

EXPERENCIAS DE INNOVACIÓN Y ESTUDIOS BREVES

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN MI AULA DE INFANTIL

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN MY PRESCHOOL CLASSROOM

Sandra Alvárez Menéndez¹

Colegio Virgen de Mirasierra. Madrid.

Ana Pinel González²

Servicio de Neurología.

Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

RESUMEN

Introducción: el reconocimiento precoz por parte del profesorado de los alumnos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el aula permite atender las necesidades específicas de estos niños, así como el uso de las herramientas psicopedagógicas más adecuadas. Objetivos: revisar el concepto y el diagnóstico actual del TDAH y fundamentalmente las estrategias pedagógicas existentes de actuación en el aula. Material y métodos: se realizó una búsqueda bibliográfica extensa sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y estrategias docentes publicadas. Resultados: tanto la corriente conductual, con redirección de la conducta por parte de padres y maestros, como la cognitiva, mediante el aprendizaje de técnicas de autocontrol y autorregulación aplicadas en el aula, han demostrado su efectividad. No obstante, probablemente lo más eficaz sea la combinación de ambas, la terapia mixta cognitivo-conductual, asociada a la administración de fármacos psicoestimulantes, planteándose como estrategia de primera línea en los niños con TDAH. Conclusiones: La formación de los docentes, tanto en el conocimiento del concepto actual de TDAH, como en las pautas de actuación cognitivo-conductuales, forman parte junto a la colaboración e implicación de

la familia y del profesional sanitario, en el engranaje imprescindible para conseguir una correcta integración tanto social como educativa.

Palabras Claves: Déficit, atención, hiperactividad, estrategias, docentes.

ABSTRACT

The rapid recognition on the part of the professorship of student with the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in the classroom, allows attending to the specific needs of these children, as well as the use of more appropriate psychological-pedagogical tools. **Objetive:** review the ADHD concept and diagnosis and fundamentally the existing pedagogical operational strategies in the classroom. **Material and methods:** an extensive bibliographical search was realized on Attention Deficit Hyperactivity Disorder and published teaching methods. **Results:** both, the behavioural therapy, modifying teachers and parents' behaviour, and the cognitive therapy, learning selfcontrol and self-regulation skills by the pupils to be applied in the classroom, have proved their effectiveness. However, a combination of both therapies will probably be the most effective, the mixed cognitive - behavioral therapy, associated with the administration of stimulant medications, suggested as front-line strategies with ADHD children. **Conclusions:** The training of the teachers, both in the knowledge of TDAH's current concept and the guidelines of cognitive - behavioral strategies form a part together with family and sanitary professional collaboration and involvement, to obtain a correct both social and educational integration.

Key words: Deficit, attention, hyperactivity, disorders, childhood, educational strategies.

Introducción

El TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo más comunes en la infancia, que se prolonga a la edad adulta. La prevalencia en niños de edad escolar, según DSM-IV, se sitúa entre el 3 y el 7% (Efron, 2015). Dada la alta probabilidad de contar con algún niño con estas características en el aula parece imprescindible una formación por parte del profesorado, para conseguir un reconocimiento precoz, con una adecuación docente específica. La Ley Orgánica de Educación, (artículo 71.2. LOMCE, 2013), que se empezará a implantar de forma progresiva a partir del curso 2015-16, contempla el TDAH como una necesidad específica de apoyo educativo (2013).

A pesar de la extensa literatura, para muchos docentes sigue siendo un problema desconocido, lo que dificulta el diagnóstico y por lo tanto retrasa las herramientas de tratamiento (Daniel, Gupta y Sagar, 2013). Este desconocimiento lleva a etiquetar al niño como malcriado, o incluso, a culpabilizar a los padres. Aunque hasta los 7 años es difícil establecer el diagnóstico de TDAH, algunos niños, ya en sus primeros años, manifiestan algunos rasgos conductuales que pueden disparar las alarmas en el aula. Trabajos como el de Barkley apunta la posibilidad de diagnóstico entre los 2 y los 5 años, en niños inquietos, llorones e irritables, con trastornos de conducta alimentaria o de sueño y con problemas de aprendizaje (Barkley, 2006). La sospecha por parte del personal docente permite contactar con el equipo psicopedagógico y junto a la familia proporcionar la intervención más adecuada (Moldavsky y Sayal, 2013).

