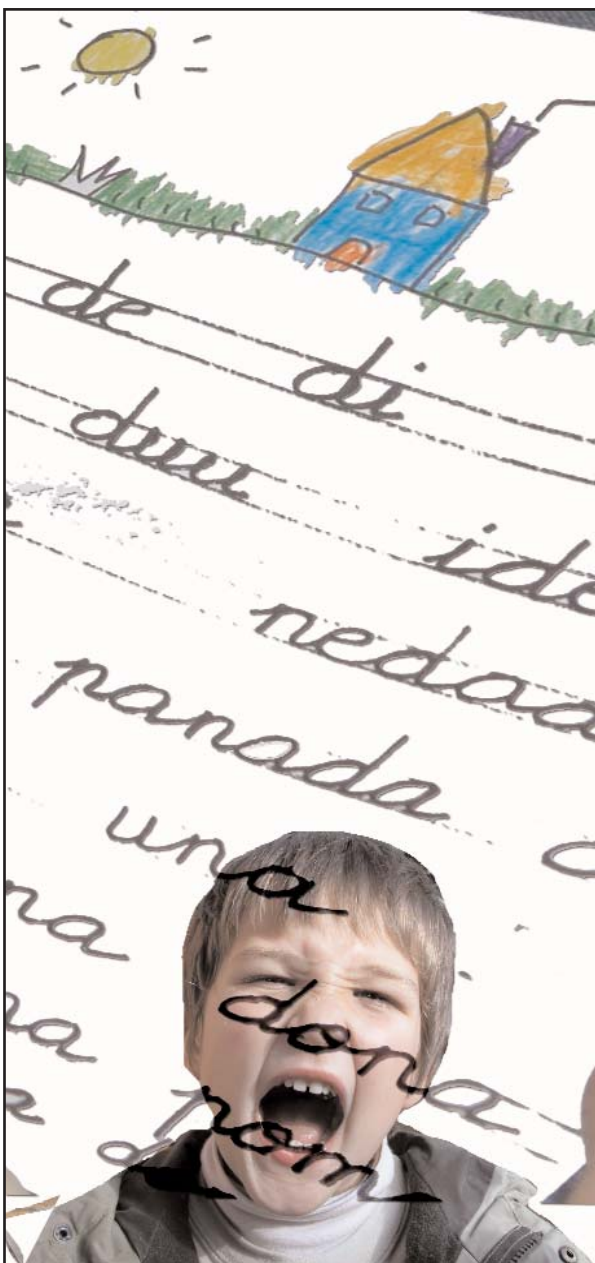


Uno de cada veinticinco niños padece un trastorno de déficit de atención con hiperactividad

PALABRAS CLAVE: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), prevalencia.

El estudio de prevalencia del TDAH realizado por miembros del departamento de Psicología de la UIB es el primero en España que contrasta la evaluación de padres y profesores y que no detecta diferencias entre niños y niñas respecto a esta disfunción

KEYWORDS: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), prevalence.



Un niño en cada aula (25 niños/aula) es hiperactivo. O dicho de otra forma, un 4,7 por ciento de la población infantil de entre 6 y 11 años presenta Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Así lo pone de manifiesto un estudio de prevalencia de este trastorno realizado, entre la población escolar mallorquina, por investigadores del Departamento de Psicología de la UIB dirigidos por el doctor Mateu Servera.

Además de ser esta la primera vez que se realiza un estudio de estas características en Baleares, el hecho de que los investigadores hayan utilizado un muestra de 1.700 escolares (de entre primero y cuarto curso de primaria y sobre una población real de 30.000) de 24 centros y que se hayan encuestado a los padres y a los profesores de estos alumnos, hace que el estudio sea único en todo el Estado español. La mayoría de estudios publicados sobre TDAH sólo implican a un evaluador (padres o profesores) y no disponen de muestras tan amplias.

El estudio realizado por los investigadores cumple, en este sentido, las recomendaciones de la Asociación de Psiquiatría de los EE.UU., para la que un diagnóstico de TDAH obliga a disponer de evidencias en dos ámbitos diferentes que en el caso del niño son la casa y la escuela. (En concreto se utilizó el manual de la asociación transformado en una escala de evaluación: ADHD-IV Rating Scales. Las escalas están baremadas de manera diferenciada, según el evaluador sea el maestro o los padres. También hay diferencias en la baremación teniendo en cuenta la edad y el sexo).

