

Sluggish Cognitive Tempo: desde una perspectiva transdiagnóstica

ESTER CAMPRODON-ROSANAS Y SANTIAGO BATLLE

Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions. CSMIJ Sant Martí-La Mina, Parc de Salut Mar, Barcelona. Departament de Psiquiatria i Medicina Legal. Facultat de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona, España

Resumen

En los últimos quince años ha habido un interés creciente en el estudio del *Sluggish Cognitive Tempo* (SCT). Uno de los debates abiertos en relación al SCT se centra en considerarlo un nuevo trastorno atencional o bien como constructo transdiagnóstico. El SCT desde una perspectiva transdiagnóstica parece encajar con las propuestas existentes. De este modo, solventaría los problemas de solapamiento y comorbilidad existentes; facilitaría a los clínicos la evaluación del SCT, así como los procesos diagnósticos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad cuando se ha evaluado la desregulación emocional o el perfeccionismo en los trastornos de ansiedad. Además, simplificaría la aparición de tratamientos más individualizados.

Palabras claves: *Sluggish Cognitive Tempo*, tempo cognitivo lento, transdiagnóstico, Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad

Sluggish Cognitive Tempo: from a transdiagnostic perspective

Abstract

In the last fifteen years there has been a growing interest in the study of SCT. One of the open debates in relation to Sluggish Cognitive Tempo (SCT) focuses on considering it a new

attentional disorder or as a transdiagnostic construct. The SCT from a transdiagnostic perspective seems to fit with existing proposals. It would solve the existing problems of overlap and comorbidity. It would facilitate clinical assessment of SCT, and diagnostic processes as occur for Attention Deficit Hyperactivity Disorder when emotional dysregulation or perfectionism in anxiety disorders is evaluated. Also may facilitate the emergence of better-fit treatments for individuals.

Keywords: Sluggish Cognitive Tempo, attention deficit hyperactivity disorder, transdiagnostic

En el estudio de Bernad y Servera (2016) se realiza una revisión exhaustiva de la dimensión *Sluggish Cognitive Tempo* (SCT). Una de las cualidades de ese trabajo es la extensa revisión del SCT desde una perspectiva histórica, la descripción de distintas definiciones existentes, los instrumentos de medida, datos epidemiológicos y, sobre todo, pone especial atención en las implicaciones psicopatológicas (sintomatología internalizante y externalizante), el rendimiento académico y la relación social. Bernad y Servera (2016) también han tenido en cuenta las implicaciones a nivel de perfil neuropsicológico del SCT. Este trabajo facilita la comprensión del SCT, pone de relieve las realidades y controversias de esta dimensión, y facilita la delimitación de las áreas en las que se requiere más investigación (más en aspectos biológicos y neuropsicológicos).

Dirigir toda correspondencia al autor a: Ester Camprodon-Rosanas. CSMIJ Sant Martí-La Mina. C/Ramon Turró 337-339 3era Planta. 08019. Barcelona (Catalunya, España).
Teléfono: 0034.4465706

Correo electrónico: estercamprodon@copc.cat; 60948@parcdesalutmar.cat

RMIP 2016, Vol. 8, No. 2, pp. 175-181.
ISSN-impresa: 2007-0926; ISSN-digital: 2007-3240
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com
Derechos reservados ©RMIP

Uno de los debates abiertos con relación al SCT se centra en si se puede considerar un nuevo trastorno atencional (Barkley, 2014) o bien enmarcarlo como un constructo transdiagnóstico (Becker *et al.*, 2016). En ambas propuestas se requiere más investigación para poder afirmar de forma contundente una u otra visión. Sin embargo, y en la misma línea que estudios previos (Becker *et al.*, 2016; Bernad & Servera, 2016; Camprodon *et al.*, 2013), consideramos interesante la visión del SCT desde una perspectiva transdiagnóstica.