Método

Objetivos

Este trabajo intenta revisar el concepto y diagnóstico del TDAH y fundamentalmente las herramientas de actuación en el aula con estos niños.

Material y métodos

Se realizó una búsqueda bibliográfica en múltiples bases de datos y otros recursos de medicina basada en la evidencia: Biblioteca Cochrane Plus, EMBASE, MEDLINE, MD-CONSULT y EBSCO. Las palabras claves de búsqueda fueron: déficit de atención con hiperactividad y estrategias docentes.

Resultados

Evolución histórica del TDAH

El concepto que hoy denominamos “Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad” ha ido evolucionando a lo largo de los años, desde la primera referencia bibliográfica en 1798 donde se describía como la incapacidad para centrar la atención y la inquietud (Sandberg S. y Barton J. 1996). En 1902 George Still publicó en “The Lancet” un trabajo (1902) en el que describía unos niños con falta de control de la conducta y necesidad de movimiento constante. Defendía que esta actitud se debía a una enfermedad neurológica o hereditaria y no a una mala crianza. Años después, pasó a denominarse “Daño cerebral” (Weiss, Minde, Werry, Douglas y Nemeth, 1971), sustituyéndose en trabajos posteriores por Disfunción Cerebral Mínima, al demostrar que niños que no habían sufrido daño cerebral también presentaban los mismos síntomas (Schwartz, Pizzo y Mckee, 1971). Desde entonces el término ha evolucionado hasta el concepto actual, registrado en la revisión del DSM IV (1994). En el DSM-5 se contemplan cambios, como la distinción con el TDAH-Impulsivo y la posibilidad de diagnóstico en adolescentes y adultos (2013).

Etiología del TDAH

Se plantea una etiología multifactorial con influencia de factores biológicos, con mayor vulnerabilidad cuando existe antecedente de mala salud materna, parto prolongado o bajo peso al nacer, factores psicosociales en familias desestructuradas, factores genéticos con concordancia entre gemelos monocigotos del 50-80%, factores neuroquímicos con búsqueda de posibles genes relacionados fundamentalmente con la regulación y transporte de dopamina y la noradrenalina, neurotransmisores implicados en las funciones de atención y regulación motora y factores neuroanatómicos (Mediavilla-García, 2003). Durante años se ha sugerido que la localización anatómica de las alteraciones conductuales se situaría en la vía frontobasal, aunque con el desarrollo de las técnicas neurofuncionales, se ha demostrado afectación en los circuitos fronto-estriales (Filipek, Semrud-Clikeman, Steingard, Renshaw, Kennedy y Biederman, 1997).

Descripción y diagnóstico de TDAH

Según el DSM-IV, el TDAH se caracteriza por una impulsividad y/o hiperactividad más exagerada de lo normal para la edad y las condiciones psico-evolutivas. En principio se observan los síntomas en niños a partir de 6 o 7 años, aunque no es infrecuente que se observen varios

años antes (Vaquerizo-Madrid, 2005). Los niños muestran dificultades para centrar la atención y para mantener el interés en una misma actividad, ya sea lúdica o académica.

Características del Déficit de Atención

- Los sujetos no prestan suficiente atención a los detalles y cometen errores por descuido en los trabajos escolares u otras actividades. Trabajan de forma desordenada y sucia.
- Normalmente están distraídos y parecen no escuchar.
- A menudo cambian de actividad sin finalizar ninguna, con dificultad para organizar tareas.
- Les cuesta seguir instrucciones, finalizar tareas y cumplir con obligaciones
- Evitan y muestran desagrado ante actividades que requieran un esfuerzo mental sostenido y que les exijan gran concentración
- Pierden la concentración muy fácilmente con estímulos insignificantes.
- Suelen ser olvidadizos.
- A menudo tienen problemas para seguir una conversación.

