

PERCEPCIÓN DEL AJUSTE CLÍNICO EN ESCOLARES CON TDAH

Perception of the Clinical Adjustment in Students with ADHD

Cristina de la Peña

Dpto. Psicología. Universidad Francisco de Vitoria (España)

Nicolás Parra-Bolaños

Doctor en Ciencias de la Educación. Politécnico Marco Fidel Suárez (Colombia)

Juliana Fernández-Medina

Psicóloga. Instituto de Neurociencias y Neurorehabilitación Aplicada y Funcional (Colombia)

Óscar Martínez-Restrepo

Psicólogo. Instituto de Neurociencias y Neurorehabilitación Aplicada y Funcional (Colombia)

RESUMEN

Resumen: Actualmente, diversos estudios ponen de manifiesto el interés en la dimensión clínica o psicopatológica del trastorno por déficit de atención e hiperactividad para mejorar el desarrollo personal y académico del alumnado. Esta investigación pretende analizar la percepción del ajuste clínico de alumnos con TDAH, desde el punto de vista de profesores, padres y escolares. La muestra estuvo formada por 40 escolares con TDAH entre 8 y 17 años, a los que se les administró el Sistema de Evaluación de la Conducta de niños y adolescentes. Los resultados revelan la existencia de diferencias y correlaciones significativas entre la autopercepción de los escolares y las percepciones de padres y profesores en distintas dimensiones clínicas. Estos hallazgos son relevantes para diseñar programas de intervención psicopedagógica que favorezcan el desarrollo integral del alumnado con TDAH.

Palabras clave: TDAH, BASC, ajuste clínico, trastorno por déficit de atención/ hiperactividad.

ABSTRACT

Currently, several studies highlight the interest in the psychopathological or clinical dimension of attention-deficit hyperactivity disorder to enhance the personal and academic development of students. This research aims to analyse the perception of the clinical adjustment in students with ADHD, from the point of view of teachers, parents and schoolers. The sample was made of 40 school children with ADHD between 8 and 17 years, who took the System Behaviour Assessment for children and adolescents. The results reveal the existence of significant differences and correlations between self-perception of school and perceptions of parents and teachers in different clinical dimensions. These findings are relevant to design psychoeducational intervention programmes that promote the overall development of students with ADHD.

Key words: ADHD, BASC, clinical setting, attention-deficit hyperactivity disorder.

Recibido: 03/10/2016
Aprobado: 15/12/2016

Julio - Diciembre 2016
ISSN: 1695-4297

páginas
23 - 34

Nº 13

EFDigital
EDUCACIÓN / FUTURO

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (en adelante, TDAH), es un trastorno del neurodesarrollo según el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) que afecta a diversos ámbitos de la vida de una persona, desde la etapa escolar hasta la adultez. La prevalencia del TDAH se sitúa entre un 2.6% y 5% a nivel mundial (Polanczyk, Lima, Horta, Biederman y Rohde, 2007; Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye y Rohde, 2015), aunque este porcentaje varía en función del país, edad, sexo, etc. sin embargo, sí existe consenso en el mayor predominio de TDAH en el sexo masculino (Criado y Romo, 2003; Rucklidge, 2008).

Diversos estudios científicos (Abás-Más et al., 2013; Artigas-Pallarés, 2011; Barkley, 1997, 2001; Cooper, Bloom y Roth, 2003; Franowicz et al., 2002; Mulas, Gandía, Roca, Etchepareborda & Abad, 2012; Sonuga-Barke, 2003; Soria-Caros et al., 2015) ponen de manifiesto la existencia de distintos síntomas del TDAH, principalmente focalizados en el ámbito atencional, función ejecutiva, impulsividad e hiperactividad. Además, otros autores como Cardo-Jolán y Pamiás-Massana (2014), García-Guirardo y Vergara (2015) y Reina-Álvarez (2014) también evidencian dificultades en funcionalidad visual y auditiva. Todos estos síntomas interfieren en el desempeño de las actividades cotidianas, personales, sociales y académicas de los escolares con TDAH que, a su vez, afectan a su familia y entorno. La revisión de la literatura científica (Lambek et al., 2011; Raza, Martin y Brooks-Gunn, 2012; Rogers, Hwang, Toplak, Weiss y Tannock, 2011; Schoemaker et al., 2012) evidencia la influencia del TDAH en el rendimiento escolar, por ejemplo, existen estudios (Bruce, Thernlund & Nettelbladt, 2006; Kim y Kaiser, 2000; McConaughy et al., Volpe, Antshel, Gordon y Eiraldi, 2011) que demuestran que los TDAH obtienen peores resultados en el rendimiento académico de matemáticas y lenguaje comparados con niños sin TDAH, Gillberg et al. (2004) y Harpin (2005) encuentran que los escolares con TDAH tienen más dificultades en lectura y escritura, cálculo y resolución de problemas y Murphy, Barkley y Bush (2002) y Pastura, Mattos y Araújo (2009) observan que los TDAH poseen menos preparación académica en la adolescencia.

