

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO DE TDAH EN EL
ÁMBITO ESCOLAR
COGNITIVE-BEHAVIORAL INTERVENTION IN A CASE OF ADD/H IN THE
SCHOOL SCOPE

Beatriz Sales (*)

Besape3@alumni.uv.es

Diana Marín (**)

Diana.Marin@uv.es

**Graduada en Pedagogía. Universidad de Valencia.*

***Maestra PT. Prof. Dto. Didáctica y Organización Escolar (UV)*

Resumen.

En estas líneas se describe el diseño, implementación y valoración de un programa de intervención para la mejora de las habilidades cognitivas básicas (memoria, atención, percepción y razonamiento), habilidades sociales y autocontrol, llevado a cabo con un alumno de tercero de Educación Primaria diagnosticado con TDAH y trastorno negativista desafiante. Los instrumentos utilizados para la recogida de la información han sido entrevistas y cuestionarios estandarizados. Los resultados obtenidos tras la intervención han sido positivos, ya que el alumno ha aprendido a poner en práctica técnicas de organización escolar y técnicas de relajación, además, ha mejorado su comportamiento y sus relaciones sociales.

Palabras clave: TDAH, DSM-5, intervención, conducta.

Abstract.

These lines describe the design, implementation and evaluation of an intervention program for the improvement of basic cognitive skills (memory, attention, perception and reasoning), social skills and selfcontrol, carried out with a third-grader of Primary Education diagnosed with ADHD and challenging negativist disorder. The instruments used for the collection of information have been standardized interviews and questionnaires. The results obtained after the intervention have been positive, since they have learned to put into practice techniques of school organization and techniques of relaxation, and moreover, he has improved his behavior and his social relationships.

Key Words: TDAH, DSM-V, intervention, behavior.

1. INTRODUCCIÓN

La primera descripción clínica del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad data del año 1902, fue realizada por George Still con una muestra de 20 niños con una actividad e impulsividad excesivas, sin alteraciones intelectuales importantes ni enfermedades claramente asociadas, y cuya conducta no parecía derivada de una mala educación. Se refirió al problema como una "anomalía en el control moral en los niños". También son de la primera mitad del siglo XX las primeras recomendaciones para implantar modificaciones en las aulas escolares para niños con dificultades atencionales y de hiperactividad, origen de las que actualmente aún se emplean como proporcionar materiales de apoyo, revisar las lecciones anteriores, simplificar las instrucciones, horarios visibles, sentarse donde haya menos distracciones, rutinas y organizaciones, y estructurar y adaptar los exámenes.

En los años cincuenta se hablaba ya claramente del "síndrome del niño hiperactivo", aunque la primera versión de la clasificación de enfermedades de la Academia Americana de Psiquiatría (Diagnostic and Statistical Manual Disorders, DSM), de 1958, no reconoció este trastorno (Calderón, 2003). La primera versión de la clasificación de la Academia Americana de Psiquiatría que introdujo el TDAH fue la DSM-II (1968) como "reacción hiperquinética de la infancia (o adolescencia)". Solo a partir de la DSM-III (1980) se incluyó la inatención como síntoma fundamental, y se cambió el nombre para ello. Se incluye dos tipos de TDAH, el ADD/H (Attention-Deficit Disorder With Hyperactivity: Trastorno de atención con hiperactividad) y el ADD/WO (Attention-Deficit Disorder/Without Hyperactivity: Trastorno de atención sin hiperactividad). Una particularidad de la DSM-III-R (1987) fue la vuelta a una visión más unitaria del trastorno, con el nombre "trastorno de déficit de atención e hiperactividad (ADHD)". Como categoría indiferenciada se mantenía "trastorno de déficit de atención indiferenciado", para aquellos casos de exclusiva inatención. Ya en el DSM-IV (1995), y en su última modificación, el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), se retoma el dar de nuevo más importancia a la existencia de un subtipo inatento, que se denominará en esta clasificación "TDAH con predominio inatencional". En la actualidad, a través del DSM-5 (2013), queda definido el TDAH como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por un patrón persistente de inatención, desorganización y/o hiperactividad – impulsividad, que se manifiesta en varios contextos y que comienza antes de los 12 años.

Cuadro 1:

Comparativa TDAH, según DSM-IV-TR y DSM-V

DSM-IV-TR	DSM-V
TDAH dentro de los trastornos de inicio de la infancia y adolescencia, en concreto en el grupo de trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador (Miranda, A., Amado, L. y Jarque, S., 2001).	TDAH dentro del capítulo de los Trastorno del Neurodesarrollo.
Tres subtipos según los síntomas: 1. Subtipo combinado: Inatención e Hiperactividad e Impulsividad. 2. Subtipo predominante con falta de atención (inatento). 3. Subtipo predominante hiperactivo/impulsivo.	Tres prestaciones clínicas según los síntomas: 1. Presentación combinada: Inatención e Hiperactividad e Impulsividad. 2. Presentación predominante con falta de atención. 3. Presentación predominando hiperactiva/impulsiva. Dependiendo de los síntomas que se padezcan el TDAH podrá ser leve, moderado o severo. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos presentes antes de los 12 años.
Varios síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad están presentes en dos o más contextos.	Varios síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad están presentes en dos o más contextos.
Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos presentes antes de los 7 años.	Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos presentes antes de los 12 años.
Muy importante que para considerar TDAH se manifiesten los síntomas en al menos un periodo de tiempo de 6 meses.	Muy importante que para considerar TDAH se manifiesten los síntomas en al menos un periodo de tiempo de 6 meses.