Características de Hiperactividad

- A menudo se mueven en exceso y se mueven mucho en su asiento.
- Les cuesta estar sentados cuando es necesario y jugar de manera tranquila.
- A menudo corren o saltan en situaciones que deberían estar más pausados
- Se mueven como si tuviesen un motor constantemente en marcha.

Características de la Impulsividad

- A menudo hablan en exceso y tiene dificultades para esperar su turno..
- A menudo tienen dificultades para esperar a que se termine de formular una pregunta y contestan precipitadamente.
- A menudo interrumpen la actividad de otros y crean conflictos sociales, académicos y laborales.

Dependiendo de los síntomas predominantes en los últimos 6 meses, se identifican 3 subtipos:

- TDAH combinado: 6 síntomas o más de desatención y 6 o más de hiperactividad-impulsividad.

- TDAH de predominio inatento: 6 síntomas o más de desatención y menos de 6 de hiperactividad.
- TDAH de predominio hiperactivo-impulsivo: 6 síntomas o más de hiperactividad-impulsividad y menos de 6 de desatención.

Las "escalas de Conners", diseñadas por C. Keith Conners en 1969 (Amador, Idiázabal, Sangorrín, Espadaler y Forns, 2002), se desarrollaron inicialmente para evaluar objetivamente los cambios en la conducta de niños hiperactivos que recibían tratamiento farmacológico. Actualmente su uso se ha extendido al proceso diagnóstico inicial mediante la evaluación de la información recogida de padres (Tabla 1) y profesores (Tabla 2). Contienen 10 preguntas que se agrupan dando lugar al "Índice de hiperactividad", uno de los que mejor describe las conductas típicas del niño/a hiperactivo. Se asignan puntos a cada respuesta: NADA =0, POCO =1, BASTANTE =2, MUCHO=3. El punto de corte es de 16 puntos para los niños y de 12 puntos para las niñas en el cuestionario de los padres y de 17 para los niños y 12 para las niñas en el de los profesores. Actualmente también están validadas para la valoración en adultos (Ramos-Quiroga et al, 2012)

Tabla 1. Cuestionario de conducta de CONNERS para padres

| | NADA | POCO | BASTANTE | MUCHO |
|---|------|------|----------|-------|
| 1. Es impulsivo, irritable. | | | | |
| 2. Es llorón/a. | | | | |
| 3. Es más movido de lo normal. | | | | |
| 4. No puede estarse quieto/a. | | | | |
| 5. Es destructor (ropas, juguetes,...). | | | | |
| 6. No acaba las cosas que empieza. | | | | |
| 7. Se distrae fácilmente. | | | | |
| 8. Cambios bruscos de estado de ánimo. | | | | |
| 9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente. | | | | |
| 10. Molesta frecuentemente a otros niños. | | | | |

Fuente: Conners, 1969

Tabla 2. Cuestionario de conducta de CONNERS para PROFESORES

| | NADA | POCO | BASTANTE | MUCHO |
|--|------|------|----------|-------|
| 1. Tiene excesiva inquietud motora. | | | | |
| 2. Tiene explosiones impredecibles de mal genio. | | | | |
| 3. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención. | | | | |
| 4. Molesta frecuentemente a otros niños. | | | | |
| 5. Tiene aspecto enfadado, huraño. | | | | |
| 6. Cambia bruscamente sus estados de ánimo. | | | | |
| 7. Intranquilo, siempre en movimiento. | | | | |
| 8. Es impulsivo e irritable. | | | | |
| 9. No termina las tareas que empieza. | | | | |
| 10. Sus esfuerzos se frustran fácilmente. | | | | |
| TOTAL | | | | |

Fuente: Conners, 1969

El punto de corte es de 17 puntos para los niños y de 12 puntos para las niñas.

Patologías asociadas. Comorbilidad

Aproximadamente el 25% de los niños asocian ansiedad. Otros trastornos asociados son los de conducta, como el Trastorno Disocial, caracterizado por agresiones a personas o cosas ajenas con violación de las normas sociales y el Trastorno Negativista Desafiante con un carácter negativo y desafiante hacia la autoridad (Díaz, 2006).

