

# EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD DESDE UNA PERSPECTIVA ACTUAL. ORIENTACIONES A PADRES Y PROFESORES

**EVA HERRERA-GUTIÉRREZ, MARÍA TERESA CALVO-LLENA Y CARIDAD PEYRES-EGEA**

Departamento de Psicología evolutiva y de la Educación

Universidad de Murcia

## Resumen

La finalidad de este trabajo es presentar el estado actual de conocimientos sobre el concepto de hiperactividad, a través de una revisión de las últimas publicaciones sobre el tema, y ofrecer unas pautas de identificación y actuación que puedan servir a padres y profesores para favorecer el desarrollo de los niños con este trastorno. Para ello, en primer lugar, intentamos delimitar el concepto de hiperactividad y sus principales manifestaciones. Seguidamente, comentamos algunos de los hallazgos más relevantes sobre la relación entre los estilos educativos parentales y el curso seguido por el trastorno, así como sobre la problemática del alumno hiperactivo en el aula. Para finalizar, realizamos un breve comentario crítico de los diversos tipos de programas de intervención y de sus resultados, concluyendo con algunas orientaciones generales que faciliten a padres y educadores el abordaje de este problema.

**Palabras clave:** Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), conceptualización, pautas de identificación y programas de intervención.

## Abstract

The aim of this work is to present the current knowledge on hyperactivity -attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)- through a revision of the recent research on this topic, and to offer some lines to identify hyperactive children as well as to guide the educational practices of parents and teachers. For this purpose, we will try to define ADHD concept, and the main manifestations of this disorder. Also, we comment on the most outstanding findings about the relationship between parent's educational styles and children's hyperactive behaviour, as well as other school-based educational concerns. Finally, we present a short critical review of some intervention programs and its main results. We conclude with some general guidelines for parents and teachers to face this problem.

**Key words:** Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), conceptualization, identification and intervention programs.

## INTRODUCCIÓN

La alteración que en nuestros días suele conocerse como trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o como hiperactividad, desde que fuera descrita por vez primera a mediados del siglo XIX, ha estado rodeada de innumerables discusiones y debates, principalmente, en lo relativo a su naturaleza y tratamiento. El resultado de esta polémica situación ha sido muy positivo para la mejora de nuestros conocimientos sobre el TDAH, ya que ha sido el principal estímulo a la hora de intensificar la investigación en este ámbito.

El objetivo que nos planteamos con este trabajo es realizar una revisión de la literatura que ha tratado el tema sobre el concepto de hiperactividad, con objeto de presentar a los padres y profesores las características fundamentales que este trastorno presenta, a partir de las cuales poder fundamentar la intervención educativa con estos niños. Para el desarrollo de esta finalidad, en primer lugar, estudiaremos las tendencias actuales sobre el concepto de hiperactividad y analizaremos sus características principales. A continuación, trataremos las relaciones existentes entre los estilos educativos de los padres, por un lado, y las estrategias de organización del aula, por otro, y el curso seguido por el trastorno. Seguidamente, abordaremos la problemática planteada en torno a los diferentes tipos de programas de intervención empleados, por separado o mediante diversas combinaciones de algunos de ellos. Finalmente, y a modo de conclusión de este análisis, pretendemos realizar algunos comentarios orientativos a padres y educadores sobre cómo mejorar su interacción con estos niños.

## ¿QUÉ ES LA HIPERACTIVIDAD?: UNA DEFINICIÓN OPERATIVA

La hiperactividad es un trastorno de conducta caracterizado principalmente por déficit de atención, excesiva actividad motora y comportamiento impulsivo. Así lo demuestran diversos estudios (August, Realmuto, McDonald III, Nugent y Crosby, 1996; Cantwell, 1996; Barkley, 1997; Petot, 1999; Eiraldi, Power, Karustus y Goldstein, 2000; Harvey, 2000), donde se pone de manifiesto que los niños hiperactivos tienen dificultades para mantener la atención y concentrarse en las tareas, parecen tener un nivel de energía extraordinariamente elevado, ya que continuamente cambian de actividad y, a menudo, se comportan de forma impulsiva (no piensan antes de actuar).

Se han utilizado muchos términos para referirse a los niños que muestran las características descritas, tales como "hiperactividad", "hipercinesia", "síndrome infantil de lesión cerebral", "reacción hiperkinética de la infancia", "síndrome del niño hiperactivo", "disfunción cerebral mínima" y, más recientemente, "desorden por déficit de atención" (Barkley, 1998). Esta diversidad de denominaciones refleja el carácter variable de la conceptualización de este trastorno.

En un principio, las definiciones ponían el énfasis en el exceso de actividad o en la agitación motora. Sin embargo, con el tiempo se descubrieron otros problemas asociados al trastorno, tales como la impulsividad y el déficit de atención, llegando este último a tomar un mayor protagonismo, hasta el punto de relegar la excesiva actividad motora a un segundo plano. Este cambio conceptual fue muy importante, prueba de ello es que la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III; APA, 1980) propuso la denominación de "trastorno por déficit de atención", que incluía dos subtipos: *con hiperactividad* y *sin hiperactividad*. A partir de ese momento, el déficit atencional empezó a ser considerado como el síntoma más relevante del trastorno, fundamentalmente por su mayor persistencia y estabilidad a lo largo del tiempo. Esta tendencia se mantiene en el DSM-III-R (APA, 1987) y en el DSM-IV (APA, 1994) y su reciente edición revisada (APA, 2000), donde se denomina "trastorno por déficit de atención con hiperactividad". Actualmente, los dos sistemas clasificatorios empleados para realizar el diagnóstico son el DSM-IV y DSM-IV-TR y el propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10; World Health Organization, 1992).

En las dos últimas ediciones del manual (DSM-IV y DSM-IV-TR), como novedad, se distinguen tres manifestaciones distintas o subtipos del TDAH: a) *con predominio del déficit de atención o inatento (TDAH-I)*, b) *con predominio hiperactivo-impulsivo (TDAH-H-I)* y c) *tipo combinado (TDAH-C)*. Según Wheeler y Carlson (2000), mientras que el TDAH-H-I resulta evidente, las otras dos categorías (TDAH-C y TDAH-I) continúan siendo motivo de debate, tanto teórico como empírico, siendo el área de la conducta y las estrategias sociales una de las menos estudiadas hasta el momento.