Fuente: CADAH (Cantabria Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad), 2013

Se define el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad como, "un trastorno de inicio en la infancia, que presenta un patrón persistente de conductas de desatención, exceso de actividad y dificultad de controlar los impulsos o impulsividad. Es uno de los estudios más estudiados en psicopatología infantil" (Miranda, 2011, p. 15). El DSM-5 (2013) establece que: "la característica esencial del TDAH es un patrón persistente de

desatención y/o hiperactividad/impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar”.

En los últimos años, la teoría explicativa respecto de la etiología del TDAH sitúa la dificultad en un trastorno de la neurotransmisión de la corteza prefrontal, zona que desempeña un papel trascendente en la planificación y regulación de la conducta y sirve fundamentalmente para planificar y anticipar futuros eventos. Los sujetos que han padecido lesiones en la corteza cerebral prefrontal se caracterizan por ser inatentos, distraerse con facilidad, ser impulsivos y estar poco dispuestos a seguir las reglas (Gratch, 2000, p. 15).

Entre los investigadores todavía no se ha producido un acuerdo sobre cuáles son las causas exactas del TDAH, hoy en día constituye un trastorno neurobiológico ocasionado por una amplia variedad de factores biológicos y hereditarios. Por otra parte, aunque las variables ambientales no desempeñan un rol casual, pueden aumentar o reducir la vulnerabilidad de un sujeto a la hiperactividad, así como modular la severidad del trastorno (Miranda, Amado y Jarque, 2001, p.18).

En cuanto al término “comorbilidad”, acuñado por Fenstein en 1970, es utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona.

Algunas investigaciones sugieren que más de la mitad de las personas diagnosticadas con dicho trastorno cumplen los criterios diagnósticos de uno o más trastornos psiquiátricos adicionales (Artigas-Pallarés, 2003; Lavigne y Romero, 2010).

Según un estudio realizado en Suecia se ponía en evidencia que, “el 87% de niños que cumplían todos los criterios de TDAH tenían por lo menos un diagnóstico comórbido y el 67% cumplían los criterios por lo menos para dos trastornos comórbidos” (Artigas-Pallarés, 2013).

Uno de los trastornos más frecuentes, según Miranda, Amanda, y Jarque (2001) es el Trastorno Negativista Desafiante (ODD). Con una prevalencia aproximada del 4% en población general, en el caso de los niños que padecen TDAH aumenta hasta un 40-60% de los casos. Los últimos estudios indican que la hiperactividad es el factor de riesgo más importante para la aparición de trastornos de conducta de inicio temprano (Lynam, 1996). Los patrones más relevantes son los de agresividad, oposiciónismo y conductas antisociales (agredir a personas, robar, mentir).

Entre el 30 – 50% de los niños con TDAH pueden presentar el patrón de ODD (Oppositional Defiant Disorder) o rasgos relacionados con el mismo, esta prevalencia se incrementa gradualmente con la edad desde preescolares a escolares, en el caso de España se ha estimado una prevalencia de ODD que oscila entre 9,7 y 16,5% de los escolares (Granero, 2008).

2. MÉTODO

• CONTEXTO

El centro donde se ha realizado la propuesta educativa/pedagógica es un centro de carácter concertado ubicado en la provincia de Castellón. Este centro cuenta con 16 unidades y alrededor de 400 alumnos/as matriculados. Con respecto al número de alumnos matriculados con necesidades educativas especiales, cabe señalar que son 66 alumnos en total. De los cuales 6 alumnos tienen como diagnóstico TEA, unos 40 con TDAH, 2 con discapacidad motora, 10 con trastorno del lenguaje y 8 con discapacidad intelectual.

Los aspectos por destacar del carácter propio del centro son la elección de proyectos de trabajo, integración de alumnos con discapacidad, educación laica, identificación con ideario (participación de las familias en la actividad escolar) y trabajar mediante las nuevas tecnologías. También, destacar los valores que persiguen, siendo la diversidad, el respeto, diálogo, solidaridad, responsabilidad y compromiso, la creatividad, la actitud abierta al cambio, el trabajo en equipo y el cooperativismo, y, por último, el respeto al medio ambiente para ello cuenta con un pequeño huerto.