Los niños con TDAH presentan un bajo rendimiento académico de acuerdo a lo esperado según su capacidad intelectual, en relación con dificultades en la comprensión y fluidez lectora,

con omisiones y sustituciones en la lectura, dificultades en la escritura por torpeza en la psicomotricidad fina y dificultades en cálculo y matemáticas.

Tratamiento

Una actuación sincronizada de familia, escuela y psicólogos y/o psiquiatras puede conseguir un rendimiento académico satisfactorio y unas relaciones sociales adecuadas (Serrano-Troncoso, Guidi y Alda-Díez, 2013).

En el aula es recomendable una atención personalizada, aplicar una terapia cognitivo-conductual, y, según el caso, incluso adaptación curricular. Es imprescindible seguimiento y reevaluación para poder hacer las modificaciones pertinentes. Se debe contar con espacios donde los niños con TDAH puedan liberar su impulsividad e hiperactividad de forma productiva y que no interfiera en el buen funcionamiento de la clase.

Los niños con TDAH tiene dificultades en respetar las normas y mantener un comportamiento adecuado en cada momento, por eso el entorno deberá ser paciente y comprensivo. Torrego y Moreno (2007) proponen crear un sistema de gestión de convivencia en el que sean los propios compañeros los que solucionen los conflictos, siguiendo la misma escuela de métodos previos como el "ADHD Classroom Kit" de Anhalt y colaboradores (1998). Es conveniente explicar, tanto al alumno como a sus compañeros de aula, cuáles son las características y necesidades del alumno con TDAH. Así conseguimos que el niño se conozca mejor, aprenda a valorarse y autorregularse y al mismo tiempo, favorecemos que sus compañeros entiendan mejor las situaciones de conflicto y los tratos especiales que reciba el alumno.

El castigo no suele funcionar, por lo que deberá utilizarse solo en los casos de falta grave. Es más efectivo utilizar premios y siempre de forma lo más inmediata posible, pues su impulsividad no les permite programar sus acciones en función de un premio a largo plazo.

Los niños con TDAH tienden a valorarse negativamente debido a los continuos conflictos y reprimendas. Dudan de sus habilidades e infravaloran sus posibilidades. El docente debe descubrir en qué tareas pueden tener más éxito y utilizarlas para motivarles y enseñarles a valorarse. Si el maestro confía en las posibilidades del alumno, este aprenderá a creer en sí mismo.

El profesorado necesita estar formado para trabajar con niños con TDAH (Aguar et ál, 2014). Esta formación debe provenir de las administraciones educativas, del propio centro y de la formación profesional que cada educador adquiera acudiendo a seminarios, conferencias, lecturas, etc. Existen programas específicos para profesores, no sólo para entender mejor al niño con TDAH, sino también para aprender a utilizar técnicas educativas y comportamentales apropiadas. El método de Kotkin (1998), propone una intervención intensiva durante 12 semanas que implica al profesor y al psicólogo escolar. Diversos estudios han demostrado que a mayor formación de los docentes mayor rendimiento en las intervenciones con los alumnos TDAH (Snider, Bush y Arrowood, 2003; Verbe y Di Perna, 2004).

El Ministerio de Educación, Cultura y Deporte de España propone una serie de recomendaciones para adaptar la programación y la estructura de la clase a las necesidades del alumno con TDAH:

- Es mejor situar la mesa del niño cerca de la pizarra y al lado del docente, para que las explicaciones le lleguen de forma más directa. En su mesa de trabajo habrá el menor número de cosas. En ocasiones puede necesitar trabajar de forma aislada para poder evitar distraerse y conseguir terminar la actividad.

- La necesidad de moverse es difícil de controlar, es recomendable permitirle levantarse, por ejemplo, asignándole encargos.
- Las tareas no requerirán más de 30 minutos de trabajo, alternándolas según su dificultad.
- Cuando se realicen tareas en grupo lo ideal son grupos pequeños de entre 3 y 6 niños.