Entre los criterios que utiliza el DSM-IV y su texto revisado para el diagnóstico de TDAH, hallamos que, en primer lugar, se deben manifestar seis o más síntomas de desatención y/ o seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad. En segundo lugar, los síntomas deben estar presentes durante al menos seis meses y deben manifestarse antes de los siete años de edad. En tercer lugar, las conductas problemáticas se tienen que manifestar por lo menos en dos ambientes diferentes en los que el niño interactúe (tales como el hogar y la escuela). También deben existir pruebas claras de un deterioro significativo en la actividad social, académica o laboral y, por último, los síntomas no pueden ser debidos ni explicados por otra patología mental.

La CIE-10 mantiene una serie de diferencias con respecto al DSM-IV y DSM-IV-TR, entre ellas destaca la consideración de la actividad motora como el núcleo central del TDAH, al que denomina "trastorno de la actividad y la atención" y no "trastorno por déficit de atención con hiperactividad", como en el DSM-IV. Además, la CIE-10 incluye esta alteración en el grupo de los trastornos hiperkinéticos mientras que los DSM-IV lo hacen en el de los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.

Por otra parte, los códigos diagnósticos que utiliza la CIE-10 constituyen categorías más estrictas, requiriéndose, al menos, seis síntomas de desatención, tres de hiperactividad y uno de impulsividad para la identificación del trastorno.

Sin embargo, a pesar de la falta de unanimidad en la forma de conceptualizar el TDAH, hay un acercamiento entre las posturas que estos dos esquemas diagnósticos defienden sobre la hiperactividad. Tal y como señalan Miranda, Roselló y Soriano (1998) existe, en primer lugar, un acuerdo básico relativo a las características, o sintomatología primaria, del trastorno: déficit de atención, actividad motora excesiva e impulsividad. En segundo lugar, ambos sistemas diagnósticos exigen que las conductas problemáticas se mantengan en el tiempo y se manifiesten en distintas situaciones.

A continuación, vamos a comentar algunas de las investigaciones más relevantes sobre las principales manifestaciones del TDAH.

### **Déficit de atención**

Muchos investigadores consideran las dificultades de atención el síntoma fundamental de la hiperactividad. Sin embargo, como indican Wick-Nelson e Israel (1997), es curioso que el niño con TDAH sea capaz de mantener la atención cuando está motivado e interesado por una determinada tarea, mientras que es en las situaciones rutinarias donde el niño hiperactivo presenta un alto nivel de distracción. Esto explica la duda creciente acerca de que la falta de atención sea la mejor forma de describir los problemas del TDAH.

Con objeto de saber si es realmente la falta de atención y no otro tipo de variables, tales como la motivación o la comprensión, lo que provoca que el niño hiperactivo obtenga peores resultados que sus compañeros en tareas que requieren atención, se han estudiado en estos niños las dos dimensiones fundamentales de la misma: la atención selectiva, entendida como la capacidad de atender a los estímulos importantes del entorno, ignorando los irrelevantes, y la atención mantenida, que es la capacidad de mantener la atención durante periodos de tiempo prolongados. Los resultados obtenidos en los estudios sobre atención selectiva y mantenida no permiten extraer conclusiones claras y sólidas que apoyen firmemente un déficit específico de atención en el TDAH (Whalen, 1989; Van der Meere, Wekking y Sergeant, 1991; Corkum y Siegel, 1993; Taylor, 1994). Como apuntan Miranda *et al.* (1998), la pregunta clave es si estos déficits en el procesamiento obedecen a una ineficacia atencional generalizada. En este sentido, los resultados en una serie de trabajos experimentales llevados a cabo por Sergeant y Van der Meere (1990), muestran que los niños con TDAH no tienen deficiencias atencionales específicas. Por esta razón, algunos

autores afirman que no se trata de un déficit de atención en sentido estricto, sino de un sesgo de la atención.

Actualmente, se plantea la posibilidad, defendida por Barkley (1998), de que la explicación a los síntomas del trastorno podría estar en el mal funcionamiento del córtex prefrontal, una parte del cerebelo y los ganglios basales. En un estudio llevado a cabo por Castellanos, Giedd, Marsh y Hamburger (1996), se comprobó que el córtex prefrontal derecho y dos de los ganglios basales (*nucleus caudatus* y *globus pallidus*) eran menores de lo normal en los niños con TDAH. A comienzos de 1998, el equipo de Castellanos encontró que la región vermis del cerebelo es también más pequeña en dichos sujetos. Son precisamente estas áreas del cerebro, que presentan un menor tamaño, las mismas que regulan la atención (Swanson, Castellanos, Murias, LaHoste y Kennedy, 1998).

En cualquier caso, cualquiera que sea la causa última que determine el trastorno y aunque todavía no esté claro si realmente es el déficit de atención el síntoma más relevante del TDAH, lo que sí está demostrado es que los niños hiperactivos tienen más problemas que el resto de sus compañeros, a la hora acabar una determinada tarea.

### **Actividad motora excesiva**

El término hiperactividad en sentido restringido se emplea para referirse a un síntoma o pauta de conducta específica: la actividad motora excesiva o sobreactividad. Este síntoma se manifiesta a través de un movimiento constante y desorganizado del cuerpo sin que exista un fin específico. De ahí, que se tilde a los niños con TDAH de nerviosos, inquietos e impacientes. Sin embargo, también es importante señalar que es en los ambientes más estructurados, como el aula, o en lugares públicos, como la iglesia o un supermercado, donde tiene lugar este exceso de actividad motora, mientras que es en ambientes relajados, durante el juego e, incluso, cuando los padres están en casa y no hay visitas, cuando esta actividad disminuye. Así mismo, los niños hiperactivos presentan conductas menos problemáticas cuando la actividad es nueva, divertida o es recompensada, mientras que en las actividades aburridas y poco motivantes la actividad motora se intensifica.