El estudio epidemiológico comenzó con un protocolo

El problema básico atencional provoca una serie de disfunciones: fracaso escolar, inadaptación, déficit de memoria.

de evaluación que incluye, como hemos dicho antes, cuestionarios tanto para los padres y las madres, como para los profesores. Los resultados son obtenidos tras aplicar distintas escalas de baremación según distintos ítems: según el evaluador, según el sexo... Para cada niño se comparan los resultados de los dos cuestionarios y sólo es considerado sospechoso de padecer TDAH aquel que presenta rasgos definitivos tanto en un ambiente como en otro, tanto en casa como en el colegio.

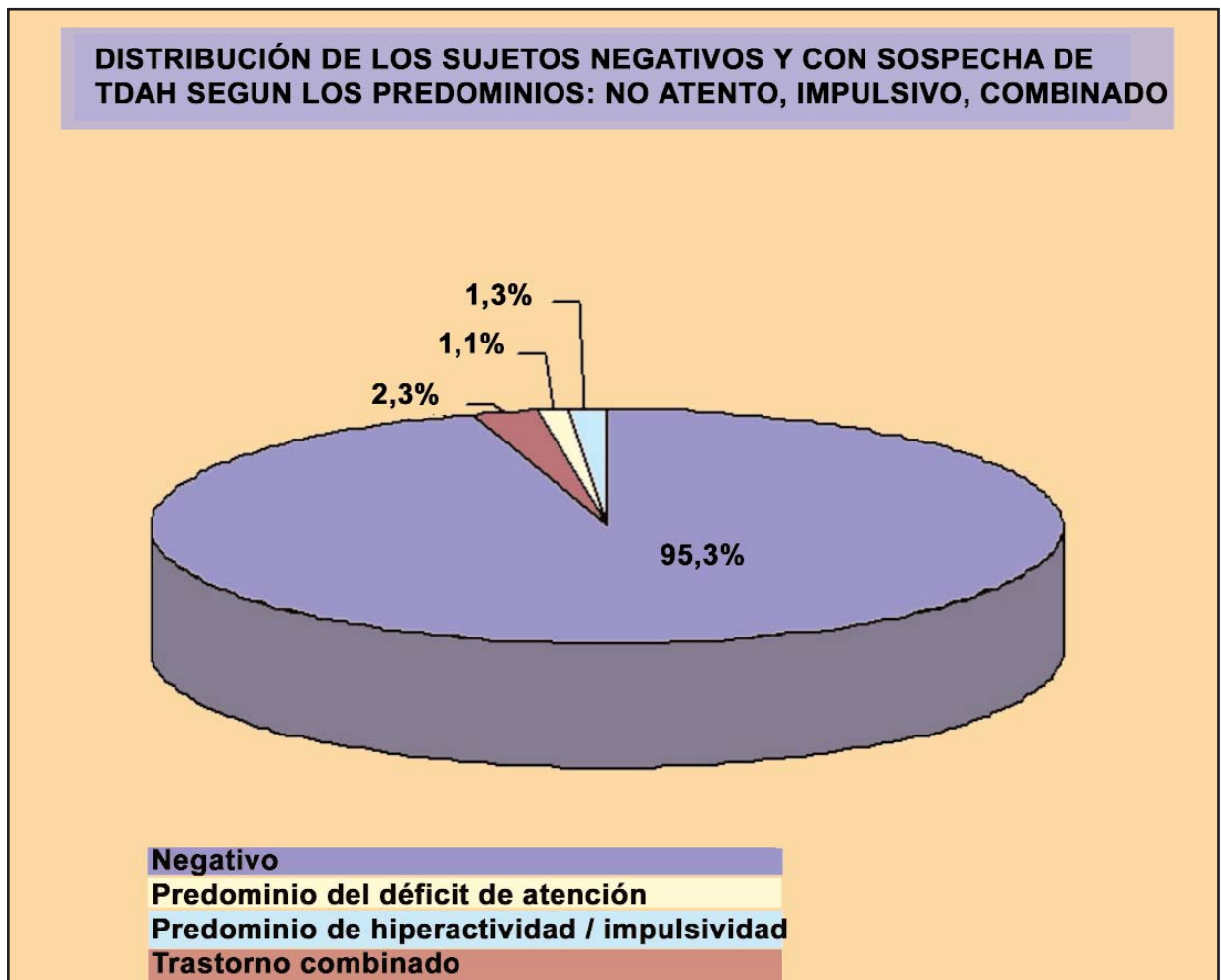
Los resultados finales obtenidos se acercan a las tasas de prevalencia de TDAH establecidas en estudios anteriores -principalmente estadounidenses. De manera general, la prevalencia del trastorno resulta variable en función de utilizar una estrategia clínica (valoraciones de expertos) o psicométrica (utilización de escalas y cuestionarios de evaluación) y se sitúa entre un 3 y un 8 por ciento de la población infantil,

dato que sitúa a Mallorca en los márgenes comúnmente aceptados.