La mayor parte de la investigación sobre TDAH se ha centrado en los síntomas cognitivos, sin embargo, también existen manifestaciones clínicas o psicopatológicas que tienen especial relevancia por la influencia directa o indirecta en la dimensión cognitiva, personal y académica del alumnado con TDAH. Diversos estudios (Abás-Más et al., 2013; Cardo-Jolán y Pamiás-Massana, 2014; Quintero y Castaño de la Mota, 2014) muestran los problemas conductuales que presentan los niños con TDAH y los problemas emocionales y de autoestima (Espina y Ortego, 2005; Guía Práctica TDAH, 2010). Reátegui y Vargas (2008) hallan en su estudio alta frecuencia de sintomatología depresiva en niños y adolescentes con TDAH, Quinn y Wigal (2004) y Staller y Faraone (2006) encuentran problemas de ansiedad y depresión en niños y adolescentes con TDAH, Lora y Moreno (2008) retraimiento social y Puentes et al. (2014) dificultades en habilidades sociales. Investigaciones (Orjales, 2004; Orjales y Polaino-Lorente, 1994) que comparan grupo control con grupo TDAH revelan que los escolares con TDAH tienen mayor nivel de depresión y una autoestima más baja que los controles con tendencia a desarrollar sentimientos de ansiedad, depresión y aislamiento, entre otros. En esta línea, Biederman, Faraone, Mick, Moore y Lelon (1996) en su estudio hallan que los escolares con TDAH presentan mayor nivel de depresión y ansiedad que los niños sin TDAH y

Spencer, Biederman y Wilens (1999) también encuentran mayor nivel de ansiedad en los niños con TDAH. Comparando los distintos subtipos de TDAH, los estudios (Diamond, 2005; Flores-Lázaro, 2009; Maedgen y Carlson, 2000) indican que los niños con TDAH con predominio de déficit de atención son más vulnerables a tener ansiedad y depresión que los niños con TDAH combinado.

En cuanto al análisis de la influencia del ajuste clínico del TDAH en el procesamiento cognitivo y rendimiento académico, diversos trabajos (Artiga-Pallarés, 2003; Díaz-Atienza, 2006; Dickerson et al., 2009) señalan que los niños con TDAH presentan baja autoestima y depresión que conllevaría un peor rendimiento académico. Biederman et al. (1995) hallan que el mayor nivel de depresión en TDAH incapacita más y genera peor pronóstico a largo plazo y Sánchez-Pérez y González (2013) analizan que los problemas emocionales y externalizantes que poseen los niños con TDAH disminuyen el rendimiento académico y generan un peor ajuste social. Para Jensen et al. (2001) la ansiedad incide negativamente en el rendimiento escolar y en el funcionamiento familiar y social del niño, relacionado con las críticas recibidas de sus padres o profesores, amigos, sensación de fracaso escolar, etc., presentando los niños con TDAH tres veces más probabilidad de riesgo de tener ansiedad que niños sin TDAH. Desde la percepción de padres y profesores, la mayor preocupación es la agresión y los problemas conductuales de los alumnos con TDAH que se asocian con fracaso escolar (DuPaul y Weyandt, 2006; Siegenthaler, 2009).

La bibliografía documenta que la sintomatología clínica o psicopatológica de los escolares con TDAH tiene implicaciones en su rendimiento educativo y personalidad. El primer objetivo de esta investigación es analizar la existencia de diferencias en la percepción del ajuste clínico entre alumnos, profesores y padres y el segundo objetivo, es estudiar la relación entre las distintas dimensiones que configuran el ajuste clínico de los escolares con TDAH.