Por otro lado, asociado a esta excesiva actividad motriz, puede darse un déficit en la motricidad gruesa que se traduce en falta de flexibilidad y rigidez en los movimientos del niño. De igual modo, este déficit en la motricidad gruesa incide en la adquisición del esquema corporal, ya que si el niño hiperactivo no puede realizar los juegos pertinentes tendrá dificultades para distinguir los conceptos básicos relacionados con el espacio (arriba, abajo, izquierda y derecha) y con el tiempo (antes y después).

En los niños hiperactivos, con frecuencia, también se observan problemas en la motricidad fina debidos a la presencia de sincinesias (movimientos involuntarios de dedos) que impiden la realización de tareas tan específicas como atar los cordones de los zapatos. En general, todas las tareas que exijan una cierta coordinación óculo-manual resultarán problemáticas (Cabanyes, Polaino-Lorente y Ávila, 1991; Swanson *et al.*, 1998; Castellanos *et al.*, 2000).

### **Impulsividad**

La tercera de las características del TDAH se refiere al déficit en la capacidad para controlar los impulsos y para postergar la satisfacción inmediata de los deseos. De ahí, que se indique que estos niños tienen escasa tolerancia a la frustración y un deficiente autocontrol (ver punto siguiente). La impulsividad también puede influir en la visión de los acontecimientos a largo plazo, lo que conlleva dificultad en la planificación de actividades futuras. Otra consecuencia de la impulsividad es la limitada capacidad de conocer las consecuencias de sus actos que presentan

estos niños y que les lleva a interrumpir las acciones de los demás, a realizar conductas peligrosas sin tener en cuenta las advertencias de los adultos, a infringir normas básicas del hogar y la escuela y, en general, a comportamientos que no hacen sino darles fama de desobedientes, cuando realmente se trata de niños incapaces de controlar sus acciones (Miranda *et al.*, 1998).

White *et al.* (1994), examinando un amplio rango de pruebas cognitivas e indicadores conductuales, encuentran dos factores diferenciados de impulsividad: impulsividad cognitiva e impulsividad conductual. Mientras que ambos son predictores de bajo rendimiento, sólo el segundo parece asociarse con comportamiento antisocial. Según Hinshaw (1994), esta impulsividad conductual podría reflejar un proceso global de desinhibición.

### **Regulación emocional y funcionamiento social**

Repasando las tres categorías que los DSM-IV y DSM-IV-TR distinguen dentro del TDAH y que recordemos son: a) con predominio del déficit de atención o inatento (TDAH-I), b) con predominio hiperactivo e impulsivo (TDAH-H-I) y c) tipo combinado (TDAH-C), la investigación recientemente realizada por Wheeler y Carlson (2000) pone de manifiesto la existencia de distintos modelos de disfunciones sociales entre los subgrupos de TDAH, en cuanto a su regulación emocional y funcionamiento social.

En dicha investigación, los niños con TDAH-C presentaron comportamientos más agresivos y disfunciones emocionales caracterizadas por altos e intensos niveles de conducta, tanto positivas como negativas. En contraste, los niños con TDAH-I mostraron deficiencias en las relaciones sociales, pero no evidenciaron problemas en la regulación emocional. Los análisis de regresión revelaron que el cumplimiento de las normas sociales, la regulación emocional y, en menor grado, las habilidades sociales eran predictoras de la posición social de los niños hiperactivos. Este tipo de hallazgos permitirán, en el futuro, entender la naturaleza de las carencias sociales que pueden sufrir los niños diagnosticados dentro de cada una de las tres categorías del TDAH y derivar procedimientos de prevención adecuados.

## **HACIA UNA EXPLICACIÓN DEL TRASTORNO**

La puesta en relación de nuestros conocimientos sobre las posibilidades de control de impulsos y de regulación emocional del niño hiperactivo, con otros datos relativos al déficit atencional, permite un abordaje más completo y explicativo de su problemática. Así, por ejemplo, la opinión actual sobre el origen de este trastorno difiere considerablemente de la mantenida años atrás. El TDAH no se consideraría propiamente un desorden de la atención, sino que surgiría de un déficit en los circuitos cerebrales en los que se fundamenta la inhibición y el autocontrol (Barkley, 1998, 2001). La pérdida de autocontrol, a su vez, dificultaría otras funciones cerebrales de una importancia decisiva para el mantenimiento de la atención, como la capacidad para esperar recompensas no inmediatas. Este fallo en la inhibición conductual originaría un retraso en la capacidad de interiorización y en la adquisición de las cuatro funciones mentales ejecutivas:

- La acción de la memoria operativa, o capacidad para trabajar en una determinada tarea teniendo presente toda la información, una vez desaparecido el estímulo que la originó.
- La interiorización del habla, que tiene lugar hacia los diez años de edad y permite al niño actividades como seguir instrucciones, plantearse la solución de un problema y entender las reglas. Todo ello sin necesidad de buscar ayuda de otras personas.
- La capacidad de autocontrol de las emociones y motivaciones generadas por determinadas situaciones. Esta capacidad es muy importante desde el punto de vista de las estrategias sociales,

ya que las personas que controlan sus reacciones inmediatas se desenvuelven mejor en sociedad.

· La reconstitución, que permite a los individuos conseguir una determinada meta, mediante la fragmentación de las conductas observadas y la combinación de sus partes en nuevas acciones no aprendidas de la experiencia.

Otra de las hipótesis que se baraja es la posibilidad de que estén implicados umbrales cerebrales anormalmente altos de reforzamiento o de activación, lo cual explicaría que el niño hiperactivo busque estimulación a través de la desatención y de una actividad intensificada, sobre todo en situaciones que requieren prestar atención, acabar una tarea o seguir las indicaciones de los otros (Wick-Nelson e Israel, 1997). En nuestra opinión, y siguiendo los planteamientos de la explicación instrumental del desarrollo (Bullinger, 1994), esta búsqueda de estimulación o, más exactamente, de autoestimulación podría indicar la necesidad de toma de conciencia del propio cuerpo y de su funcionamiento en el espacio. Esto estaría en consonancia con el pobre esquema corporal frecuentemente observado en el niño hiperactivo y con su bajo rendimiento en tareas perceptivo-motrices y espaciales, que exigen un dominio del gesto y de su significación en el entorno. Planteamientos afines a este subyacen al presentado por Berger (1999), quien, al abordar la hiperactividad desde un punto de vista psicoterapéutico, hace hincapié en la dificultad para representar el propio cuerpo y para la constitución del espacio imaginario y el ritmo.