A la hora de tomar la muestra entre la población infantil, se tuvo en cuenta el tipo de centro (público o concertado) y se respetó el peso que cada zona geográfica posee en la realidad demográfica de la Isla, diferenciándose los centros según se ubicaran en zona rural, en zona urbana o en zona turística.

De la muestra total, el 55% de los niños correspondían a escuelas públicas y un 45% a colegios concertados. En cuanto a la ubicación de los centros, el 51% de los niños eran alumnos de colegios situados en zonas urbanas, el 29% lo eran de centros ubicados en zonas rurales y, finalmente, el 20% pertenecían a escuelas ubicadas en zonas turísticas. Respecto al sexo, el 53% de los alumnos eran niños y el 46% eran niñas.

La mayoría de estudios publicados hasta hoy solían arrojar una tasa de prevalencia superior de TDAH para



niños. En el estudio que nos ocupa eso no fue así. La causa reside en que los investigadores de la UIB utilizaron puntos de corte distintos según la edad y según el sexo. En el caso de las niñas, por ejemplo, el punto de corte se situaba en una parte más baja de la escala de ponderación que en el caso de los niños. A juicio de los investigadores ese ajuste era del todo necesario puesto que el nivel general de actividad, agitación y movimiento de las niñas respecto de los niños es menor. En otras palabras, se ajustó la escala de ponderación en función de las características biológicas del escolar.

En cuanto a los centros, las tasas de prevalencia de TDAH resultaron ser coincidentes tanto en públicos como en concertados. De la misma manera, tampoco puede hablarse de diferencias entre las zonas estudiadas. En cualquier caso y sorprendentemente se registra un mayor porcentaje en las zonas rurales. Cabe decir, sin embargo, que en una isla tan pequeña como Mallorca, es difícil determinar la presencia de zonas sociodemográficas que realmente se diferencien entre si. La relativa homogeneidad entre entorno urbano y entorno rural en Mallorca, no se da quizás al comparar, por ejemplo, una gran ciudad como Madrid con un pueblo alejado y aislado por importantes accidentes geográficos.

El estudio también nos informa de las tasas de prevalencia de TDAH resultantes de considerar sólo uno de los evaluadores implicados. En este caso, los resultados son altamente clarificadores. Si sólo se tuviera en cuenta el criterio de los profesores, la tasa de prevalencia de TDAH en Mallorca se elevaría al 7 por ciento. Pero, si sólo se considera el criterio de padres y madres, la tasa se dispararía hasta el 25%. Según los investigadores este último resultado pone en evidencia dos hechos. Por una parte, se deduce la necesidad de elevar los puntos de corte en las escalas de ponderación utilizadas por padres y madres. De otra parte, queda evidenciado que padres y madres tienen querencia a sobrediagnosticar, a magnificar los problemas del hijo o de la hija, extremo sin duda lógico si se tienen en cuenta que mientras padres y madres no disponen de otras referencias que el resto de sus hijos, los profesores, por el contrario, poseen muchos más referentes donde apoyar su diagnóstico. El contraste realizado por el equipo de psicólogos entre los resultados obtenidos de la evaluación de



El niño y la niña hiperactivos suelen ser arriesgados, siempre a la búsqueda de nuevos estímulos.

padres y los obtenidos de la ponderación realizada por los profesores, se ha demostrado muy efectiva y adecuada para acercarse a la realidad epidemiológica del trastorno.

El niño hiperactivo y los predominios del trastorno

Históricamente se ha considerado que el TDAH se manifiesta según dos predominios. Por una parte se manifiesta como un trastorno de predominio atencional cuando el niño o la niña se muestra incapaz de concentrarse en cualquier actividad. Aunque se presente una sintomatología de este tipo, no es evidente que tenga que asociarse también con una

sobreactividad motora, con una sobreexcitación o inquietud. Este es el segundo predominio del TDAH, un trastorno hiperactivo impulsivo. En este caso, el síntoma más evidente es que el niño o la niña se muestra muy agitado, tiene problemas para esperar turno, se precipita en sus respuestas, se mueve constantemente, afirma el doctor Mateu Servera. Si se profundiza en el problema, sin embargo, se puede comprobar que en el fondo subyace un trastorno atencional.

