498/wjpp.v5.i4.397.

- Montiel-Nava, C., & Peña, J. A. (2001). Discrepancia entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes. *Rev Neurol*, 32(6), 506-511.
- Muñiz, J., & Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 108-121.
- Nydén, A., Billstedt, E., Hjelmquist, E., & Gillberg, C. (2001). Neurocognitive stability in Asperger syndrome, ADHD, and reading and writing disorder: a pilot study. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 43, 165–71. doi: 10.1111/j.1469-8749.2001.tb00182.
- Ortiz, M. R. (2004). Manual de dificultades de aprendizaje. Madrid. Pirámide.
- O' Halloran, M., Sweeney, J., & Doody, O. (2013). Exploring fathers' 760 perceptions of parenting a child with Asperger syndrome. *Journal of Intellectual Disabilities*, 17(3), 198–213. doi:10.1177/1744629513494928.
- Pérez, J. C. N. (2002). Reseña de " Dificultades de aprendizaje e intervención psicopedagógica" de Jesús-Nicasio García Sánchez. *Psicothema*, 14(1), 186-187.
- Pistoia, M., Abad-Mas, L., & Etchepareborda, M. C. (2004). Abordaje psicopedagógico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad con el modelo de entrenamiento de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 38, 149-155.
- Pizarro, R., & Clark, S. 1998. Currículo de hogar y aprendizajes educativos. Interacción versus estatus. *Revista de psicología de la universidad de Chile.*, 7, 25-33.
- Prager, E. O., Sera, M. D., & Carlson, S. M. (2016). Executive function and magnitude skills in preschool children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 147, 126–139. doi:10.1016/j.jecp.2016.01.002.

- Ramón, P. R., & Sánchez, J. N. G. (2009). El entorno familiar y su influencia en el rendimiento académico de los alumnos con dificultades de aprendizaje: revisión de estudios empíricos. *Aula abierta*, 37(1), 117-128.
- Rapport, M. D., Orban, S. A., Kofler, M. J., & Friedman, L. M. (2013). Do programs designed to train working memory, other executive functions, and attention benefit children with ADHD? A meta-analytic review of cognitive, academic, and behavioral outcomes. *Clinical Psychology Review*, 33, 1237–1252. doi:10.1016/j.cpr.2013.08.005
- Ratera, E. R., & Artigas, J. (2004). Características del trastorno de aprendizaje no verbal. *Revista de Neurología*, 38, 33–38.
- Robledo-Ramón, P., & García-Sánchez, J. N. (2013). The Involvement and Satisfaction with Education of the Families of Students with and without Specific Learning Disabilities. *Revista de Psicodidáctica*, 18(1), 137–155. doi:10.1387/RevPsicodidact.4639
- Rodríguez Molinero, L., López Villalobos, J. A., Garrido Redondo, M., Sacristán Martín, A. M., Martínez Rivera, M. T., & Ruiz Sanz, F. (2009). Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Pediatría Atención Primaria*, 11(42), 251-270.
- Rodríguez, V. M. A., Santana, G. M. R., Hernández, V., & Bermúdez, L. D. C. (2016). Intervention in reading processes in pupils with Specific Language Impairment. *Psicothema*, 28, 40–46. doi:10.7334/psicothema2015.144.

- Rodríguez del Rey, B. 2012. Perfiles neuropsicológicos en niños de educación infantil determinados por el grado de las dificultades de aprendizaje (TESIS doctoral). Universidad de León.
- Romero J. F. (1990) Dificultades en el aprendizaje: desarrollo histórico, modelos, teorías y definiciones. Valencia. Promolibro.
- Roselló, B., García Castellar, R., Tárraga Mínguez, R., & Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 2003, vol. 36, num. Supl. 1, p. 79-84.
- Soriano, M., Miranda, A., & Cuenca, I. (1999). Intervención psicopedagógica en las dificultades del aprendizaje escolar. *Rev Neurol*, 28(supl 2), 94-100.
- Sastre-Riba, S. (2006). Condiciones tempranas del desarrollo y el aprendizaje: el papel de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 42(2), 143-151.
- Semrud-Clikeman, M. (2005). Neuropsychological aspects for evaluating learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 38(6), 563-568.
- Strassner, H. T., Kimura, R. E. (2012). Divergent views of hope influencing communications between parents and hospital providers. *Qualitative Health Research*, 22(9), 1232–46. doi:10.1177/1049732312449210.
- Scanlon, D. (2013). Specific learning disability and its newest definition: which is comprehensive? And which is insufficient? *Journal of Learning Disabilities*, 46(1), 26–33. doi:10.1177/0022219412464342.