Finalmente, para autores como White y Sprague (1993) y Taylor (1994), los déficit de atención del TDAH se consideran cada vez más como un fallo en la cognición superior o, lo que es lo mismo, como un déficit en la regulación y distribución de la atención, más que como un déficit atencional básico. En esta línea, se han realizado algunos estudios con la finalidad de analizar los problemas de procesamiento de la información que presentan los niños con este trastorno (Leung y Connolly, 1994; Sonuga-Barke, Houlberg y Hall, 1994).

Resulta evidente que, a pesar de existir un acuerdo básico relativo a las características principales del TDAH, no es posible todavía ofrecer una conceptualización unánime de este trastorno, lo que pone de manifiesto la necesidad de seguir investigando sobre el tema. Se trata de un trastorno de conducta que se da cada vez con más frecuencia en nuestra sociedad, razón por la que tanto padres como profesores demandan una información más completa sobre su naturaleza, sus características más importantes y, en especial, las posibilidades de tratamiento y programas de intervención existentes para optimizar el desarrollo de estos niños. Respecto a esto último, en el siguiente apartado vamos a abordar algunas conclusiones que nos parecen interesantes acerca de los contextos familiar y escolar y su incidencia en el curso seguido por este trastorno. Así mismo, procederemos a una breve revisión de los principales tipos de programas de intervención implementados y sus resultados.

## **CONTEXTOS EDUCATIVOS Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN: UNA REVISIÓN CRÍTICA**

Si, como afirma Barkley (1998), el TDAH es debido a un fallo de la inhibición conductual, serán los ambientes más estructurados los que ayuden al niño con TDAH a tener un desarrollo social y afectivo mejor. Esto implica que el papel de los padres y educadores puede ser fundamental puesto que son ellos los encargados de ofrecer al niño hiperactivo un ambiente estable y organizado.

### **Prácticas educativas parentales e hiperactividad**

Hechtman (1996) realiza una revisión de la literatura que ha tratado el tema de las familias de niños con TDAH y extrae resultados interesantes. Entre ellos cabe destacar, primero, que los

factores medioambientales, principalmente los padres, juegan un papel esencial en el desarrollo del niño hiperactivo y, segundo, que generalmente las interacciones que tienen lugar dentro de la familia son problemáticas, aunque mejoran cuando el niño está tomando medicación y al llegar a la edad adulta. La autora concluye en la importancia que tiene el tipo de interacciones establecidas entre los padres y sus hijos hiperactivos, tanto para mejorar el comportamiento del niño, como para el mantenimiento, por parte de aquellos, de una actitud positiva hacia el trastorno. Al parecer, las relaciones familiares suelen resultar especialmente difíciles en el caso de los niños con agresividad asociada a la hiperactividad. Diferentes trabajos (Gómez y Sanson, 1994; Fletcher, Fisher, Barkley y Smallish, 1996; Johnston, 1996) han constatado la existencia de una elevada conflictividad en las interacciones padres-hijos TDAH agresivos. Tales hallazgos podrían estar en la base de ciertos resultados poco halagüeños obtenidos en los programas de intervención con estos niños y, como señalan Miranda y Presentación (2000a), sugieren la necesidad de trabajar directamente sobre los conflictos familiares.

En esta línea, algunos autores insisten en la importancia de analizar los estilos educativos del padre y de la madre, dada su influencia en la posterior aparición de trastornos de conducta disocial o negativista desafiante (Dykman y Ackerman, 1993; Presentación y Miranda, 1996; Stormont-Spurgin y Zentall, 1996; Harvey, 2000).

Parece que las madres de niños hiperactivos suelen ser más controladoras y con un estilo educativo más coercitivo que las de los niños que no presentan esta alteración, así mismo, parecen ser menos responsivas a las actuaciones neutrales o positivas de sus hijos (Barkley, Fischer, Edelbrock y Smallish, 1991). La sobreprotección se suma a estas características en el caso de los niños con algún trastorno de agresividad asociado (Stormont-Spurgin y Zentall, 1996).

En el caso de los padres de niños hiperactivos, con o sin agresividad asociada, Stormont-Spurgin y Zentall (1995, 1996) encuentran un patrón cambiante en las prácticas de cuidado de sus hijos desde la etapa preescolar hasta la preadolescencia. Así, cuando son preescolares los padres suelen estar más implicados en la educación de sus hijos hiperactivos y mostrar una actitud restrictiva en sus pautas de interacción. Sin embargo, con el tiempo tienden a adoptar un estilo excesivamente permisivo y pasivo, lo que vendría a indicar un cierto desentendimiento de la situación.

Por otra parte, se ha observado una mayor frecuencia de prácticas disciplinarias agresivas, tanto en las madres como en los padres de niños hiperactivos (Woodward, Taylor y Dowdney, 1998). Para una revisión sobre el tema, pueden consultarse las publicaciones de Barkley (1995), Hechtman (1996) y Quay y Hogan (1999).

A la luz de estos hallazgos podemos pensar que, además de la inadecuación de los estilos educativos parentales, la discrepancia entre las estrategias de disciplina del padre y de la madre constituye un factor importante en la aparición y mantenimiento de las principales alteraciones conductuales del TDAH (Harvey, 2000). En nuestra opinión, tanto de cara a la interpretación de resultados como a la elaboración y puesta en práctica de programas de intervención en el contexto familiar, sería conveniente adoptar una perspectiva ecológica. Así vistas, las pautas interactivas presentadas por los padres podrían ser, en parte, consecuencia, no ya de sus ideas previas sobre el cuidado infantil, sino de las propias actitudes y comportamientos manifestados por sus hijos; debiéndose hablar, en tal caso, de "reciprocidad padres-hijo", como lo hacen Stormont-Spurgin y Zentall (1996).

### **El alumno hiperactivo en el aula**

Aunque los datos no sean totalmente consistentes, como indican Presentación y Miranda (1996), tanto los niños con TDAH como los que presentan este trastorno con agresividad asociada suelen tener un bajo rendimiento académico, lo que se ve agravado en el caso de estos últimos.