• PARTICIPANTE

Actualmente, David, tiene 8 años, está escolarizado en este centro desde la etapa de Educación Infantil. A lo largo de su escolarización, ha ido presentando dificultades de aprendizaje y problemas para centrar la atención. Cabe destacar que no ha repetido ningún curso académico ni tampoco presenta una medida extraordinaria de atención a la diversidad. El tratamiento que recibe es psicoeducativo con el objetivo de alcanzar las metas terapéuticas, personales, familiares y de futuro.

En septiembre de 2015 fue diagnosticado por la Unidad de Salud Mental Infantil-I de Castellón (USMI) de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, de tipo combinado (según los criterios establecidos en el DSM-V). Es un alumno con dificultades en las interacciones con sus iguales, reacciones explosivas, baja tolerancia a la frustración, contestaciones inadecuadas, desorden y pérdida de materiales. Además, no muestra dificultades a nivel académico dado que tiene buenas capacidades. Si bien es cierto, sus constantes faltas de atención, así como los conflictos continuos que tiene con sus compañeros hacen que su rendimiento académico no sea óptimo. Pero, sobre todo, le cuesta respetar las normas establecidas en los juegos o en las rutinas diarias, se muestra desafiante cuando no tiene lo que espera, contesta incorrectamente tanto adultos como a iguales y sus reacciones son muy explosivas llegan incluso a tener que acompañarle fuera del aula para que se tranquilice.

• OBJETIVOS

La actual Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) menciona el trastorno en el artículo 71, apartado dos:

Corresponde a las Administraciones educativas asegurar los recursos necesarios para que los alumnos y alumnas que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, TDAH, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo, o por condiciones personales o de historia escolar, puedan alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y, en todo caso, los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado.

El objetivo principal de este programa de intervención fue aumentar las habilidades cognitivas básicas, como son la percepción, la atención, la memoria y el razonamiento.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Dotar al alumno de estrategias de trabajo, por ejemplo: leer el enunciado, pensar antes de contestar, ir despacio fijándonos y por último comprobar el resultado.
- Aprender a utilizar la agenda
- Reducir las conductas disruptivas

- Fomentar las relaciones interpersonales dentro y fuera del aula
- Mejorar su autoestima

• INTERVENCIÓN

Cabe señalar que se ha seguido una estructura para realizar todas las sesiones, primero se realizaba una actividad de motivación, seguidamente una de intervención y por último una actividad de cierre. La finalidad que se perseguía con esta estructura era conseguir la mayor atención por parte de los sujetos, establecer una rutina y generar cierta motivación por las sesiones. Además, esto se ha llevado a la práctica en las actividades para optimizar las habilidades cognitivas básicas, actividades para mejorar la conducta, actividades para mejorar el rendimiento en el área matemática, actividades para aumentar la autoestima y en las actividades para aprender técnicas de relajación.

Cuadro 2:

Sesiones del programa de David

SESIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
1	Conectar con el niño Evaluar la personalidad Trabajar la memoria a corto plazo.	Juego memory
2	Optimizar las habilidades cognitivas básicas Aprender a utilizar correctamente la agenda Conocer una técnica de relajación	Actividad de atención Picto que representa la agenda en la mesa Pintar un mandala Juego memory
3	Evaluar el comportamiento del sujeto para realizar la economía de fichas Optimizar las habilidades cognitivas básicas	Actividad de atención
4	Trabajar el comportamiento mediante la técnica de economía de fichas Dotar al alumno de estrategias de trabajo	Explicación de la economía de fichas Pasos que seguir para la realización de una tarea
	Conseguir que el sujeto reflexiona	Historia social ¿Qué ha

5	tras una conducta inadecuada.	pasado?
6	Conocer una técnica de relajación Optimizar las habilidades cognitivas básicas	Frasco de la calma Actividad de percepción
7	Trabajar las habilidades sociales	Saber perdonar
8	Conocer una técnica de relajación Optimizar las habilidades cognitivas básicas	Técnica de la Tortuga Actividad de memoria
9	Conseguir que el sujeto reflexiona tras una conducta inadecuada. Trabajar las habilidades sociales	Historia social ¿Qué ha pasado? Saber perdonar
10	Reflexionar sobre las conductas positivas y negativas en determinadas situaciones	Realización de un mural: "¿Qué hago con mi enfado?"
11	Trabajar el estado de ánimo ante las críticas	"No preocuparse de la opinión de los demás"
12	Trabajar la inteligencia emocional Optimizar las habilidades cognitivas básicas	Juego educativo sobre las emociones Actividad de razonamiento
13	Conocer y mejorar el concepto de autoestima	Mis cualidades personales
14	Mejorar el nivel de autoestima del sujeto Optimizar las habilidades cognitivas básicas	Apoyo social Actividad de percepción
15	Optimizar las habilidades cognitivas básicas	Trabajar la frustración Actividad de atención
16	Trabajar la inteligencia emocional	Juego educativo sobre las emociones