- Schroeder, V. M., & Kelley, M. L. (2008). The influence of family factors on the executive functioning of adult children of alcoholics in college. *Family Relations*, 57(3), 404-414.
- Stroop, J. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 121, 15–23.
- Sen, E., & Yurtsever, S. (2007). Difficulties experienced by families with disabled children. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 12(4), 238–52. doi:10.1111/j.1744-6155.2007.00119.
- Siegel, L. S. (1989). IQ Is Irrelevant to the Definition of Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 22(8), 469–478. doi:10.1177/002221948902200803.
- Sliminng, E. C., Vio, C. G., & Villarroel, H. P. (2007). Diseño, implementación y evaluación de un programa de manejo conductual para padres de niños con Síndrome de Asperger. *Psicología conductual= behavioral psychology: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, (2), 253-266
- Steinhausen, H.C. (2009). The heterogeneity of causes and courses of attention deficit/hyperactivity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(5), 392–9. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01446.
- Tirado-Durán, E. Psiquiatría, Y. N. (2006) Evaluación neuropsicológica. *Salud mental*, 29(1), 13.
- Torgesen, J.K. (1991). Learning disabilities: Historical and conceptual issues. (pp. 3-37). San Diego, CA, US: Academic Press, xx, 643.

- Thorell, L. B., Nyberg, L. 2008. The Childhood Executive Functioning Inventory (CHEXI): A New Rating Instrument for Parents and Teachers. *Developmental Neuropsychology*, 33(4), 536–552 .
- Valdizán, D. J. (2005). consenso multidisciplinar en TDAH; infancia, adolescencia y adultos. *Grupo de Consenso TDAH Multidisciplinar*, 20.
- Varela, V. C., Montoya, D. M. L., Tamayo, L. O., Restrepo, F. G., Moscoso, Ó. A., Castellanos, C. G. D., ...& Zuluaga, J. B. V. (2011). Protocolo neuropsicopedagógico en la evaluación multidimensional del trastorno por déficit/Hiperactividad-TDAH-: Implementación de una experiencia investigativa. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (1900-9895)*, 7(2).
- Verdejo-García, A., & Bechara, A. (2010). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Psicothema*, 22, 227–235.
- Vidal, J.G. Y Manjón, D. G.(2001) Dificultades De aprendizaje e intervención psicopedagógica. Vol. I y II. -Madrid. EOS.
- Willson, V.L. (1987). Statistical and psychometric issues surrounding severe discrepancy. *Learning Disabilities Research*, 3 (1), 24-28.
- Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology 784 & Health*, 785 15(2), 215–228. doi:10.1080/08870440008400302.
- Zeidner, M., Matthews, G., Roberts, R. D., & MacCann, C. (2003). Development of emotional intelligence: Towards a multi-level investment model. *Human development*, 46(2-3), 69-96.
- Zúñiga, S. P. A., Izquierdo, J., & Álvarez, B. L. E. (2013). Evaluación de la práctica educativa: una revisión de sus bases conceptuales. *Actualidades Investigativas en Educación*, 13(1), 23-44.

Zwi, M., Jones, H., Thorgaard, C., York, A., & Dennis, J.A. (2011). Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. doi 10.1002/14651858.CD003018.pub3. www.cochranelibrary.com.

Recursos web:

ADERES (2016) www.aderes.es Disponible en <http://anuda.es/aderes/portfolio-item/taller-aprender-a-pensar/>. Consultado el 16 de noviembre de 2016.

Baldizar, J.R. (2005) www.acodah.org Disponible en ([http://www.acodah.org/archivos/consenso%20multidisciplinar%20en%20ta-h\[1\].pdf](http://www.acodah.org/archivos/consenso%20multidisciplinar%20en%20ta-h[1].pdf)). Consultado el 10 de Febrero de 2017.

Calderón-Machuca, Fundación CADAH (2016). www.fundacioncadah.org Disponible en <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/estructura-y-funciones-de-los-equipos-de-orientacion-escolar-en-espana.html>. Consultado el 7 de Noviembre de 2016.

Fernandez-Briz, Fundación CADAH (2013). www.fundacioncadah.org Disponible en <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/evolucion-de-la-legislacion-educativa-espanola-en-cuanto-a-la-atencion-a-la-diversidad.html>. Consultado el 7 de noviembre de 2016.

Junta de Andalucía. (2008). www.juntadeandalucia.es Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishare-servlet/content/e120caaa-7fbd-4e00-b166-54311bc3ad21>. Consultado el 16 de noviembre de 2016.

Junta de Andalucía (2016) www.juntadeandalucia.es Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/educacion/colabora/documents/10128/4314810/Gu%C3%ADa_S%C3%A9neca.pdf . Consultado el 16 de noviembre de 2016.

ANEXOS:



Parenting a Child with a Learning Disability: A Qualitative Approach

Manuel Fernández-Alcántara, Cayetana Correa-Delgado, Ángela Muñoz, María Teresa Salvatierra, Tadeo Fuentes-Hélices & Carolina Laynez-Rubio

To cite this article: Manuel Fernández-Alcántara, Cayetana Correa-Delgado, Ángela Muñoz, María Teresa Salvatierra, Tadeo Fuentes-Hélices & Carolina Laynez-Rubio (2017): Parenting a Child with a Learning Disability: A Qualitative Approach, International Journal of Disability, Development and Education

To link to this article: <http://dx.doi.org/10.1080/1034912X.2017.1296938>



Published online: 28 Feb 2017.