2. METODOLOGÍA

2.1. Participantes

La muestra del estudio estuvo conformada por un total de cuarenta escolares con edades comprendidas entre ocho y diecisiete años de edad (Media 11.6; S.D. 2.57) de ambos sexos aunque con mayor porcentaje de sexo masculino (27.5% femenino y 72.5% masculino). Todos los participantes pertenecen a distintas instituciones educativas de la Ciudad de Medellín, Colombia. En función del estrato económico, los escolares del estudio pertenecen el 67.50% a un nivel socioeconómico alto y el 32.50% a un nivel socioeconómico bajo.

La muestra fue intencional y no probabilística y los criterios de inclusión fueron los siguientes: escolares diagnosticados con TDAH con informe externo a la institución educativa, que asisten con regularidad a clase y cuyos padres firmaron el consentimiento informado para participar en este estudio. Como criterios de exclusión se tuvieron en cuenta problemas médicos graves.

2.2. Instrumentos

El instrumento de valoración para la recogida de datos fue el *Sistema de Evaluación Conductual*

para niños y adolescentes (Reynolds y Kamphaus, 2004) que permite valorar distintas dimensiones del comportamiento mediante dos escalas, la adaptativa y la clínica. Este trabajo de investigación se centra en la escala clínica que está formada por nueve dimensiones y se evalúan a nivel de escolares mediante el autoinforme, el cuestionario para padres y el cuestionario para profesores. Las dimensiones valoradas son las siguientes:

- *Atipicidad*: hace referencia a comportamientos extraños o inmaduros.
- *Ansiedad*: tendencia a estar preocupado por problemas y nervioso.
- *Depresión*: tendencia a sentirse triste e infeliz.
- *Problemas conductuales*: se refiere a comportamientos antisociales, rompiendo normas y reglas.
- *Problemas de atención*: hace referencia a la capacidad de distracción y concentración solo momentánea.
- *Aislamiento*: se refiere al rechazo de cualquier contacto social y a evadirse de los demás.
- *Somatización*: hace referencia a quejarse por pequeñas dolencias físicas y ser demasiado sensible.

Todas estas dimensiones son valoradas a través de los ítems que conforman el autoinforme y cuestionarios de padres y profesores, que se puntúan siguiendo las normas de corrección y baremación establecidas en la prueba. La escala clínica tiene una elevada fiabilidad con un alfa de Cronbach de .85.

2.3. Procedimiento

Se envió una solicitud por escrito a los representantes legales de las instituciones educativas correspondientes y se citaron a los participantes con sus respectivos padres de familia para firmar los consentimientos informados del estudio, así como a sus tutores educativos. Se entregó también una carta explicativa del estudio a los tutores de cada uno de los participantes. La prueba fue administrada en un aula de los centros educativos, utilizando formatos originales, lo que significó contar con hojas de respuestas con los respectivos sellos editoriales y en condiciones ideales para la administración del test estandarizado. El estudio se realizó conforme a las normas éticas.

El investigador realizó él solo la prueba a los alumnos, padres y tutores. El tiempo de administración de la prueba para cada escolar, padre y tutor fue aproximadamente de 15 minutos y todos los participantes rellenaron todas las preguntas en las respectivas hojas de respuestas. El orden de aplicación fue: en primer lugar, se administró la prueba a los escolares, después a los padres y finalmente a los tutores. Se controlaron las condiciones de iluminación y sonoridad en cada colegio para que fueran las más óptimas posibles.

2.4. Análisis Estadístico

El análisis cuantitativo y tratamiento de datos se realiza utilizando el programa estadístico SPSS

versión 19.0 para Windows. Para la descripción de las variables empleadas en este estudio, se usa el análisis de los estadísticos descriptivos (medias y desviaciones típicas). Para el análisis correlacional se aplica la Correlación de Pearson y, para el contraste de hipótesis, se emplea la prueba paramétrica t de Student. El nivel de significación utilizado fue del 5%.

2.5. Resultados

En primer lugar, se describen los resultados obtenidos del análisis descriptivo de las variables objeto de estudio. En la tabla 1, se pueden observar las medias y desviaciones típicas de todas las dimensiones que conforman la escala clínica para niños, padres y profesores.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la escala clínica.