Optimizar las habilidades cognitivas
básicas

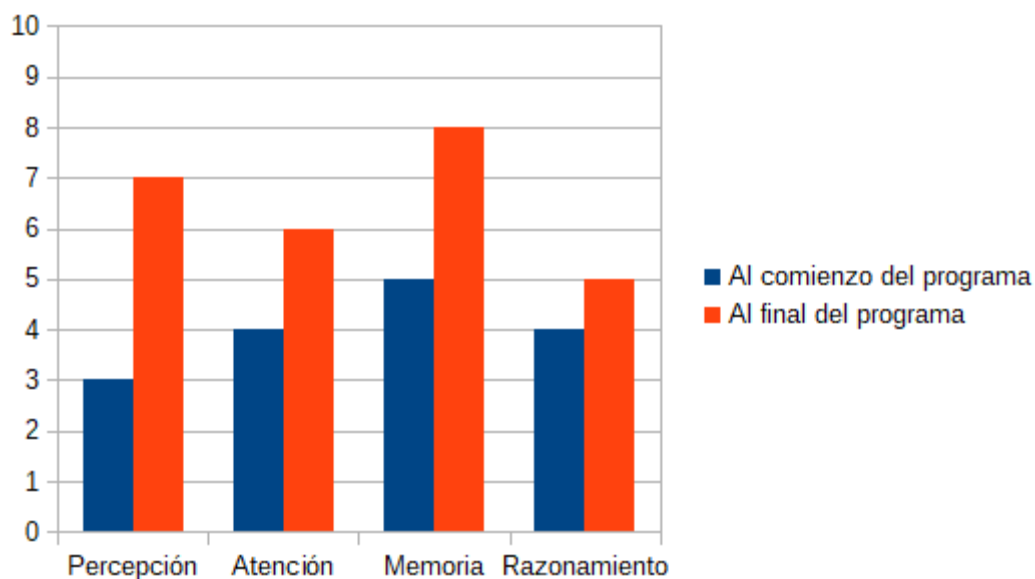
Actividad de razonamiento

3. RESULTADOS

Por un lado, el principal objetivo del programa, "optimizar las habilidades cognitivas básicas (percepción, atención, memoria y razonamiento)", sí que se ha conseguido alcanzar mediante las actividades y juegos planteados, donde se ha podido observar la progresión del sujeto comparando las primeras sesiones con las últimas.

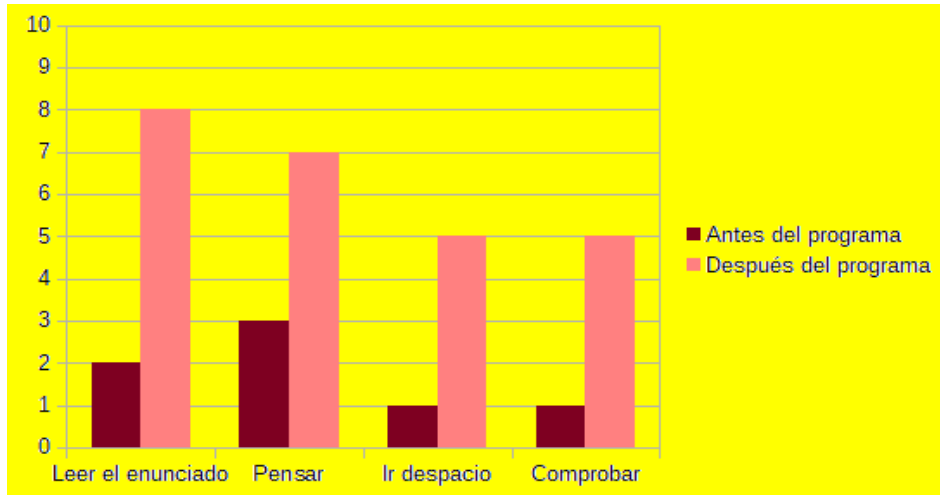
En la Figura 1 se muestra la evolución del sujeto desde el comienzo hasta finalizar el programa. Así pues, podemos observar una clara mejoría en las habilidades cognitivas (percepción, atención, memoria y razonamiento), destacando entre éstas la percepción y la memoria.