El transdiagnóstico supone una nueva forma de entender y tratar los trastornos mentales. En lugar de centrarse en lo específico y diferencial de cada uno de ellos, su atención se focaliza en lo que tienen en común, en los procesos psicológicos que subyacen a muchos de ellos (Sandin, Chorot, & Valiente, 2012). Es decir, trata de definir qué dimensiones básicas subyacentes a uno o más trastornos podrían ser tratadas de forma similar, con independencia del trastorno en el que se manifiestan (p. ej., McEvoy, Nathen, & Norton, 2009). Un mecanismo o proceso psicopatológico es transdiagnóstico cuando está relacionado etiológicamente (génesis o mantenimiento) con un conjunto de trastornos mentales (Sandin, 2012). El transdiagnóstico se apoya principalmente en una perspectiva básicamente dimensional. Sin embargo, tiene el mérito de posibilitar una integración con el enfoque categorial. Es decir, la visión transdiagnóstica implica la existencia de un diagnóstico categorial, ya que debe describir o explicar los diferentes trastornos mentales desde dimensiones más o menos genéricas. Esta perspectiva permite explicar la elevada comorbilidad que se da entre muchos trastornos mentales (Sandin, 2012).

Según Belloch (2012), los defensores del enfoque transdiagnóstico se clasifican en tres grupos teniendo en cuenta el foco principal de sus aportaciones o intereses. El primer grupo se centra en la existencia de dimensiones básicas comunes a los trastornos emocionales (Clark &

Watson, 1991); el segundo grupo incluye los autores de los estudios que proponen una dimensión específica, como la ira, el perfeccionismo, la rumiación, la intolerancia a la incertidumbre, entre otros; en el tercer grupo, se encuentran las investigaciones centradas en procesos cognitivos básicos (p. ej., atención selectiva, sesgos de memoria.), o en estrategias de afrontamiento de malestar psicológico (p. ej., evitación, búsqueda de reaseguración, supresión de pensamientos), que de forma hipotética se encuentran en la base de trastornos mentales diferentes. El denominador común de los tres grupos es la apuesta por una caracterización dimensional de las diferentes variables que se proponen como transdiagnósticas. Consideramos que, sobre la base del conjunto de características expuestas en el estudio de Bernad y Servera (2016) con relación al SCT, este podría ser incluido en el tercer grupo, centrado en los procesos básicos. Si bien existe evidencia de que el SCT y la inatención (I) del TDAH se relacionan de forma moderada y parece existir cierto solapamiento, ha quedado demostrado que controlándose el efecto mutuo entre SCT e I, cada una de ellos mantiene de forma significativa un patrón de relación con otras variables comportamentales, de interacción y de rendimiento que incluso en algunos casos son opuestas (Becker *et al.*, 2016; Camprodon-Rosanas *et al.*, 2016a; Camprodon-Rosanas *et al.*, 2016b; Garner, Mrug, Hodgens, & Patterson, 2013; Penny, Waschbusch, Klein, Corkum, & Eskes, 2009; Servera, Bernad, Carrillo, Collado, & Burns, 2015). Por tanto, propondríamos la inclusión del SCT en el listado de dominios relacionados con los procesos cognitivos, separado de la Inatención. Diversos autores (Barkley, 2014; Becker *et al.*, 2016) plantean modificar o pensar en nuevas denominaciones para el SCT. Nuestra propuesta de nomenclatura para una visión transdiagnóstica sería *Lentitud Cognitiva (Cognitive Slowness)*. Consideramos que define mejor de forma global las características del SCT y que éstas son las responsables de

las manifestaciones conductuales. En la misma línea y tal y como mencionan Bernard y Servera (2016), en el año 2008 el *National Institute of Mental Health* (NIMH) inicia un proyecto denominado *Research Domain Criteria* (RDoc; Cuthbert & Insel, 2013), en el que se plantea el futuro de los diagnósticos psiquiátricos desde una perspectiva transdiagnóstica, definiendo la existencia de unos dominios que están formados por dimensiones bioconductuales, continuas y evolutivas. Las dimensiones continuas no implican psicopatología alguna en sí, pero en los extremos se relacionan con trastornos mentales. Algunos ejemplos de dominios ya definidos y bien estudiados son la memoria de trabajo, la atención y la regulación emocional. De esta forma, somos partidarios de que el SCT estaría bien representado en este proyecto.