Tales resultados podrían obedecer, más que a las dificultades cognitivas que ambos grupos presentan, al tipo de conductas manifestadas por los niños TDAH agresivos, que normalmente interrumpen la marcha de la clase infringiendo normas de convivencia en el aula, lo que no es tan frecuente en el caso de los niños sólo hiperactivos.

Esta cuestión situaría el análisis de este trastorno en una dimensión sociométrica que permite entender las diferentes pautas de interacción en el aula que se observan en unos y otros niños. Así, los niños con TDAH no agresivos presentan fundamentalmente problemas de rendimiento, lo que les lleva, en ocasiones, a ser catalogados como alumnos con dificultades de aprendizaje. Por su parte, los alumnos TDAH agresivos, además de la falta de persistencia en la tarea manifiesta en ambos grupos, tienden a realizar con mayor frecuencia atribuciones hostiles ante situaciones interpersonales ambiguas y a responder de forma más violenta, por lo que reciben altas valores de rechazo por parte de sus compañeros y son más sancionados por sus profesores. Estos últimos suelen estar significativamente sensibilizados con su actitud desafiante y oposicionista y muestran mayor severidad con su falta de autocontrol que con la de los alumnos exclusivamente hiperactivos.

Ante esta situación, parece que un enfoque eminentemente médico de la hiperactividad tiene escasa utilidad para los educadores, más allá de la ayuda farmacológica que permite una actitud más atenta y menos disruptiva del niño durante el horario de clase. Desde nuestro punto de vista, mantener el aula organizada en la forma habitual a la espera de soluciones médicas, o incluso psicoterapéuticas, no es la actitud más adecuada. No olvidemos que el aula constituye uno de los entornos estructurados en los que el niño pasa la mayor parte de su tiempo. En este sentido, compartimos la perspectiva funcional propuesta por Reid y colaboradores (Maag y Reid, 1994; Reid y Maag, 1998; Reid, Reason, Maag, Prosser y Xu, 1998).

Según este enfoque, la conducta hiperactiva es una función del ambiente y de las habilidades del niño y no la consecuencia directa de un trastorno inherente al individuo. Consiguientemente, a la hora de organizar el contexto escolar con estos niños sería conveniente:

- Determinar si los niños disponen de las destrezas que son requisito previo para llevar a cabo conductas adecuadas.
- Identificar los factores ambientales que están manteniendo las conductas inapropiadas o dificultan la aparición de los comportamientos deseables.
- Determinar las razones o motivos que llevan al niño a actuar como lo hace.
- Instruir al alumno y reforzarle en la ejecución de conductas alternativas que le permitan alcanzar sus propósitos de forma adaptativa.

Atendiendo a estos criterios, Maag y Reid (1994) proponen un modelo para el análisis e intervención sobre las dificultades de conducta y/o aprendizaje de los alumnos hiperactivos. De acuerdo con este modelo, serían los factores del entorno y el nivel de activación emocional del niño los elementos clave para entender la aparición de estas dificultades, que los autores agrupan en cuatro categorías: carencia de destrezas conductuales, falta de habilidades de resolución de problemas, distorsiones cognitivas y deficiente autocontrol.

Se trata, en definitiva, de adoptar una actitud más atenta a los sentimientos y perspectivas de los propios niños (Hearne, 1997) que permita a los profesionales implicados (psicólogos, educadores, paraprofesionales, etc.) orientar la intervención a partir de la "realidad funcional" del niño y no de las expectativas generadas por un diagnóstico previo.

### **Programas de intervención**

No pretendemos aquí hacer una revisión exhaustiva de los programas elaborados para el tratamiento del TDAH, sino comentar algunos de los más relevantes, atendiendo a los contextos de actuación (niño, familia, escuela) y a la problemática subyacente a su implementación.

En el tratamiento individual de los niños con TDAH, la medicación con estimulantes, pese a ser de uso habitual, presenta diversos problemas que Wicks-Nelson e Israel (1997) agrupan en torno a tres dimensiones principales. La primera se refiere a su ineficacia a largo plazo. Si bien es cierto que en niños mayores y adolescentes se han observado mejoras significativas del rendimiento escolar, éstas no se mantienen en el tiempo. Además, no siempre está indicado el tratamiento con antidepresivos y neurolépticos, sobre todo en el caso de los niños de menor edad. La segunda atiende a los posibles efectos secundarios, tales como insomnio, anorexia, irritabilidad, mioclonías, tics, cefaleas, etc. Aunque estos efectos suelen disminuir con la reducción de la dosis y eliminado su administración durante los fines de semana y periodos vacacionales, en algunos casos los estimulantes estarían claramente contraindicados. En tercer lugar, hay que tener en cuenta posibles efectos psicológicos indeseables, desde la preocupación u obsesión por el tratamiento, el sentimiento de enfermedad, el miedo a las consecuencias del abandono de la medicación, hasta la atribución de los propios éxitos o fracasos a la medicación como un factor externo, en detrimento de sus propias actividades, lo que redundaría en contra de la mejora del autocontrol.

No obstante, la administración de fármacos en combinación con otras formas de intervención, normalmente terapia cognitivo-conductual, puede acelerar el proceso de mejoría (Presentación y Miranda, 1996). En cualquier caso, este tipo de tratamientos combinados tampoco ha demostrado su eficacia a largo plazo.

Las terapias cognitivo-conductuales constituyen la base de un gran número de programas de intervención ampliamente utilizados en el tratamiento de estos niños, con y sin agresividad asociada. Normalmente, estos programas incluyen entrenamiento en solución de problemas, autoinstrucción, modelado, manejo de contingencias, etc. Todo ello, dirigido a mejorar las posibilidades de autocontrol de ambos grupos y a reducir la presencia de distorsiones cognitivas en los niños TDAH agresivos (Kendall, Padever y Zupan, 1980; Hugues, 1988; Presentación, 1996; Miranda y Presentación, 2000a, 2000b).