Figura 1: Optimizar las habilidades cognitivas básicas



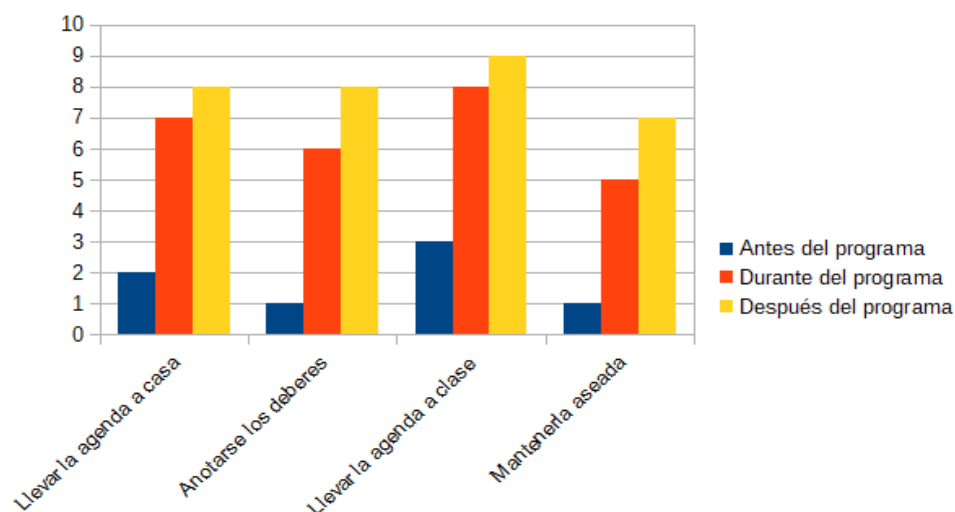
Con respecto al primer objetivo secundario, dotar al alumno de estrategias de trabajo, mediante las auto-instrucciones, sí que se ha alcanzado, es decir, el sujeto ha adquirido al finalizar el programa estrategias para hacer frente un trabajo escolar (Figura 2). Esto lo hemos podido comprobar mediante la observación directa, pero una vez finalizada la intervención, todavía continúa bloqueándose en determinados ejercicios y no presenta las suficientes estrategias para afrontarlo por él mismo.

Figura 2: Estrategias de trabajo



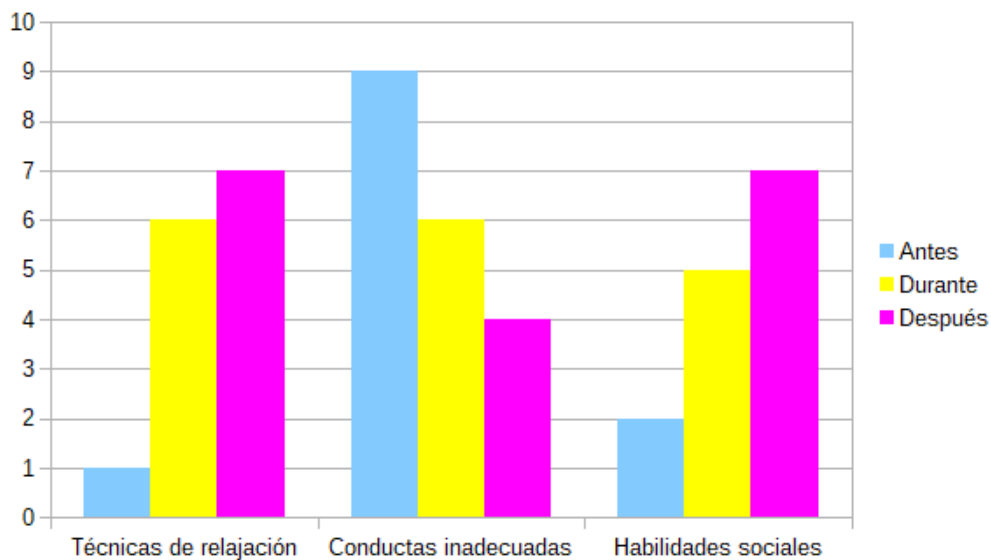
En cuanto al segundo objetivo secundario, aprender a utilizar la agenda, sí que se ha alcanzado, puesto que el sujeto utiliza la agenda para anotarse deberes, exámenes y fechas de entrega de trabajos sin necesidad de recordárselo. Esto se ha podido comprobar mediante la técnica "economía de fichas", donde ha habido una progresión con este objetivo, consiguiendo a medida que iban pasando las semanas todas las caras verdes. Así pues, la Figura 3 representa la evolución de la utilización de la agenda antes, durante y después del programa. Los ítems que se han evaluado han sido si se llevaba la agenda a casa, si se apuntaba los deberes, si traía la agenda al colegio y si la mantenía en buenas condiciones.