Los niños con TDAH no sólo padecen una inadaptación en el aula por no poder seguir las explicaciones del profesor o no poder concentrarse en las tareas, sino también una inadaptación social: suelen ser rechazados por sus compañeros por su torpeza. Esta circunstancia puede desembocar en la adolescencia en un aislamiento nada deseable

Así como la agitación motora se hace muy evidente y casi espectacular en los primeros años de vida, cuando el niño avanza en edad este predominio de hiperactividad impulsiva suele mejorar aun sin tratamiento. En cambio, el problema basal atencional tiende a persistir y a provocar un buen número de disfunciones: fracaso escolar, inadaptación, déficit de memoria. El niño hiperactivo es incapaz de concentrarse en una tarea, aunque su ejecución no sea complicada, y es así, no porque no quiera llevarla a cabo, sino porque muy pronto deja de tener presente aquello que se le ha encargado que haga.

El trastorno atencional se presenta sea cual sea la actividad implicada: en los deberes puede resultar más evidente, pero también se presenta en tiempo de ocio, cuando una película de dibujos animados muy pronto deja de interesar al niño hiperactivo. El rasgo más sobresaliente del perfil de un niño hiperactivo es, por tanto, el de un niño despistado que muy rápidamente pierde el hilo de aquello que estaba haciendo.

Si la totalidad de los niños se sienten seguros en la rutina y con un horario estructurado, esta necesidad se hace más evidente en los niños hiperactivos: cualquier cambio les provoca ansiedad y agitación, desconfianza y rechazo a la novedad.

Volviendo a los dos predominios del trastorno, el estudio realizado por los investigadores de la UIB confirma que, en general, se presenta una combinación de ambas variantes. Aún así, una parte de los niños con TDAH puede presentar sólo el predominio atencional y otra parte, aunque más pequeña, sólo el predominio de agitación.

Frente a posturas que defienden que los predominios deberían ser considerados como trastornos distintos, los datos obtenidos por el equipo del Departamento de Psicología de la UIB indican que, siendo síntomas distintos, corresponden a un mismo trastorno.

Así, los investigadores de la UIB consideran que nos encontramos ante una disfunción neurocognitiva. Las pruebas realizadas con estos niños en el laboratorio lo confirman. En efecto, aquellos niños que según el contraste de cuestionarios resultaron ser sospechosos de padecer TDAH fueron sometidos a pruebas de atención sostenida, llamada CSAT (Children Sustained Attention Task) que el año 2003 recibió el VIII premio de TEA Ediciones por la realización de trabajos de investigación y el desarrollo de tests e instrumentos psicológicos (el premio más importante de este tipo en España). Una de ellas consistía en situar al niño ante la pantalla de un ordenador en la que se sucedían números. El niño tan sólo debía pulsar el espaciador del teclado cuando en la pantalla saliera un seis o un tres. Se trataba, por tanto, de una prueba de atención que no precisaba de ningún esfuerzo cognitivo. Mientras un niño sin TDAH es capaz de seguir la prueba durante los siete minutos que ésta duraba, los niños con TDAH habían distraído toda su atención a los tres minutos, aunque al iniciar la prueba lo hicieran con todo su entusiasmo.

Los investigadores concluyen que estas son pruebas suficientes para considerar el TDAH como una disfunción que precisa tratamiento médico y psicopedagógico especial.

Las causas y otros problemas asociados

Se acepta comúnmente que el TDAH es un trastorno neuropsicológico. Las regiones cerebrales afectadas se corresponden con las regiones frontales y perifrontales implicadas en la autorregulación, el autocontrol y las funciones cognitivas. Lo más probable, según las últimas investigaciones, es que el TDAH esté relacionado con un déficit de neurotransmisores y, en concreto, de dopamina y noradrenalina.

Una de las pruebas que sustentan esta hipótesis es que determinados fármacos como el metilfenidato, un agonista dopaminérgico (un psicoestimulante y un derivado anfetamínico), hacen remitir los síntomas del TDAH. Un 80 por ciento de los niños tratados con metilfenidato presentan una sensible mejoría.

precisamente por su torpeza. Esta circunstancia, al llegar a la adolescencia, puede desembocar en un aislamiento indeseable.

En cualquier caso, según el doctor Servera, "la mayoría de investigadores, incluso aquellos que trabajan en el marco de la biología, entienden que los factores ambientales y psicológicos también interactúan y juegan un papel relevante en el mantenimiento del trastorno".

¿Qué ocurre con los adultos hiperactivos?