En cuanto al tratamiento farmacológico, los fármacos utilizados pertenecen al grupo de los estimulantes como el metilfenidato, en distintas formas de liberación la dextroanfetamina y más recientemente la lisdexanfetamina, con indicación aprobada para el TDAH en EEUU desde febrero de 2007 y en España desde mayo de 2014 y los no estimulantes como la atomoxetina (Alda et ál, 2014). A pesar de las numerosas críticas sobre su administración en niños, numerosos estudios han demostrado, un beneficio en el 75-90% de los pacientes tratados (Brown et al, 2005). Los beneficios se perciben de manera inmediata, mejorando el comportamiento, la impulsividad y el movimiento excesivo. Mejora la capacidad de atención, la memoria a corto plazo y las relaciones familiares y escolares (Wagner, Vallerand y McLennan, 2014)). En algunos pacientes se han observado efectos adversos, pero en la mayoría de los casos son leves y de carácter transitorio.

Estrategias de intervención

Existen dos corrientes de intervención: de tipo conductual, para que padres y maestros adquieran conocimientos básicos sobre el comportamiento de los niños TDAH y así saber redirigir su conducta (Montoya, Colom y Ferrin, 2011; Zwi, Jones, Thorgaard, York y Dennis, 2014) y la cognitiva, para enseñar a los niños técnicas de autocontrol y autorregulación (Miechenbaum, y Goodman, 1971). Aunque probablemente la más eficaz es la combinación de ambos, la intervención cognitivo-conductual (Calderón, 2001).

- **Técnicas de modificación de conducta (Díaz, 2006):**
 - Reforzadores positivos: cualquier premio que dado después de una conducta, propicia que esta se repita en más ocasiones.
 - Reforzadores negativos: son estímulos que al ser retirados hacen que se incremente el comportamiento.
 - Castigo negativo o costo de respuesta: consiste en retirar reforzadores positivos ante conductas no deseadas.
 - Economía de fichas: se fijan unas recompensas (fichas) a cambio de la buena realización de unas tareas concretas. Las fichas se cambiarán por premios que el alumno desea.
 - Tiempo fuera: consiste en aislar al niño cuando tiene una conducta inapropiada en una zona carente de estímulos. Es importante explicar al niño que no le estamos castigando, sino dando un tiempo para reflexionar y poder corregir su error.
 - Extinción: consiste en localizar, analizar y eliminar los reforzadores de conductas negativas. Por ejemplo, cuando el niño realiza conductas inapropiadas, se le retira la atención para que entienda que con su mala conducta no va a conseguir que estén pendiente de él.

- **Técnicas cognitivo-conductuales (Arco, 2004):**

- Técnica de entrenamiento en auto-instrucciones: (Calderón, 2004). Consiste en dar unas pautas al niño para que aprenda a dominar su impulsividad y mejore su atención.

Podemos distinguir 5 fases:

1. Modelado: el adulto realiza la tarea en presencia del niño que observa al adulto.
 2. Guía externa manifiesta: el alumno realiza la actividad siguiendo las instrucciones.
 3. Autoinstrucción manifiesta: el niño verbaliza lo que hace mientras realiza la tarea.
 4. Autoinstrucción mitigada: el niño se susurra las instrucciones
 5. Autoinstrucción encubierta: la instrucciones se hacen con lenguaje interno.
- Estrategia de resolución de problemas. Como la técnica de la Tortuga (Snider, 2003), elaborada para desarrollar en el niño habilidades de autocontrol de situaciones conflictivas, proporcionándole medios para canalizar su ira. Se enseña al niño que cuando escuche la palabra “tortuga” tiene que replegar su cuerpo como si se estuviese dentro de su caparazón, cerrar los ojos y respirar profundamente. Se enseña al niño cómo tensar los músculos en la posición de tortura, mantener la tensión unos segundos, y después relajar todo su cuerpo.
 - Entrenamiento en habilidades sociales: la deficiencia de respetar reglas y su impulsividad, dificultan las relaciones con sus iguales y suelen ser rechazados por sus compañeros. La escuela les ayuda a desarrollar una conducta más asertiva, entendiendo y respetando los sentimientos propios y los de los demás

Conclusiones

El TDAH tiene unas graves repercusiones sobre la persona a nivel psico-social y académico. Por este motivo, es preciso una intervención multifactorial, sincronizando el trabajo de la familia, la escuela y los psicólogos y/o psiquiatras.