Figura 3: Aprender a utilizar la agenda



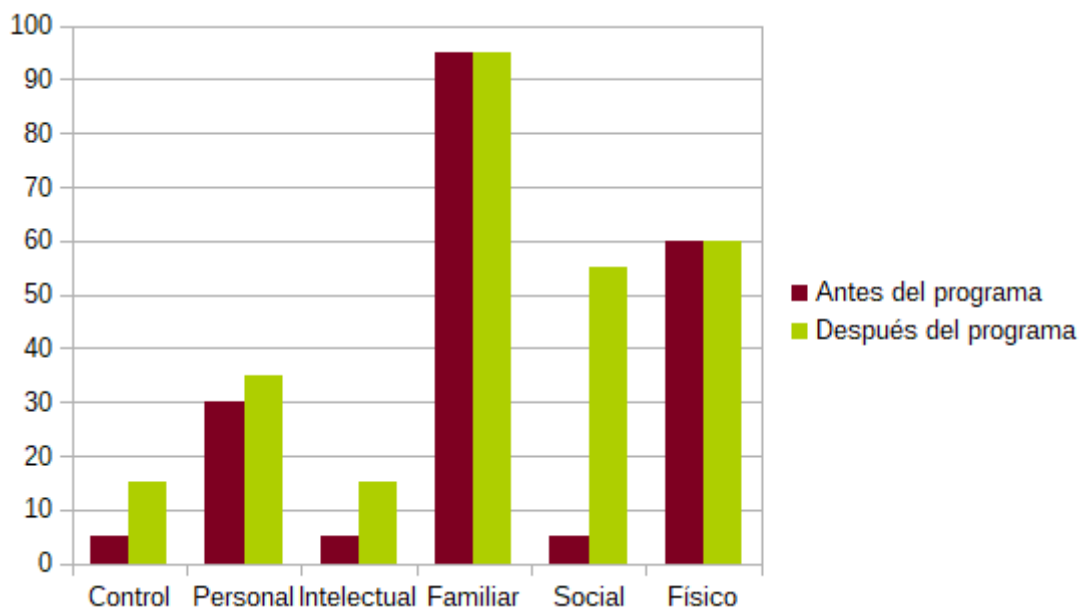
El tercer y cuarto objetivo secundario, reducir las conductas disruptivas y fomentar las relaciones interpersonales dentro y fuera del aula, también se ha conseguido. Este objetivo se ha podido alcanzar con éxito, ya que el sujeto ha aprendido técnicas de relajación y las ha puesto en práctica cuando se notaba más nervioso de lo normal o cuando no sabía cómo afrontar una determinada situación. Es decir, ha aprendido a reflexionar ante una situación conflictiva y poner en práctica técnicas para hacer frente a ello. Esto se ha podido comprobar mediante la técnica "economía de fichas" donde se ha podido observar la evolución desde las primeras sesiones del programa con respecto a las últimas (Figura 4).

Figura 4: Técnicas de relajación, conductas inadecuadas y habilidades sociales



Y el quinto y último objetivo secundario, mejorar la autoestima, se ha conseguido parcialmente. Parcialmente porque no se ha conseguido disminuir el nivel de frustración ni el nivel de ansiedad del alumno. Esto se ha podido comprobar con la información obtenida en la entrevista con el tutor donde se realizó la evaluación y mediante la comparación entre los cuestionarios realizados antes del comienzo del programa (C.A.G. "Cuestionario de autoconcepto Garley" y ESPQ "Cuestionario Factorial de Personalidad") y el último cuestionario efectuado una vez finalizado el programa. Esta comparación nos indica que ha habido una mejoría respecto al nivel de autoestima del sujeto en las diferentes dimensiones (Figura 5), pero todavía presenta una autoestima baja. Por ello, se debería seguir trabajando este objetivo con el sujeto a lo largo de su escolarización.

Figura 5: Mejorar la autoestima



Además, una vez finalizado el programa de intervención, se volvió a realizar el sociograma (Moreno, 1992), donde se ha podido observar cómo ha aumentado el número de sujetos que lo eligen para realizar trabajo de clase con él, disminuyendo así el número de sujetos que no realizarían trabajos con él y no se consideran sus amigos (Figura 7) respecto a la situación al inicio de la intervención (Figura 6).