Nos parecen especialmente interesantes, dentro de este grupo, los trabajos de Presentación y Miranda con niños TDAH agresivos y no agresivos, tanto por la metodología empleada como por sus hallazgos. Retomando la cuestión planteada por Kendall y Morris (1991), estas autoras investigan la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en autocontrol y la de su combinación con el entrenamiento en estrategias de control de la ira. Concretamente, Presentación (1996) y Miranda y Presentación (2000a) proponen un tratamiento resultante de la combinación del programa de intervención de Kendall *et al.* (1980) "Párate y Piensa" con el programa de control de la ira de Hugues (1988) y lo aplican a niños con y sin agresividad asociada al trastorno hiperactivo. En esta misma línea, las autoras comparan en otro trabajo (Miranda y Presentación, 2000b) la efectividad de este tratamiento combinado con la utilización exclusiva del programa "Párate y Piensa".

En estos estudios, la combinación de técnicas produjo mejoras importantes y generalizadas en ambos grupos de niños con TDAH, según las percepciones de padres y maestros acerca de su funcionamiento social y cognitivo. Sin embargo, la respuesta al tratamiento fue menor en el caso de los niños con agresividad asociada. Los efectos diferenciales de la terapia se constataron tanto en el aula, donde las mejoras en conducta antisocial y rendimiento académico observadas en estos últimos fueron menos evidentes, como en casa. De hecho, los padres de los niños TDAH agresivos no apreciaron cambios conductuales significativos, excepto en la sintomatología básica del trastorno, lo que en parte podría explicarse por la elevada conflictividad que caracteriza en estos casos las interacciones padres-hijos (Edwards, Barkley, Laneri, Fletcher y Metevia, 2001).

Normalmente, las técnicas cognitivo-conductuales se han basado en la relación directa entre el profesional y el niño en un contexto clínico y no siempre han demostrado su eficacia fuera de

este ámbito (para una revisión ver Hinshaw, Klein y Abikoff, 1998). Parece que enseñar a un niño las estrategias de actuación más adecuadas en una situación artificial no conduce necesariamente a su utilización en contextos naturales (Shelton *et al.*, 2000). En un intento por mejorar la efectividad de estas técnicas, algunos programas combinan el tratamiento individual con sesiones de entrenamiento a padres, lo que parece mejorar a corto plazo la comunicación padres-hijos (Barkley, Guevremont, Anastopoulos y Fletcher, 1992; Odom, 1996).

Otro tipo de tratamientos combinados, como pueden ser los de corte funcional, ya mencionados, y los que plantean la intervención psicosocial en el contexto familiar (Barkley *et al.*, 1992; Sheridan, Dee, Morgan, McCormick y Walker, 1996; Webster-Stratton y Spitzer, 1996), en el escolar (Swanson *et al.*, 1990; Pelham *et al.*, 1993; Kotkin, 1995) o en ambos (Wells *et al.*, 2000), podría ser una alternativa capaz de ofrecer mayores garantías de éxito. Como señalan diferentes autores (Kotkin, 1998; Miranda y Presentación, 2000a; Wells *et al.*, 2000), dada la persistencia del TDAH, son precisos programas multimodales, intensivos, de larga duración y contextualizados, si queremos conseguir mejoras efectivas de los distintos síntomas del trastorno, en los diferentes contextos en los que se manifiestan y a largo plazo.

Este procedimiento de intervención podría aminorar algunos de los problemas que se han detectado como posibles factores responsables del poco éxito de los tratamientos, tales como la escasa motivación de los padres y su frecuente abandono de los programas (Cunningham, 1997; Barkley *et al.*, 2000; Ulaszek, 2001), o la resistencia de los profesores a incorporar técnicas que les obliguen a reestructurar el aula (Barkley *et al.*, 2000).

Parece que la incorporación de paraprofesionales a este tipo de programas multimodales, como agentes mediadores entre el psicoterapeuta y los padres y profesores, de un lado, y como elementos de apoyo en la escuela, de otro, está dando muestras de eficacia. Este es el caso del "Irvine Paraprofessional Program" (Kotkin, 1998) y del "Multimodal Treatment Study of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder", conocido como "MTA" (Wells *et al.*, 2000).

Por último, es preciso señalar, como aspecto fundamental para la mejora de las conductas disruptivas en el aula, la necesidad de incorporar de forma activa a los iguales en el programa de tratamiento, por ejemplo, como mediadores en la resolución de conflictos (Cunningham y Cunningham, 1998) o como modelos de conducta socialmente adecuada en situaciones de juego (Kellam, Rebok, Jalongo y Mayer, 1994).

## CONCLUSIONES

Dada la complejidad del TDAH y las dificultades que aún existen para su conceptualización, sobre todo si tenemos en cuenta la diversidad de tipologías con las que puede manifestarse, debemos señalar una serie de aspectos fundamentales relativos a la actitud que tanto padres como profesores deberían adoptar de cara a afrontar el problema. En primer lugar, es muy importante que antes de actuar se informen bien sobre todo lo relacionado con el trastorno y, desde este conocimiento, sean capaces de abordarlo positivamente. En segundo lugar, es fundamental que conozcan las características particulares del tipo de trastorno hiperactivo que el niño presenta y cuáles son sus intereses personales y motivaciones. Cada niño hiperactivo tiene sus peculiaridades y la intervención debe adaptarse a éstas. En esta línea, es básica la actuación coordinada del psicoterapeuta, cuya labor fundamental irá dirigida, entre otras cosas, al conocimiento de la situación actual del niño y a la mejora de sus capacidades de gestión de los propios impulsos y de atención. Finalmente, debe existir una comunicación continua y buena cooperación entre los diferentes profesionales implicados (psicólogos, profesores, etc.) y entre éstos y los padres, ya que esta es la base para optimizar los resultados de cualquier programa de intervención elegido.