Si tenemos en cuenta que hoy en día los niños con TDAH no cuentan todavía con una atención especial en la escuela, es comprensible que los problemas de



Esta disfunción molecular que implica a los neurotransmisores en determinadas zonas del cerebro presenta algunos problemas asociados. Algunos niños tienen dificultad a la hora de empezar a hablar, lo hacen más tarde que los niños sin el trastorno. Bastantes de estos niños padecen dislexia y, en general, pueden aparecer problemas motores que se manifiestan en torpeza, en un andar desgarbado, una tendencia a caer y a sufrir accidentes. Cabe tener en cuenta que son, además, niños arriesgados que buscan continuamente nuevos estímulos. Este perfil provoca en el niño una inadaptación, no sólo en el aula, al no poder seguir las explicaciones del profesor como lo hacen el resto de alumnos, sino también una inadaptación social: suelen ser rechazados en los juegos por sus compañeros,

la población adulta con este trastorno se empiecen a abordar ahora. La investigación, muy centrada en la infancia, había abandonado totalmente al enfermo adulto y más allá de los 18 años no se diagnosticaba TDAH. Sorprende este hecho al considerar que el TDAH es un trastorno crónico, mejorable con la medicación y un tratamiento psicopedagógico, pero a la postre crónico.

En EE.UU. y Reino Unido comienzan ahora a surgir asociaciones de afectados adultos. Para entender como vive un adulto su trastorno cabe considerar que el TDAH tiene una base neurológica sobre la que se superpone, al crecer, el proceso madurativo. Dicho de otra manera, el niño hiperactivo madura, aunque lo haga más lentamente que el resto.

El tratamiento farmacológico se hace necesario para controlar el nivel de agitación del niño, pero después se debe actuar sobre padres y profesores si se quiere llegar a la solución de las conductas problema.

A cierta edad, entonces, la fase más aguda del trastorno desaparece. Con la edad se mejora, pero no hasta la curación absoluta. El adulto no tratado sigue teniendo problemas para concentrarse en un tarea que requiere continuidad (para leer, por ejemplo); no se adapta bien ante situaciones que le obligan a tomar decisiones rápidas, eso le provoca ansiedad y prefiere trabajos más rutinarios y estructurados. La inadaptación de estas personas dependerá del ambiente laboral y personal en el que estén inmersos. Si ni el trabajo, ni la familia, ni los amigos ayudan a crear un ambiente favorable, pueden ser personas que presenten cuadros depresivos o de ansiedad.

El peligro de meterlo todo en el mismo saco

Es esencial, según el grupo de investigadores del Departamento de Psicología de la UIB, poner de manifiesto que muchos de los síntomas descritos más arriba aparecen en los niños sin necesidad de que estos padezcan TDAH. La tendencia en estos últimos años ha sido la de sobrediagnosticar la hiperactividad. Según afirma el doctor Mateu Servera, "cualquier niño un poco agitado ha sido considerado hiperactivo y eso ha sido un gran error". Que un niño sea "hiperactivo" en el patio, no quiere decir que lo sea en el aula y que no pueda concentrarse normalmente en sus tareas. Conviene, por tanto, considerar el ámbito en el que el niño se muestra demasiado activo. "Un niño testarudo - afirma el doctor Servera - no tiene porque ser hiperactivo. Su cabezonería puede responder a un déficit en el aprendizaje. Su mala conducta puede ser debida a que no le han sabido transmitir bien cuáles son las normas, por ejemplo".

Para aportar un dato exacto que demuestra esa tendencia exagerada a diagnosticar a los niños como hiperactivos digamos que la mitad de los que han sido derivados, bien por sus padres, bien por sus profesores, a la Unidad de Evaluación y Tratamiento de la Hiperactividad Infantil, eran niños que no padecían el trastorno, aunque sí otros trastornos de aprendizaje, conducta e incluso alguna discapacidad cognitiva. Esta unidad fue en funcionamiento por el profesor Mateu Servera con la ayuda de un grupo de estudiantes de segundo ciclo y doctorado del Departamento de Psicología.