Siguiendo la conceptualización de los trastornos psiquiátricos desde un prisma transdiagnóstico, en un estudio reciente, Sonuga-Barke, Cortese, Fairchild, y Stringaris (2016) proponen una neurociencia transdiagnóstica de los trastornos mentales de los niños y adolescentes. Estos autores consideran que el éxito o el fracaso en la vida está determinado, en parte, por las decisiones que cada uno realiza. Argumentan que una toma de decisiones ineficaz contribuye al deterioro del funcionamiento y a una reducción de la satisfacción en la vida de los niños y adolescentes con problemas de salud mental. La propensión de estos individuos para tomar decisiones ineficaces ha sido evidente para los profesionales de la salud mental, pero sorprendentemente poco estudiada en ámbitos de la investigación. Este enfoque proporciona un marco alternativo a los tradicionales modelos psiquiátricos (Hasler, 2012; Kishida, King-Casas, & Montague, 2010) y, potencialmente, ofrece nuevos conocimientos sobre las formas en que los procesos complejos de comportamiento se ven comprometidos en aquellos sujetos con trastornos mentales. En consonancia con el estudio RDoc, estos autores están particularmente interesados en ver si

potencialmente diversos patrones de deterioro de toma de decisiones a través de los trastornos mentales implican sistemas neuropsicológicos y neurobiológicos similares. El proceso de toma de decisiones en sí se divide en tres etapas distintas: evaluación, decisión y gestión, y valoración y adaptación.

La evaluación es el proceso por el cual se hace una estimación de la utilidad subjetiva de opciones de elección disponibles, teniendo en cuenta la memoria y el aprendizaje de la experiencia previa, así como la prospección sobre el valor futuro, mediada por el aprendizaje a través de mecanismos de refuerzo implícito (denominada por los autores como *matriz de utilidad*, se refiere p. ej.: si un individuo prefiere las manzanas a las naranjas, quedaría registrada en la matriz de utilidad la prioridad de las manzanas; también se incluyen aquí los resultados de la temporización: “prefiero el riesgo o me disgusta el retraso”) y procesos explícitos autorreferenciales (memoria autobiográfica).

La decisión y gestión es el proceso durante el cual la utilidad subjetiva asignada a alternativas de la competencia se compara en términos de costos y beneficios generales y se implementa un plan de decisión. Son procesos que están fuertemente influenciados por las funciones ejecutivas de orden superior (p. ej., inhibición, memoria de trabajo, planificación).

Finalmente, la valoración y adaptación hace referencia a la utilidad estimada de la decisión realizada (de nuevo sobre la base de los sistemas de valores explícitos e implícitos) y se compara con las expectativas previas a generar una señal de error de predicción que impulsa el aprendizaje y actualiza las estimaciones implícitas y explícitas de valor de las experiencias particulares y opciones. Es decir, se producen unos bucles de retroalimentación entre los procesos de evaluación y valoración/adaptación. El modelo propone que estas etapas de toma de decisiones son principalmente controladas por tres sistemas cerebrales distintos: la red en modo automático,

el sistema de control ejecutivo y la evaluación del refuerzo. La red en modo automático que incluye el córtex prefrontal medial, la corteza prefrontal medial, la corteza cingulada posterior, la corteza parietal lateral y el giro temporal medio está implicada principalmente en la cognición autorreferencial, pero también en algunos aspectos de la autorregulación. El sistema de control ejecutivo (córtex prefrontal dorsolateral, la corteza prefrontal dorsolateral, la corteza cingulada anterior y la corteza parietal), que media el control arriba-abajo durante la autorregulación y la planificación. Finalmente, la evaluación de refuerzo y los circuitos de aprendizaje (corteza orbitofrontal, la amígdala, la corteza cingulada anterior), relacionada con el refuerzo. Siguiendo este modelo, Sonuga-Barke *et al.* (2016) hacen una propuesta hipotética de cómo quedarían mapeados algunos trastornos, concretamente el TDAH, trastorno de conducta, depresión y trastornos de ansiedad (TA). Con base en esta propuesta, este modelo en la Tabla 1 se hipotetiza cómo podría quedar distribuido con la dimensión SCT, aun teniendo en cuenta las limitaciones metodológicas por falta de estudios más específicos en los ámbitos biológico y neuropsicológico. Para facilitar una mayor comprensión y poder tener un marco de referencia, también se incluye la propuesta que realizan estos autores en relación al TDAH.

Para completar el cuadro del SCT, nos hemos basado en los siguientes estudios: a = Sonuga-Barke *et al.* (2016); b = Capdevila-Brophy, Artigas-Pallarés y Obiols-Llandrich (2006); c = Fassbender, Krafft, y Schweitzer (2015); d = Penny *et al.* (2009); e = Willcutt *et al.* (2014); f = Wählstedt y Bohlin, (2010); g = Araujo Jiménez, Jané Ballabriga, Bonillo Martín, Arrufat y Serra Giacobbo (2015); h = Becker y Barkley, en prensa.