En cualquier caso, hasta donde esta revisión nos permite conocer, no existen pruebas de eficacia a largo plazo de ninguno de los tratamientos. No obstante, una aproximación multimodal, que intervenga en los diferentes contextos de desarrollo y que incorpore mediadores y elementos de apoyo diversos (paraprofesionales, iguales, etc.), parece ser hacia donde se dirigen las propuestas más recientes. Así mismo, en nuestra opinión, la adopción de una perspectiva funcional, basada en las peculiaridades y necesidades de cada niño, podría ser de gran utilidad.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*. Washington, DC: (trad. cast. Barcelona: Masson, 1983).
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised*. Washington, DC: (trad. cast. Barcelona: Masson, 1988).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: (trad. cast. Barcelona: Masson, 1995).
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: (trad. cast. Barcelona: Masson, 2002).
- August, G., Realmuto, G., MacDonald III, A., Nugent, S. y Crosby, R. (1996). Prevalence of ADHD and comorbid disorders among elementary school children screened for disruptive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24 (5), 571-595.
- Barkley, R.A. (1995). *Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1998). El desorden de hiperactividad y déficit de atención. *Investigación y Ciencia*, 266, 48-53.
- Barkley, R.A. (2001). The executive functions and self-regulation: An evolutionary neuropsychological perspective. *Neuropsychology Review*, 11 (1), 1-29.
- Barkley, R.A., Fischer, M., Edelbrock, C.S. y Smallish, L. (1991). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria, III: Mother-child interactions, family conflicts, and maternal psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 233-256.
- Barkley, R.A., Guevremont, D.C., Anastopoulos, A.D. y Fletcher, K.E. (1992). A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (3), 450-462.
- Barkley, R.A., Shelton, T.L., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., Jenkins, L. y Metevia, L. (2000). Multi-method psycho-educational intervention for preschool children with disruptive behavior: Preliminary results at post-treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41 (3), 319-332.
- Berger, M. (1999). *El niño hiperactivo y con trastornos de atención*. Madrid: Síntesis.
- Bullinger, A. (1994). Le concept d'instrumentation son intééret pour l'approche des différents déficits. En M. Delau y A. Weilbarais (Eds.), *Le développement d lénfant: approches comparatives*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Cabanyes, J., Polaino-Lorente, A. y Ávila, C.C. (1991). Signos neurológicos menores e hiperactividad infantil. ¿Un nuevo paso en el avance nosológico? *Anales Españoles de Pediatría*, 34, 436-440.
- Cantwell, D.P. (1996). Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 978-987.
- Castellanos, F.X., Giedd, J.N., Marsh, W.L. y Hamburger, S.D. (1996). Quantitative brain

- magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53 (7), 607-616.
- Castellanos, F.X., Marvasti, F.F., Ducharme, J.L., Walter, J.M., Israel, M.E., Krain, A., Pavlovsky, C. y Hommer, D.W. (2000). Executive function oculomotor tasks in girls with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (5), 644-650.
- Corkum, P.V. y Siegel, L.S. (1993). Is the continuous performance task a valuable research tool for use with children with attention-deficit-hyperactivity disorder? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1217-1239.
- Cunningham, C.E. (1997). Readiness for change and parent training. *The ADHD Report*, 5, 1-3.
- Cunningham, C.E. y Cunningham, L. (1998). Student mediated conflict resolution programs. En R.A. Barkley (Ed.), *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Dykman, R.A y Ackerman, P.T. (1993). Behavioral subtypes of attention deficit disorder. *Exceptional Children*, 60, 132-141.
- Edwards, G., Barkley, R.A., Laneri, M., Fletcher, K. y Metevia, L. (2001). Parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29 (6), 557-572.
- Eiraldi, R., Power, T., Karustis, J. y Goldstein, S. (2000). Assessing ADHD and comorbid disorders in children: The Child Behavior Checklist and the Devereux Scales of Mental Disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29 (1), 3-16.
- Fletcher, K.E., Fisher, M., Barkley, R.A. y Smallish, L. (1996). A sequential analysis of the mother-adolescent interactions of ADHD, ADHD/ODD, and normal teenagers during neutral and conflict discussions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24 (3), 271-297.
- Gómez, R. y Sanson, A. (1994). Mother-child interactions and noncompliance in hyperactive boys with and without conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 477-490.
- Harvey, E. (2000). Parenting similarity and children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Family Behavior Therapy*, 22 (3), 39-54.
- Hearne, R. (1997). How do children with ADHD perceive their condition? *The Newsletter of the Division of Educational and Child Psychology of The British Psychological Society*, 82, 14-19.
- Hechtman, L. (1996). Families of children with attention deficit hyperactivity disorder: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41 (6), 350-360.
- Hinshaw, S.P. (1994). *Attention deficits and hyperactivity in children*. London: Sage.
- Hinshaw, S.P., Klein, R.G. y Abikoff, H. (1998). Childhood attention-deficit hyperactivity disorder: Nonpharmacologic and combination treatments. En P.E. Nathan y J. Gorman (Eds.), *Treatments that work*. New York: Oxford University Press.
- Hugues, J.N. (1988). *Cognitive behavioral therapy with children in schools*. New York: Pergamon Press.
- Johnston, C. (1996). Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 85-104.
- Kellam, S.G., Rebok, G.W., Ialongo, N. y Mayer, L.S. (1994). The course and malleability of aggressive behavior from early first grade into middle school: Results of a developmental epidemiologically-based preventive trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 259-281.
- Kendall, P.C. y Morris, R.J. (1991). Child therapy: Issues and recommendations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 777-784.