Si bien es cierto que a los educadores no les corresponde dar un diagnóstico y menos si hablamos de la etapa de Educación Infantil, dado el tiempo que pasa el niño en el centro, probablemente es el lugar donde puede saltar la alarma. Los educadores son una de las piezas claves, tanto en el diagnóstico precoz, como en la puesta en marcha de las estrategias de intervención. Su formación y motivación es imprescindible puesto que se trata del trastorno más frecuente en la edad escolar. En el aula, lo más efectivo es aplicar una terapia mixta cognitivo-conductual, en la que se trabaje la redirección de la conducta y se enseñe a los alumnos técnicas de autocontrol y autorregulación. Asimismo, se aconseja combinar estas terapias con la administración de fármacos psicoestimulantes (McClain y Burks, 2015)

En último lugar, es importantísimo trabajar la inteligencia emocional de estos niños. Su autoestima se ve dañada, por continuos castigos y reprimendas, por lo que deben aprender a conocer sus potenciales así como sus limitaciones, para conseguir dar lo mejor de sí mismos en cada situación.

Referencias bibliográficas

- Aguiar, A.P. Kieling, R.R. Costa, A.C. Chardosim, N. Dorneles, B.V. Almeida, M.R. Mazzuca, A.C. Kieling, C. Rohde, L.A. (2014). *Increasing teachers' knowledge about ADHD and learning disorders: an investigation on the role of a psychoeducational intervention*. *J Atten Disord.* 18(8):691-8. doi: 10.1177/1087054712453171.
- Alda, J.A. Soutullo, C. Ramos-Quiroga, J.A. Quintero, J. Hervás, A. Hernández-Otero, I. Sans-Fitó, A. Cardo-Jalón, E.C. Fernández-Jaén, A. Fernández-Pérez, M. Hidalgo-Vicario, M.I. Eddy-Ives, L.S. Sánchez, J. (2014). *Expert Recommendation: contributions to clinical practice of the new prodrug lisdexamfetamine dimesylate (LDX) in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)*. *Actas Esp Psiquiatr.* 42 Suppl:1-16.
- Anhalt, K. Mcneil, C. Bahl, A.B. (1998). *The ADHD classroom Kit: A whole- classroom approach for managing disruptive behavior*. *Psychol Sch.* 35: 67-79
- Amador Campos, J.A. Idiázabal Alecha, M. A. Sangorrín García, J. Espadaler Gamissans, J.M. Forns I Santacana, M. (2002). *Utilidad de las escalas de Conners para discriminar entre sujetos con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. *Psicothema.*14(2):350-356.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4º ed. Washington: APA. Edición española: DSM-IV. Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson; 1995.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*, Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Arco, J. Fernández, F. D. y Hinojo, F.J. (2004). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica*. *Psicothema.* 16 (3), 408–414.
- Barkley, R.A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. Third edition*. USA: The Guilford Press.
- Brown, R.T. Amler, R.W. Freeman, W.S. Perrin, J.M. Stein, M.T. Feldman, H.M. Pierce, K. Wolraich, M.L. American Academy of Pediatrics Committee on Quality Improvement. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. (2005). *Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: overview of the evidence*. *Pediatrics.* Jun;115(6):e749-57.
- Calderón, C. (2001). *Resultado de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para niño/as con trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. *Anuario de Psicología.* 32 (4), 79-98.
- Daniel, L.T. Gupta, S. Sagar, R. (2013). *Effect of educational module on knowledge of primary school teachers regarding early symptoms of childhood psychiatric disorders*. *Indian J Psychol Med.*35(4):368-72. doi: 10.4103/0253-7176.122228.
- Díaz Atienza, J. (2006). *Comorbilidad en el TDAH*. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente.* 6(1): 44-55.
- Efron D. (2015) *Attention-deficit/hyperactivity disorder: The past 50 years*. *J Paediatr Child Health.*51(1):69-73. doi: 10.1111/jpc.12809.
- Filipek, P.A. Semrud-Clikeman, M. Steingard, R.J. Renshaw, P.F. Kennedy, D.N. Biederman, J. (1997). *Volumetric MRI analysis comparing subjects having attention-deficit hyperactivity disorder with normal controls*. *Neurology.*48: 589-60.