Aunque es necesaria más investigación para la comprensión del SCT como un constructo transdiagnóstico, algunos datos empíricos podrían ejemplificar esta nueva conceptualización. Parece ser que el SCT está presente tanto en

población general (PG) (Barkley, 2013) como en población clínica (PC) (Camprodón-Rosanas *et al.*, 2016a; Raiker *et al.*, 2015), independientemente del TDAH. Las tasas de prevalencia fueron superiores en la PC respecto a la PG (Camprodón-Rosanas *et al.*, 2016a y b). En un estudio de síntomas SCT y sus características en una muestra de PC se ha observado que el SCT está presente en otros trastornos psiquiátricos aparte del TDAH. Los pacientes TDAH tienen más síntomas de SCT, especialmente altos en los TDAH-IN; pero los que mayores puntuaciones de SCT presentan son los pacientes con trastornos del aprendizaje, incluso más que los niños con TDAH (Camprodón-Rosanas *et al.*, 2016a). Además, en un estudio realizado por Skirbekk, Hansen, Oerbeck, & Kristensen (2011) no existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en la escala de SCT (SCT-5) en los sujetos con TDAH subtipo combinado e inatento. Observan que en los análisis *post-hoc* los niños del grupo control presentan de forma significativa puntuaciones más bajas de SCT que el grupo TDAH+TA, TDAH, y TA. Destacan que las puntuaciones de SCT en los TA están cercanas a los TDAH ($M = 3.1$; $DE = 2.6$ versus $M = 3.6$; $DE = 3.3$). Estos datos parecen dibujar un *continuum* de los síntomas SCT presentes en PG y en la PC en distintos trastornos psiquiátricos, así como en niños con problemas de aprendizaje, que podrían ayudarnos a clarificar el funcionamiento de estos niños.

En resumen, teniendo en cuenta los modelos existentes de transdiagnóstico, la dimensión SCT parece encajar con las propuestas existentes. La propuesta de la denominación de *Lentitud Cognitiva* refleja las características del SCT y podría ser incluida en los dominios *RDoc* atendiendo a las numerosas publicaciones científicas que han determinado una adecuada validez interna y externa del SCT (p. ej.: Becker *et al.*, 2016). La dimensión SCT está presente en numerosos trastornos psiquiátricos (apar-

te del TDAH) (Camprodon-Rosanas *et al.*, 2016a) y en la población general (Barkley, 2013; Camprodon-Rosanas *et al.*, 2016b), contemplar una visión SCT desde la perspectiva transdiagnóstica ayudaría a solventar los problemas de solapamiento y de comorbilidad existentes. Sin embargo, se requieren más estudios (sobre todo en el ámbito biológico y neuropsicológico) que puedan transformar la dimensión SCT en

una dimensión transdiagnóstica. En nuestra opinión, esta visión facilitaría a los clínicos la evaluación del SCT de la misma forma que en los procesos diagnósticos del TDAH se valora la desregulación emocional o el perfeccionismo en los TA. La inclusión en los protocolos de evaluación de la exploración de la dimensión SCT, con especial interés en los pacientes con TDAH subtipo inatento, simplificaría la com-

Tabla 1. Etapas de la toma de decisiones hipotéticas para el TDAH y el SCT

	Evaluación	Decisión y Gestión	Valoración y Adaptación
TDAH – Ineficiente, inconsistente, impulsivo ^a			
Cog. Autorreferencial	Reducida integridad de la red de modo automático que perjudica a la prospección	Interferencia del modo automático que se vincula a lapsus de atención espontánea	
Ejecutivo		Déficits en la zona fronto-estriatal/ frontoparietal que reducen la velocidad de decisión y la eficiencia	
Refuerzo	Déficits en la zona ventral fronto-estriatal que perjudican las estimaciones de utilidad y producen una aversión al retraso, provocando una preferencia a la inmediatez		Aprendizaje comprometido por una degradación de la predicción de los errores de cálculo debido a una disconectividad de la COF
SCT – Lento, hipoactivo, perdido en sus pensamientos			
Cog. Autorreferencial	Problemas de entrada y filtración de la información sensorial. ^b Hipoactividad en el LPS podría estar asociado con una alteración de la reorientación o desplazamiento de la atención ^c	Niveles de motivación y <i>arousal</i> más bajos que dificultan la activación del proceso de toma de decisiones ^d	
Ejecutivo		Déficits en MT y AS ^{e,f} que provocan problemas con la MC ^g . Esto causa dificultades de planificación, seguir instrucciones y evitar tareas. Actividad alterada del AMS y tálamo con aumento de falta de atención asociado a problemas de preparación de tareas ^c	
Refuerzo	Tendencia al retraimiento social y timidez ^h		Aprendizaje comprometido por una tendencia a procesamiento lento de la información, baja iniciativa y persistencia ^d