- Kendall, P.C., Padever, W. y Zupan, B. (1980). *Developing self-control in children: A manual of cognitive-behavioral strategies*. Minneapolis: University of Minnesota.
- Kotkin, R. (1995). The Irvine Paraprofessional Program: Using paraprofessionals in serving students with ADHD. *Intervention in School and Clinic*, 30, 235-240.
- Kotkin, R. (1998). The Irvine Paraprofessional Program: Promising practice for serving students with ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 31 (6), 556-564.
- Leung, P.W. y Conolly, K.J. (1994). Attentional difficulties in hyperactive and conduct-disorder children: A processing deficit. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1229-1245.
- Maag, J.W. y Reid, R. (1994). Attention-deficit hyperactivity disorder: A functional approach to assessment and treatment. *Behavioral Disorders*, 20 (1), 5-23.
- Miranda, A. y Presentación, M.J. (2000a). Efectos de un tratamiento cognitivo-conductual en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, agresivos y no agresivos. Cambio clínicamente significativo. *Infancia y Aprendizaje*, 91, 51-70.
- Miranda, A. y Presentación, M.J. (2000b). Efficacy of cognitive-behavioral therapy in the treatment of children with ADHD, with and without aggressiveness. *Psychology in the Schools*, 37 (2), 169-182.
- Miranda, A., Roselló, B. y Soriano, M. (1998). *Estudiantes con deficiencias atencionales*. Valencia: Promolibro.
- Odom, S.E. (1996). Effects of an educational intervention on mothers of male children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Community Health Nursing*, 13 (4), 207-220.
- Pelham, W.E., Carlson, C., Sams, S.E., Vallano, G., Dixon, M.J. y Hoza, B. (1993). Separate and combined effects of methylphenidate and behavior modification on boys with attention-deficit hyperactivity disorder in the classroom. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 506-515.
- Petot, D. (1999). Enfants hyperactifs: Troubles cognitifs spécifiques et troubles de l'attention. *Enfance*, 2, 137-155.
- Presentación, M.J. (1996). Efectos del entrenamiento en autocontrol en estudiantes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, agresivos y no agresivos. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.
- Presentación, M.J. y Miranda, A. (1996). Revisión de las características diferenciales entre niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad con y sin agresividad asociada. *Revista de Psicología de la Educación*, 20, 43-68.
- Quay, H.C y Hogan, A.E. (1999). *Handbook of disruptive behavior disorders*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Reid, R. y Maag, J.W. (1998). Functional assessment: A method for developing classroom-based accommodations and interventions for children with ADHD. *Reading and Writing Quarterly*, 14, 9-42.
- Reid, R., Reason, R., Maag, J., Prosser, B. y Xu, C. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder in schools: A perspective on perspectives. *Educational and Child Psychology*, 15 (4), 56-67.
- Sergeant, J. y Van der Meere, J. (1990). Convergence of approaches in localizing the hyperactivity deficit. En B.B. Lahey y A.E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology*. New York: Plenum Press.
- Shelton, T.L., Barkley, R.A., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., Jenkins, L. y Metevia, L. (2000). Multimethod psychoeducational intervention for preschool children with disruptive behavior: Two-year post-treatment follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28 (3), 253-266.
- Sheridan, S.M., Dee, C.C., Morgan, J.C., McCormick, M.E. y Walker, D. (1996). A multimethod

- intervention for social skills deficits in children with ADHD and their parents. *School Psychology Review*, 25 (1), 57-76.
- Sonuga-Barke, E.J., Houlberg, K. y Hall, M. (1994). When is "impulsiveness" not impulsive? The case of hyperactive children's cognitive style. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1247-1253.
- Stormont-Spurgin, M. y Zentall, S.S. (1995). Contributing factors in the manifestation of aggression in preschoolers with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 36, 491-509.
- Stormont-Spurgin, M. y Zentall, S.S. (1996). Child-rearing practices associated with aggression in youth with and without ADHD: An exploratory study. *International Journal of Disability, Development and Education*, 43 (2), 135-146.
- Swanson, J., Castellanos, F.X., Murias, M., LaHoste, G. y Kennedy, J. (1998). Cognitive neuroscience of attention deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Current Opinion in Neurobiology*, 8 (2), 263-271.
- Swanson, J.M., Simpson, S., Agler, D., Kotkin, R., Pfiffner, L., Bender, M., Rosenau, C., Mayfield, K., Ferrari, L., Holcombe, L., Prince, D., Mordkin, M., Ellior, J., Miura, S., Shea, C., Bonforte, S., Youpa, D., Phillips, L., Nash, L., McBurnett, K., Lerner, M., Robinson, T., Levin, M., Baren, M. y Cantwell, D. (1990). UCI-OCDE school-based treatment program for children with ADHD/ODD. En C.N. Stefanis, A. Rabavilas y C. Soldatas (Eds.), *Psychiatry: A world perspective*. New York: Elsevier Science.
- Taylor, E. (1994). Syndromes of attention deficit and hyperactivity. En M. Rutter, E. Taylor y L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches*. New York: Blackwell Scientific.
- Ulaszek, W.R. (2001). Parents' subjective appraisals of a parent training program as predictors of outcome: Perceived benefits, adherence, and barriers to adherence. *Dissertation Abstracts International*, 62 (2B), 1102.
- Van der Meere, J., Wekking, E. y Sergeant, J. (1991). Sustained attention and pervasive hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 275-284.
- Webster-Stratton, C. y Spitzer, A. (1996). Parenting a young child with conduct problems. En T.H. Ollendick y R.J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology*. New York: Plenum Press.
- Wells, K.C., Pelham, W.E., Kotkin, R.A., Hoza, B., Abikoff, H.B., Abramowitz, A., Arnold, L.E., Cantwell, D.P., Conners, C.K., Del Carmen, R., Elliott, G., Greenhill, L.L., Hechtman, L., Hibbs, E., Hinshaw, S.P., Jensen, P.S., March, J.S., Swanson, J.M. y Schiller, E. (2000). Psychosocial treatment strategies in the MTA study: Rationale, methods, and critical issues in design and implementation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28 (6), 483-505.
- Whalen, C.K. (1989). Attention deficit and hyperactivity disorders. En T.H. Ollendick y M. Hersen (Eds.), *Handbook of child psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Wheeler, J. y Carlson, C.L. (2000). Social functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder subtypes. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29 (1), 30-42.
- White, D.M. y Sprague, R.L. (1993). The "attention deficit" in children with attention-deficit hyperactivity disorder. En B.B. Lahey y A.E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology*. New York: Plenum Press.
- White, J.L., Moffit, T.E., Caspi, A., Hegum, D., Needles, D. y Stouthamer-Loeber, M. (1994). Measuring impulsivity and examining its relation to delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 103, 192-205.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A.C. (1997). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En R. Wick-Nelson y A.C. Israel (Eds.), *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice-Hall.

- Woodward, L., Taylor, E. y Dowdney, L. (1998). The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 (2), 161-169.
- World Health Organization (1992). *International classification of diseases: Tenth Revision*. Geneva: Author (trad. cast. Madrid: Meditor, 1992).