Fuente: elaboración propia.

	Muestra Total		Muestra por sexos			
	(n=40)		Chicos (n= 29)		Chicas (n= 11)	
	Media	S.D.	Media	S.D.	Media	S.D.
Niños						
Atipicidad	59.50	29.43	56.62	30.51	67.09	26.15
Ansiedad	66.05	27.08	63.24	27.37	73.45	26.07
Depresión	70.20	25.34	70.48	25.38	69.45	26.44
Padres						
Atipicidad	60.97	26.68	60.21	25.63	62.75	30.11
Ansiedad	54.47	28.08	53.50	30.32	56.75	23.03
Depresión	73.40	23.25	72.71	25.08	75	19.22
Problemas atencionales	84.55	17.58	84.35	18.58	85	15.75
Problemas conductuales	65	20.64	61	22.28	74.33	12.45
Agresión	57.50	31.04	60.92	32.91	49.50	25.64
Aislamiento	60.07	24.99	60.7	25.75	60.08	24.19
Somatización	60.45	28.53	59.85	27.99	61.83	30.97
Profesores						
Atipicidad	63.12	28.29	61.46	29.13	67	27.04
Ansiedad	56.97	37.12	57.17	37.90	56.50	36.86
Depresión	65.62	31.97	65.92	33.02	64.91	30.77
Problemas atencionales	78.22	21.80	78.14	23.11	78.41	19.35
Problemas conductuales	62.32	26.24	61.96	28.03	63.16	22.59
Agresión	55.22	35.78	58.03	34.06	48.66	39.16
Aislamiento	63.87	33.26	63.42	33.80	64.91	33.38
Somatización	60.95	26.98	60.03	28.17	63.08	25.01

En líneas generales se observa en niños, que la escala clínica que mayor media obtiene es depresión, seguida de ansiedad y atipicidad; en relación al sexo, las chicas puntúan con más media en ansiedad y atipicidad, mientras que los chicos tienen más media en depresión. En cuanto a los padres y profesores, a nivel general en la escala clínica coinciden que la dimensión con mayor media es problemas atencionales. En función del sexo, los padres puntúan con mayor media a las chicas en todas las dimensiones de la escala clínica excepto en agresión y los profesores puntúan con mayor media a las chicas en atipicidad, problemas atencionales y conductuales, aislamiento y

somatización y a los chicos en ansiedad, depresión y agresión.

Comparando por dimensiones de la escala clínica entre los tres colectivos se encuentra que, los profesores puntúan con más media en atipicidad, los padres en depresión y los escolares en ansiedad. Esto quiere decir que los profesores perciben más extraños a los alumnos con TDAH, los padres los perciben más tristes e infelices y los propios niños con TDAH se autoperciben con mayor ansiedad. En relación a la percepción en el resto de dimensiones clínicas entre padres y profesores, se observa que los padres perciben a sus hijos TDAH con más problemas atencionales, conductuales y agresivos que los profesores, mientras que los profesores perciben a los alumnos con TDAH más aislados que los padres.

En segundo lugar, se describen los resultados obtenidos en la prueba paramétrica Correlación de Pearson, para valorar en cada dimensión de la escala clínica las relaciones en la percepción entre los distintos colectivos, escolares con TDAH, padres y profesores. En cuanto a la relación entre escolares con TDAH y padres se evidencia relación significativa positiva moderada en ansiedad ($r=.444$, $p=.004$) y depresión ($r=.475$, $p=.002$) al nivel de significación .05. En la relación entre padres y profesores se observa relación significativa positiva moderada en somatización ($r=.424$, $p=.006$), problemas conductuales ($r=.314$, $p=.048$), depresión ($r=.341$, $p=.031$) y aislamiento ($r=.330$, $p=.038$) al nivel de significación .05.

En tercer lugar, en cuanto a los resultados del análisis inferencial aplicando la prueba paramétrica *t* de Student entre los tres colectivos, alumnos con TDAH, padres y profesores, en cada una de las dimensiones de la escala clínica, solo existen diferencias estadísticamente significativas entre alumnos con TDAH y padres en la dimensión ansiedad ($t=2.51$, $p=.016$) asumiendo un valor $\alpha=.05$, por lo que en ansiedad, la variabilidad de la media en alumnos con TDAH es distinta a la variabilidad de la media en padres, es decir, que los alumnos con TDAH se autoperciben con un nivel de ansiedad superior significativamente al que perciben sus padres en ellos.