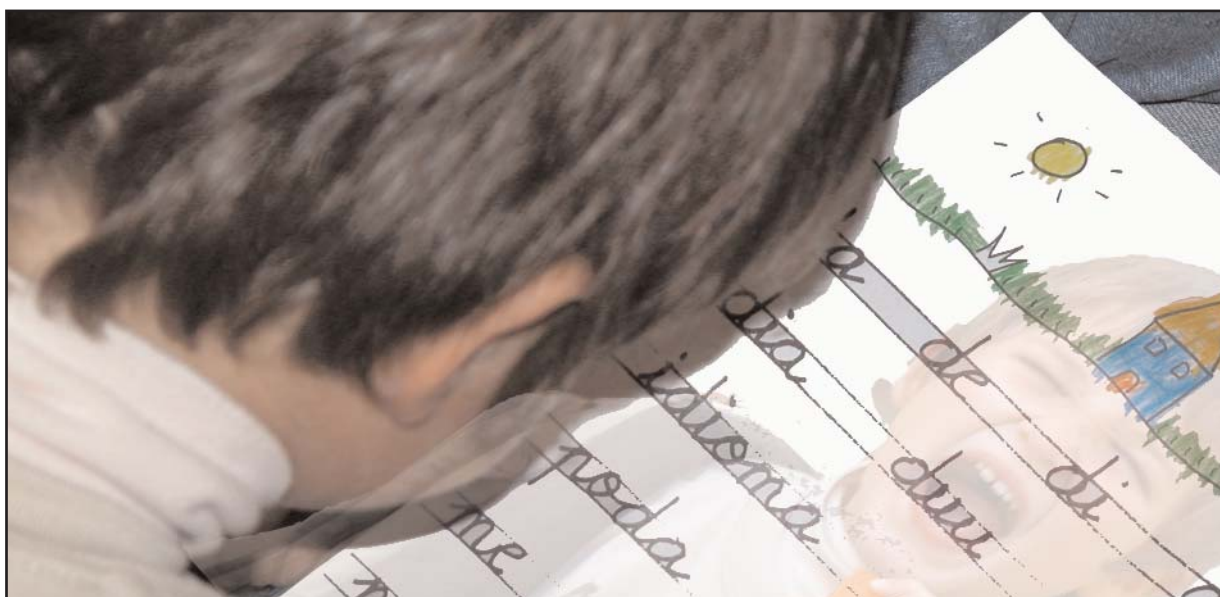
Los tratamientos

Históricamente, dos escuelas, la anglosajona y la europea continental, se han enfrentado a la hora de decidir los tratamientos frente al TDAH. Según el doctor Mateu Servera, "en Europa el aspecto médico del tratamiento no ha sido nunca muy relevante y la hiperactividad se ha tratado siempre como un aspecto menor, por lo que siempre ha predominado un tratamiento psicopedagógico. En cambio, en la escuela anglosajona ha predominado el tratamiento médico y farmacológico. De todas maneras - afirma del doctor Servera - el tratamiento recomendable es la combinación de ambos: farmacológico y psicopedagógico".

Según afirma el doctor Mateu Servera, "el fármaco, el metilfenidato, resulta esencial para poder controlar el nivel de atención del niño, pero después se hace necesaria la formación de padres y madres para solucionar conductas problema que les permita un uso adecuado de los reforzadores positivos y negativos: cómo establecer rutinas, cómo reaccionar ante el niño hiperactivo desobediente... En tercer lugar, se precisa una adaptación curricular, trabajando con el tutor escolar del niño que implique adaptar las tareas y especialmente el tiempo y el estilo del trabajo. I finalmente, una intervención más directa con el propio niño para reforzarle procesos de solución de problemas de interacción social y de la función directiva del habla, así como su capacidad de autocontrol y demora de reforzadores.

Para los investigadores, una dosis adecuada del fármaco es fundamental para poder tratar al niño con TDAH. Con un nivel medio o alto de hiperactividad no se pueden trabajar las habilidades sociales, educativas y de relación que le serán muy útiles para superar el trastorno

Aquí, como en otros países europeos, el fármaco provoca el rechazo de muchos padres por su carácter estimulante. Muchos padres no pueden comprender que un niño hiperactivo sea tratado con un estimulante. En este sentido, cabe aclarar que el



Una adaptación curricular es fundamental para conseguir que estos niños y niñas puedan seguir las tareas escolares.

metilfenidato, como afirma el doctor Servera "actúa a nivel cortical, no a nivel motor. La dosis adecuada permite elevar el nivel de atención del niño sin aumentar la agitación motora".

Para los investigadores, una dosis adecuada del fármaco es esencial para poder tratar a los niños desde un punto de vista psicológico. Un nivel de hiperactividad media o alta no permite, según los expertos, trabajar las habilidades sociales, educativas, de relación, que serán muy útiles para superar el trastorno. Es evidente - afirma el doctor Servera - que cabe ajustar correctamente la dosis y que muchos rechazos al fármaco están relacionados con una mala práctica".