Para completar el cuadro del SCT, nos hemos basado en los siguientes estudios: a = Sonuga-Barke *et al.* (2016); b = Capdevila-Brophy, Artigas-Pallarés, y Obiols-Llandrich (2006); c = Fassbender, Krafft, y Schweitzer (2015); d = Penny *et al.* (2009); e = Willcutt *et al.* (2014); f = Wählstedt y Bohlin, (2010); g = Araujo Jiménez, Jané Ballabriga, Bonillo Martín, Arrufat, y Serra Jacobo (2015); h = Becker y Barkley, en prensa; Nota: AMS = área motora suplementaria; AS = atención sostenida; Cog = cognición; COF = corteza orbito frontal; LPS = lóbulo parietal superior; MC = metacognición; MT = memoria de trabajo; TDAH = trastorno por déficit atención hiperactividad; SCT = sluggish cognitive tempo.

presión global del funcionamiento del niño y adolescente, favoreciendo la aparición de tratamientos específicos y más individualizados para estos niños y adolescentes.

REFERENCIAS

- Araujo Jiménez, E. A., Jané Ballabriga, M. C., Bonillo Martín, A., Arrufat, F. J., & Serra Giacobbo, R. (2015). Executive functioning in children and adolescents with symptoms of Sluggish Cognitive Tempo and ADHD. *Journal of Attention Disorders, 19*(6), 507-514. <<http://doi.org/10.1177/1087054713495442>>.
- Barkley, R. A. (2013). Distinguishing Sluggish Cognitive Tempo from ADHD in children and adolescents: executive functioning, impairment, and comorbidity. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53, 42*(2), 161-173. <<http://doi.org/10.1080/15374416.2012.734259>>.
- Barkley, R. A. (2014). Sluggish Cognitive Tempo (concentration deficit disorder?): current status, future directions, and a plea to change the name. *Journal of Abnormal Child Psychology, 42*(1), 117-125. <<http://doi.org/10.1007/s10802-013-9824-y>>.
- Becker, S. P., & Barkley, R. A. (en prensa). Sluggish Cognitive Tempo. En T. Banaschewski, D. Coghill, & A. Zuddas (Eds.), *Oxford textbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Reino Unido: Oxford University Press.
- Becker, S. P., Leopold, D. R., Willcutt, E. G., Burns, G. L., Jarrett, M. A., Langberg, J. M., Marshall, S. A., McBurnett, K., & Waschbusch, D. A. (2016). The internal, external, and diagnostic validity of Sluggish Cognitive Tempo: a meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 0*(0). <<http://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.12.006>>.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*(3), 295-311.
- Bernad, M. M., & Servera, M. (2016). Sluggish Cognitive Tempo: realidades y controversias. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 8*(2), 125-160.
- Camprodon, E., Duñó, L., Batlle, S., Estrada, X., Acena, M., Marrón, M., Pujals, E., Martín, L. M., Ribas-Fitó, N., & Torrubia, R. (2013). El Tempo Cognitivo Lento: revisión de un constructo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 18*(2), 151-168.
- Camprodon-Rosanas, E. et al. (2016a). Sluggish Cognitive Tempo in a Child and Adolescent Clinical Outpatient Setting. *Journal of Psychiatric Practice*. En prensa.
- Camprodon-Rosanas, E., Ribas-Fitó, N., Batlle-Vila, S., Persavento, C., Álvarez-Pedrerol, M., Sunyer, J., & Forn, J. (2016b). Sluggish Cognitive Tempo: sociodemographic, behavioral, and clinical characteristics in a population of Catalan school children. <<http://doi.org/doi:10.1177/1087054716652477>>.
- Capdevila-Brophy, C., Artigas-Pallarés, J., & Obiols-Llandrich, J. E. (2006). Sluggish Cognitive Tempo: symptoms of predominantly inattentive Attention Deficit Hyperactivity Disorder or a new clinical entity? *Revista de Neurología, 42*(2), S127-134.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(3), 316-336.
- Cuthbert, B. N., & Insel, T. R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Medicine, 11*, 126. <<http://doi.org/10.1186/1741-7015-11-126>>.
- Fassbender, C., Krafft, C. E., & Schweitzer, J. B. (2015). Differentiating SCT and inattentive symptoms in ADHD using fMRI measures of cognitive control. *NeuroImage. Clinical, 8*, 390-397. <<http://doi.org/10.1016/j.nicl.2015.05.007>>.
- Garner, A. A., Mrug, S., Hodgens, B., & Patterson, C. (2013). Do symptoms of Sluggish Cognitive Tempo in children with ADHD symptoms represent comorbid internalizing difficulties? *Journal of Attention Disorders, 17*(6), 510-518. <<http://doi.org/10.1177/1087054711431456>>.
- Hasler, G. (2012). Can the neuroeconomics revolution revolutionize psychiatry? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 36*(1), 64-78. <<http://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.04.011>>.
- Kishida, K. T., King-Casas, B., & Montague, P. R. (2010). Neuroeconomic approaches to mental disorders. *Neuron, 67*(4), 543-554. <<http://doi.org/10.1016/j.neuron.2010.07.021>>.
- McEvoy, P. M., Nathen, P., & Norton, P. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: a review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 1*(23), 27-40.
- Penny, A. M., Waschbusch, D. A., Klein, R. M., Corkum, P., & Eskes, G. (2009). Developing a measure of Sluggish