- Kotkin R. (1998). *The Irvine paraprofessional Program: Promising practice for serving students with ADHD*. J Learn Disabil.31: 556-64.
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa*. Boletín Oficial del Estado, 295, de 10 de diciembre de 2013.
- McClain, E.K. Burks, E.J. (2015). *Managing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents*. Prim Care.42(1):99-112. doi: 10.1016/j.pop.2014.09.014.
- Mediavilla-García, C. (2003). *Neurobiología del trastorno de hiperactividad*. Rev. Neurol. 36: 555-65.
- Miechenbaum, D. Goodman, J. (1971). *Training impulsive children to talk to themselves: a mean of developing self-control*. Journal of Abnormal Psychology.77, 115-126.
- Moldavsky, M. Sayal, K. (2013). *Knowledge and attitudes about attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and its treatment: the views of children, adolescents, parents, teachers and healthcare professionals*. Curr Psychiatry Rep. 2013 Aug;15(8):377. doi: 10.1007/s11920-013-0377-0.
- Montoya, A. Colom, F. Ferrin, M. (2011). *Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review*. Eur Psychiatry.26(3):166-75. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.10.005.
- Ramos-Quiroga, J.A. Bosch, R. Richarte, V. Valero, S. Gómez-Barros, N. Nogueira, M. Palomar, G. Corrales, M. Sáez-Francàs, N. Corominas, M. Real, A. Vidal, R. Chalita, P.J. Casas, M. (2012). *Criterion and concurrent validity of Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID)*. Rev Psiquiatr Salud Ment.5(4):229-35. doi:10.1016/j.rpsm.2012.05.004.
- Serrano-Troncoso, E. Guidi, M. Alda-Díez, J.A. (2013). *Is psychological treatment efficacious for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)? Review of non-pharmacological treatments in children and adolescents with ADHD*. Actas Esp Psiquiatr. 41(1):44-51.
- Sandberg, S. Barton, J. (1996). *Historical development*. In Sandberg S, ed. *Hyperactivity disorders of childhood*. Cambridge: Cambridge University Press. p. 1-25.
- Schwartz, M.I. Pizzo, S.V. McKee, P.A. (1971). *Minimal brain dysfunction and methylphenidate*. N Engl J Med. 285(5):293.
- Snider, V.E. Bush, T. y Arrowood, L. (2003). *Teacher knowledge of stimulant medication and ADHD*. Remedial and Special Education. 24, 47-57.
- Still, G. (1902). *The Goulstonian lectures on some abnormal psychical conditions in children, Lecture I*. Lancet.1:1008-1012.
- Torrego, J.C. y Moreno, J.M. (2007). *Convivencia y disciplina en la escuela: el aprendizaje de la democracia*. Madrid: Alianza.
- Vaquerizo-Madrid, J. (2005). *Hiperactividad en el niño preescolar: descripción clínica*. REV NEUROL. 40(Supl 1), 25-32.
- Vereb, R.L. y Diperna, J.C. (2004) *Teachers' knowledge of ADHD, treatments for ADHD and treatment acceptability: An initial investigation*. School Psychology Review. 33, 421-428.
- Wagner, D.J. Vallerand, I.A. McLennan, J.D. (2014). *Treatment Receipt and Outcomes from a Clinic Employing the Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Guideline of the Children's Medication Algorithm Project*. J Child Adolesc Psychopharmacol.Oct 20. [Epub ahead of print]
- Weiss, G. Minde, K. Werry, J.S. Douglas, V. Nemeth, E. (1971). *Studies on the hyperactive child. 8. Five-year follow-up*. Arch Gen Psychiatry.24(5):409-14.

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 Syst Rev. Dec7;(12):CD003018. Doi:10.1002/14651858.CD003018.

Fecha de entrada: 1 de noviembre de 2014

Fecha de revisión: 4 de septiembre de 2015

Fecha de aceptación: 21 de septiembre de 2015