En resumen, tal como afirma el doctor Mateu Servera, "los tratamientos de la hiperactividad son múltiples, pero los que la investigación recomienda son necesariamente multicomponentes, complejos y largos, ya que nos referimos a un trastorno de naturaleza crónica.

Es sobre estas premisas que desde el Departamento de Psicología de la UIB, el doctor Mateu Servera puso en marcha hace dos años una Unidad de Hiperactividad en la que colaboran profesores y alumnos de la UIB, además de otros profesionales del ámbito de la neuropsiquiatría y la psicología.

El trabajo realizado durante los últimos años ha conducido al establecimiento de un protocolo de evaluación y diagnóstico ante sospecha de

hiperactividad que, aunque todavía perfeccionable, está en la línea de las recomendaciones más consensuadas. En este protocolo se han adaptado entrevistas clínicas y escalas para padres y profesores generadas por el grupo de R. Barkley del Medical Center de la Universidad de Massachusetts. Más tarde se incorporó la batería de inteligencia de cariz neuropsicológico, K-ABC de Kaufman, muy habitual en los países anglosajones pero relativamente poco utilizada en España.

Finalmente los niños son evaluados en dos pruebas de elaboración propia, utilizando el ordenador: una tarea de atención sostenida, a la que ya nos hemos referido la CSAT (Children Sustained Attention Task), y la EMIC que puede valorar la presencia de un estilo cognitivo impulsivo y más indirectamente el desarrollo de los procesos de solución de problemas. Todas estas pruebas se han baremado con muestras de niños y niñas de las aulas de centros educativos de Mallorca.

Por otra parte, el grupo de investigadores comenzará ahora un proyecto en colaboración con el Hospital Son Llàtzer de Palma y los Laboratorios Rubió de Barcelona, con el objetivo de ensayar la eficiencia de un derivado del metilfenidato que sería administrado en una única dosis diaria (ahora son tres las dosis) y que reduciría notablemente los efectos secundarios que han aparecido en algunos niños, como son la pérdida de apetito o el insomnio.

Proyecto financiado

Referencia: BSO2000-1200. Ministerio de Ciencia y Tecnología.

Modalidad: P1. Proyecto de investigación básica no orientada.

Título: Estudio de la prevalencia de la hiperactividad en edad escolar.

Acrónimo: EPHEE.

Clasificación UNESCO: 320105

Centro: Departamento de Psicología.

De 2000 a 2003

Investigador responsable

Dr. Mateu Servera Barceló

Profesor (TU) del área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.

Departamento de Psicología

Edifici Guillem Cifre de Colonya

Tel.: 971 17 27 61

e-mail: mateus@uib.es

<http://www.uib.es/facultat/psicologia/professorat/mservera.html>



El doctor Mateu Servera, investigador responsable del proyecto en su despacho.

Otros miembros del equipo

Esther Cardo Jalón, neuropediatra del Hospital Son Llàtzer y profesora asociada de la UIB.

Jordi Llabrés Bordoy, profesor del Departamento de Psicología.

<http://www.uib.es/facultat/psicologia/professorat/jllabres.html>

Colaborador:

Joan Llobera Cànaves, Unitat de Formació i Recerca d'Atenció Primària, Conselleria de Sanitat, Govern de les Illes Balears.

Otras actividades

Unidad de Hiperactividad del Departamento de Psicología (UIB). Dirección: Mateu Servera. Psicólogas colaboradoras: Esther Ureña y Margarita Díez. Colaboradora en neuropediatría: Esther Cardo. Más información en la web: <http://www.uib.es/facultat/psicologia/IMAT/index.html>

Webs de interés

<http://www.nimh.nih.gov/publicat/adhdqa.cfm>

NIMH (ADHD): Questions and Answers

<http://www.nimh.nih.gov/publicat/spadhd.cfm>

Información del NIMH en castellano

<http://chadd.org/>

Children and Adults with Attention-Deficit Hyperactivity Disorders.

<http://add.org/>

National Attention Deficit Disorder Association

<http://www.attention.com/>

Adhd Research Update

<http://www.mhs.com/jad/>

Journal of Attentional Disorders

<http://www.tda-h.com/>

Página TDAH del grup Albor-Cohs (editors)

<http://www.f-adana.org/>

Fundació ADANA (Barcelona)

<http://www.anshda.org/>

Associació d'infants amb TDAH de Madrid

Publicaciones

Libros

Servera, M. & Galván, M.R. (2001). Problemas de impulsividad e inatención en el niño. Madrid: Monografías Técnicas del Centro de Investigación y Documentación Educativa (MECyD) (ISBN 84-369-3502-0). Es pot descarregar gratuïtament a:

<http://wwwn.mec.es/cide/publicaciones/investigacion/colecciones/col152/pub02b2.html>

Servera, M. (coord.). (2002). Intervención en los trastornos del comportamiento infantil: una perspectiva conductual de sistemas. Madrid: Pirámide.