Figura 6: Sociograma inicial

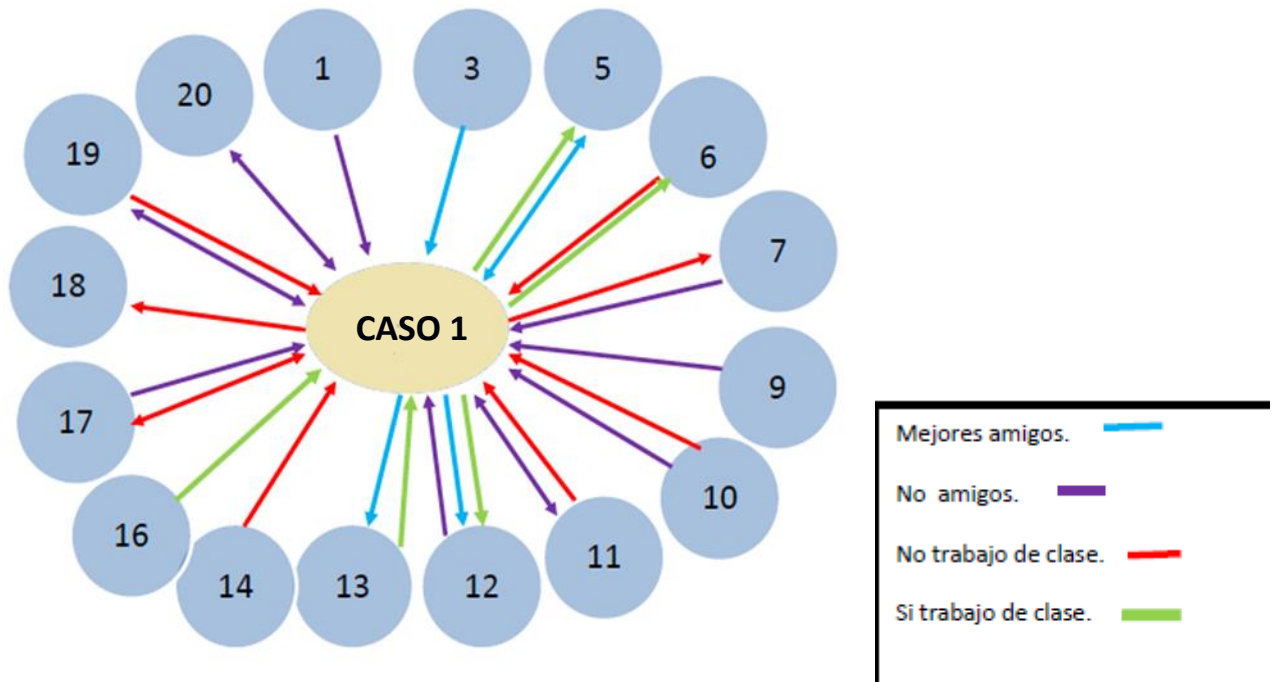
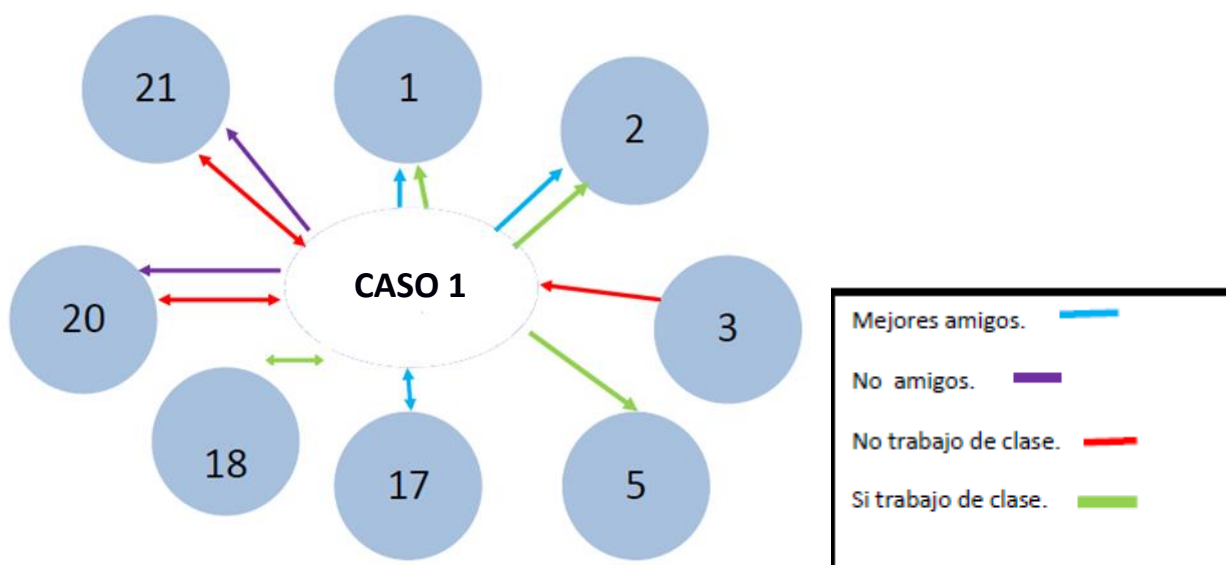


Figura 7: Sociograma final



En la entrevista al tutor al finalizar el programa se han corroborado las mejoras en ambos objetivos. Esta evaluación se ha realizado mediante una tabla con diversos ítems que evalúan el rendimiento escolar, la interacción social y la conducta, mediante una escala tipo Likert (1 nunca, 2 casi nunca, 3 normalmente, 4 casi siempre y 5 siempre). Un ejemplo de estas mejoras las encontramos en el ítem "se mete en líos constantemente" antes del programa era normalmente y después casi nunca, el ítem "lo castigan con frecuencia" antes era casi siempre y después casi nunca, y el ítem "está integrado en el grupo" antes era casi nunca y después del programa casi siempre.

Mediante la comparación de los resultados obtenidos antes y después de la intervención en el C.A.G. y ESPQ se concluye que ha habido una mejoría respecto al nivel de autoestima del sujeto, pero todavía presenta una autoestima general baja.

4. DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

El TDAH es un trastorno que se encuentra con elevada frecuencia en las aulas y según parece presenta una tendencia a aumentar (CADAH, 2012). Es por este motivo, y por los graves problemas que este trastorno provoca en el aprendizaje de los alumnos que lo sufren, que la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, como la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa, habla de la importancia de que las administraciones educativas establezcan los procedimientos oportunos, realicen las adaptaciones pertinentes, y destinen los recursos necesarios para garantiza que estos estudiantes accedan al currículum educativo, y permanezcan y progresen dentro del sistema educativo, logrando los objetivos y competencias establecidos.

El sobrediagnóstico del TDAH, avalado por la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), es un problema que debe preocupar tanto a las familias como a los docentes. Desde el ámbito educativo son muchos los alumnos que son etiquetados como TDAH cuando realmente no lo son. Por este motivo, es imprescindible que los docentes tengan un conocimiento exacto acerca de los síntomas antes de alertar a las familias recomendándolas acudir al pediatra por razones como "es un niño muy movido", "se aburre constantemente en clase" o "nunca está atento". En otras ocasiones se etiqueta a este tipo de alumnos como "maleducados" o "con falta de motivación" desconociendo que padecen TDAH.

Cabe señalar que el profesorado debe conocer los casos de TDAH que se da cada vez más en las aulas y, sobre todo, informarse para realizar técnicas que permitan su desarrollo. Si se emplean buenos métodos de actuación, podemos conseguir que estos alumnos lleven una conducta, nivel escolar y social, igual que el resto de sus compañeros, sin que conlleve graves problemas para el alumno ni tengan que darse por perdidos, ya que como muestra la atención a la diversidad, hay que conseguir ayudar a todos los alumnos adaptando elementos si es necesario.

Con respecto a los aspectos que se deben seguir trabajando con el sujeto son aprender a anticiparse a los enfados, mejorar la autoestima, disminuir el nivel de frustración, trabajar las emociones con mayor profundidad, disminuir la ansiedad y saber poner en práctica estrategias de trabajo.

Por ello, las recomendaciones para el sujeto son seguir trabajando estos aspectos para que el alumno consiga una buena conducta tanto dentro como fuera del aula. Además, que acudiese a algún profesional externo del centro que le pueda ayudar y dar técnicas, trabajar siempre en forma positiva porque es como el alumno responde mejor, darle apoyo y trabajar con el resto de la clase para un adecuado clima grupal.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- American Psiquiátrica Asociación (APA). (1968). DSM-II. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Elsevier Masson.
- American Psiquiátrica Asociación (APA). (1980). DSM-III. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Elsevier Masson.
- American Psiquiátrica Asociación (APA). (1987). DSM-III-TR. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Elsevier Masson.
- American Psiquiátrica Asociación (APA). (1995). DSM-IV. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Elsevier Masson.
- American Psiquiátrica Asociación (APA). (2002). DSM-IV-TR. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Quinta Edición (DSM-5)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Artigas-Pallarés, J. (2003). *Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad*. Revista Neurológica, 36 (1), 68-78.
- Artigas-Pallarés, J. (2013). *Autismo y trastorno de déficit de atención/hiperactividad*. Revista Neurológica, 57 (1), 155-161.
- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Recuperado de <http://www.aepap.org/>
- Autor corporativo (2012). Fundación CADAH. Recuperado de <https://www.fundacioncadah.org/web/>
- Calderón Garrido, C. (2003). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Evaluación y tratamiento psicológico*. Tesis Doctoral dirigida por Fornés Santacana, M. y Amador, J. A. Dpto. de Psicología, Universitat de Barcelona.
- Feinstein, A. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. Journal of Chronic Diseases.
- Granero R, Ezpeleta L, Doménech JM, y De la Osa N. (2008). *What single reports from children and parents aggregate to attention deficit disorder and oppositional defiant disorder diagnoses in epidemiological studies*. Journal of European Child and Adolescents Psychiatry 2008; 17: 352-364.
- Gratch, L.O. (2000). *El trastorno por Déficit de atención (ADD-ADHD). Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. Editorial Médica Panamericana S.A.
- Lavigne, R. y Romero, J. F. (2010). *El TDAH. ¿Qué es?, ¿Qué lo causa?, ¿Cómo evaluarlo y tratarlo?* Madrid: Pirámide.
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa. España: Jefatura del Estado. Recuperado de: http://boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-12886
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, como la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre. España: Jefatura del Estado. Recuperado de: <http://boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-7899>
- Lynam, D.R. (1996). Early identification of the fledgling psychopath: locating the psychopathic child in the current nomenclature. Abnorm Psychol. 107 (4): 566 – 575.
- Miranda, A., Amado, L., y Jarque, S. (2001). *Trastornos por déficit de atención con hiperactividad*. Málaga: Aljibe.
- Miranda, A. (2011). *Manual práctico de TDAH*. Madrid: Síntesis.