- Cognitive Tempo for children: content validity, factor structure, and reliability. *Psychological Assessment*, 21(3), 380-389. <<http://doi.org/10.1037/a0016600>>.
- Raiker, J. S., Greening, L., Stoppelbein, L., Becker, S. P., Fite, P. J., & Luebke, A. M. (2015). Mediating effect of psychopathy on the risk of social problems among children with ADHD versus Sluggish Cognitive Tempo symptoms. *Child Psychiatry and Human Development*, 46(4), 523-532. <<http://doi.org/10.1007/s10578-014-0493-z>>.
- Sandin, B. (2012). Transdiagnóstico y psicología clínica: introducción al número monográfico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 181-184.
- Sandin, B., Chorot, P., & Valiente, R. (2012). Transdiagnóstico: una nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203.
- Servera, M., Bernad, M. D. M., Carrillo, J. M., Collado, S., & Burns, G. L. (2015). Longitudinal correlates of Sluggish Cognitive Tempo and ADHD-inattention symptom dimensions with Spanish children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 1-10. <<http://doi.org/10.1080/15374416.2015.1004680>>.
- Skirbekk, B., Hansen, B. H., Oerbeck, B., & Kristensen, H. (2011). The relationship between Sluggish Cognitive Tempo, subtypes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(4), 513-525. <<http://doi.org/10.1007/s10802-011-9488-4>>.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Cortese, S., Fairchild, G., & Stringaris, A. (2016). Annual research review: transdiagnostic neuroscience of child and adolescent mental disorders: differentiating decision making in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, conduct disorder, depression, and anxiety. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 57(3), 321-349. <<http://doi.org/10.1111/jcpp.12496>>.
- Wählstedt, C., & Bohlin, G. (2010). DSM-IV-defined inattention and Sluggish Cognitive Tempo: independent and interactive relations to neuropsychological factors and comorbidity. *Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence*, 16(4), 350-365. <<http://doi.org/10.1080/09297041003671176>>.
- Willcutt, E. G., Chhabildas, N., Kinnear, M., DeFries, J. C., Olson, R. K., Leopold D. R., Keenan, J. M., Pennington, B. F. (2014). The internal and external validity of Sluggish Cognitive Tempo and its relation with DSM-IV ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(1), 21-35. <<http://doi.org/10.1007/s10802-013-9800-6>>.

Recibido el 4 de julio de 2016
 Revisión final 7 de julio de 2016
 Aceptado el 18 de julio de 2016