Capítulos de libros

Servera, M., Bornas, X. & Moreno, I. (2001). Hiperactividad infantil: conceptualización, evaluación y tratamiento. En V.E. Caballo & M.A. Simón (eds), Manual de psicología clínica y del adolescente (pp. 401-433). Madrid: Pirámide (ISBN 84-368-1577-7).

Bornas, X., & Llabrés, J. (2001). Helping Students Build Knowledge: What Computers Should Do. En D. D. Shade (Ed.), *Information Technology in Childhood Education Annual* (pp. 267-280). Norfolk, VA: Association for the Advancement of Computing in Education (AACE).

Llabrés, J., Servera, M. & Moreno, I. (2002). Aspectos diferenciales de la terapia de conducta en la infancia. En M. Servera (coord.), *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil* (pp. 27-42). Madrid: Pirámide.

Olivares, J., Servera, M. & Rosa, A.I. (2002). El modelo conductual infantil: aspectos conceptuales e históricos. En M. Servera (coord.), *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil* (pp. 43-84). Madrid: Pirámide.

Servera, M. & Tortella-Feliu, M. (2002). Fobias y trastornos de ansiedad. En M. Servera (coord.), *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil* (pp. 145-178). Madrid: Pirámide.

Moreno, I. & Servera, M. (2002). Los trastornos por déficit de atención con hiperactividad. En M. Servera (coord.), *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil* (pp. 217-254). Madrid: Pirámide.

Servera, M. (2002). Los trastornos por tic y hábitos nerviosos. En M. Servera (coord.), *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil* (pp. 359-384). Madrid: Pirámide.

Servera, M. (2002). El marco teórico: la perspectiva conductual de sistemas. En M. Servera (coord.), *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil* (pp. 85-111). Madrid: Pirámide.

Artículos en revistas científicas

Bornas, X., & Llabrés, J. (2001). Rendiment escolar i autoregulació: una aproximació basada en la Teoria del Caos. *Suports*, 5(1), 34-43.

Fullana, M. A., Servera, M., Weems, C. F., Tortella-Feliu, M., & Caseras, X. (2003). Psychometric properties of the childhood anxiety sensitivity index (CASI) in a sample of catalan school children. *Anxiety, Stress and Coping*, 16 (1), 99-107.

Comunicaciones a congresos

Servera, M., (2001). Sistemas de evaluación y diagnóstico en los trastornos de hiperactividad: el proyecto IMAT. Palma, 22-24 de Noviembre. VIII Congreso Nacional de Psicología Cognitivo-Conductual (Asociación Española de Psicología Conductual).

Servera, M. (2002). Problemes d'inatenció i impulsivitat i la seva relació amb el rendiment acadèmic: la necessitat d'una avaluació objectiva. Barcelona, 26 d'Abril de 2002. XVII Jornada de la Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament (SCRITC).

Servera, M. (2001). La intervención sobre los trastornos de ansiedad en la infancia: una revisión y perspectiva de futuro. Valencia, 6-8 de Diciembre. III Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP).

Servera, M., Fullana M.A. & Pastor, S. (2002). Prevalence of children hyperactivity in the Island of Mallorca: A preliminary report. Maastricht, 18-22 de Septiembre. XXXII European Association for Behavioural and Cognitive Therapies.

Tortella-Feliu, M., Servera, M., Balle, M. & Fullana, M.A. (2002). A school-based prevention program for anxiety disorders in childhood: A preliminary study (póster). XXXII European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Maastricht, 18-22 de Septiembre.

Servera, M., Cardo, E. & Llobera, J. (2003). La detección del tdah por parte de maestros y padres: análisis comparativo con la ADHD-IV Rating Scales. IV Jornadas Internacionales sobre el TDAH: Avances en el diagnóstico y el tratamiento (Fundación Calvida). Madrid, 14-16 Marzo de 2003.

Servera, M., Llabrés, J., Fullana, M.A. (2003). Technical characteristics and psychometric features of the children sustained attention task (CSAT): A New clinical measure of attention for children from 6-7 to 10-11 years. XXXIII Annual Congress of European Association for Behavioural and Cognitive Therapies. Prague, Czech Republic, 10 - 13 September 2003.