Submit your article to this journal [↗](#)



View related articles [↗](#)



View Crossmark data [↗](#)

Full Terms & Conditions of access and use can be found at
<http://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=cijd20>

Download by: [84.120.142.97]

Date: 28 February 2017, At: 23:00

Imagen: Página 1 de la publicación del *Estudio 2* en la revista “*International Journal of Disability, Development and Education*”

- Kayama, M., & Haight, W. (2013). Disability and stigma: How Japanese educators help parents accept their children's differences. *Social Work, 59*, 24–33. doi:10.1093/sw/swt027
- Klin, A., Volkmar, F. R., Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Rourke, B. P. (1995). Validity and neuropsychological characterization of Asperger syndrome: Convergence with nonverbal learning disabilities syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 36*, 1127–1140.
- Kroll, T., Barbour, R., & Harris, J. (2007). Using focus groups in disability research. *Qualitative Health Research, 17*, 690–698. doi:10.1177/1049732307301488
- Lench, H. C., Levine, L. J., & Whalen, C. K. (2013). Exasperating or exceptional? Parents' interpretations of their child's ADHD behavior. *Journal of Attention Disorders, 17*, 141–151. doi:10.1177/1087054711427401
- Little, L., & Clark, R. (2006). Wonders and worries of parenting a child with Asperger syndrome & nonverbal learning disorder. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 31*, 39–44. doi:10.1097/00005721-200601000-00009
- Magallón, S., & Narbona, J. (2009). Detección y estudios específicos en el trastorno del aprendizaje procesal [Detection and specific studies in procedural learning difficulties]. *Revista de Neurología [Journal of Neurology], 48*, 71–76.
- Martín, A. B. (2007). La LOE ante el fracaso, la repetición y el abandono escolar [The LOE facing academic failure and school dropout]. *Revista Iberoamericana de Educación [Ibero-American Journal of Education], 43*, 1–11.
- Moen, O. L., Hall-Lord, M. L., & Hedelin, B. (2011). Contending and adapting every day: Norwegian Parents' lived experience of having a child with ADHD. *Journal of Family Nursing, 17*, 441–462. doi:10.1177/1074840711423924
- Norlin, D., & Broberg, M. (2013). Parents of children with and without intellectual disability: Couple relationship and individual well-being. *Journal of Intellectual Disability Research, 57*, 552–566. doi:10.1111/j.1365-2788.2012.01564.x
- Nydén, A., Billstedt, E., Hjelmquist, E., & Gillberg, C. (2001). Neurocognitive stability in Asperger syndrome, ADHD, and reading and writing disorder: A pilot study. *Developmental Medicine and Child Neurology, 43*, 165–171. doi:10.1111/j.1469-8749.2001.tb00182.x
- O'Halloran, M., Sweeney, J., & Doody, O. (2013). Exploring fathers' perceptions of parenting a child with Asperger syndrome. *Journal of Intellectual Disabilities, 17*, 198–213. doi:10.1177/1744629513494928
- Ratera, E. R., & Artigas, J. (2004). Características del trastorno de aprendizaje no verbal [The characteristics of non-verbal learning disorder]. *Revista de Neurología [Journal of Neurology], 38*, 33–38.
- Robledo-Ramón, P., & García-Sánchez, J. N. (2013). The involvement and satisfaction with education of the families of students with and without specific learning disabilities. *Revista de Psicodidáctica [Journal of Psychodidactics], 18*, 137–155. doi:10.1387/RevPsicodidact.4639
- Roscigno, C. I., Savage, T. A., Kavanaugh, K., Moro, T. T., Kilpatrick, S. J., Strassner, H. T., ... Kimura, R. E. (2012). Divergent views of hope influencing communications between parents and hospital providers. *Qualitative Health Research, 22*, 1232–1246. doi:10.1177/1049732312449210
- Rosenberg, M. S., Bott, D., Majsterek, D., Chiang, B., Gartland, D., Wesson, C., ... Bender, W. (1992). Minimum standards for the description of participants in learning disabilities research. *Learning Disability Quarterly, 15*, 65–70.
- Scanlon, D. (2013). Specific learning disability and its newest definition: Which is comprehensive? And which is insufficient? *Journal of Learning Disabilities, 46*, 26–33. doi:10.1177/0022219412464342
- Sen, E., & Yurtsever, S. (2007). Difficulties experienced by families with disabled children. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 12*, 238–252. doi:10.1111/j.1744-6155.2007.00119.x
- Siegel, L. S. (1989). IQ is irrelevant to the definition of learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities, 22*, 469–478. doi:10.1177/002221948902200803
- Steinhausen, H. C. (2009). The heterogeneity of causes and courses of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 120*, 392–399. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01446.x
- Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology & Health, 15*, 215–228. doi:10.1080/08870440008400302

Imagen: Última pág. de la publicación del *Estudio 2* en la revista “*International Journal of Disability, Development and Education*”