2.6. Discusión y Conclusiones

Como se indicó anteriormente, el propósito de este estudio es, por un lado, analizar la existencia de diferencias en la percepción del ajuste clínico entre alumnos, profesores y padres y, por otro lado, indagar en la relación entre las distintas dimensiones que configuran el ajuste clínico. En cuanto al primer objetivo, los resultados evidencian que solo existen diferencias significativas en la dimensión ansiedad entre la percepción de los propios alumnos con TDAH y la percepción de los padres. Estos resultados están en consonancia con el estudio de Colomer-Diago, Miranda-Casas, Herdoiza-Arroyo & Presentación-Herrero (2012) que también encuentran diferencias significativas en la dimensión ansiedad valorada por los padres. Los estudios de Boylan, Vaillancourt, Boile & Szatmari (2007) y Volk, Neuman & Todd (2005) señalan problemas de ansiedad en niños y adolescentes con TDAH y Faraone, Biederman & Moniteaux (2002) indican que los TDAH tienen una alta comorbilidad con los trastornos de ansiedad. La percepción de ansiedad que tienen los niños con TDAH es superior significativamente al nivel de ansiedad que perciben sus padres y profesores en ellos. Este nivel de ansiedad, a su vez, puede estar repercutiendo en su desarrollo personal y

rendimiento académico, por lo que se necesitan programas de intervención encaminados a reducir la ansiedad de los escolares con TDAH.

En relación al segundo objetivo, los datos obtenidos en esta investigación ponen de manifiesto la relación significativa entre niños con TDAH y padres en las dimensiones de ansiedad y depresión y la relación significativa entre padres y profesores de niños con TDAH en las dimensiones de depresión, aislamiento, somatización y problemas conductuales. La dimensión depresión de la escala clínica, es la única que está relacionada significativamente entre los tres colectivos, por lo que un aumento en la autopercepción de tristeza de un escolar con TDAH producirá un aumento en la percepción de padres y profesores o viceversa. Reátegui y Vargas (2008) evidencian en su estudio que existe una alta sintomatología depresiva en niños y adolescentes con TDAH y que, el síntoma depresivo más frecuente en TDAH es el problema del rendimiento académico. Los estudios de Muris & Ollendick (2005) y Seymour et al. (2011) ponen de manifiesto los síntomas depresivos informados por los propios adolescentes con TDAH. Esto muestra la necesidad de dirigir los programas de intervención del TDAH a todos los colectivos relacionados directamente con este alumnado para mejorar su formación integral, pues la familia y escuela son dos variables fundamentales para la mejora del curso del TDAH. Abad-Más et al. (2013), consideran que la intervención sobre los problemas emocionales de los niños es fundamental.

La percepción que tienen los alumnos con TDAH sobre su nivel de ansiedad y depresión está relacionada significativamente con la percepción que tienen sus padres, por lo que un aumento en la percepción de ansiedad o depresión de los niños con TDAH producirá un aumento en la percepción que tienen los padres sobre los niveles de ansiedad y percepción de sus hijos o viceversa. Esto conlleva la puesta en marcha en la intervención de estrategias dirigidas a trabajar con los padres la disminución de los niveles de ansiedad y depresión para directamente mejorar la autopercepción de los alumnos. La percepción que tienen los padres sobre el nivel de somatización, depresión, aislamiento y problemas conductuales de sus hijos con TDAH está relacionada significativamente con la percepción que tienen los profesores, por lo que un aumento en la percepción de los padres en estas dimensiones provocará un aumento en la percepción de los profesores o viceversa. Mulas, Gandía, Roca, Etchepareborda y Abad (2012) y Ramos-Quiroga et al. (2013) hallan que los niños con TDAH manifiestan problemas conductuales y Barkley y Murphy (2010) explican que el nivel de aislamiento que poseen los escolares con TDAH se debe al déficit de autorregulación. Esto implica, que padres y profesores se retroalimentan y que es fundamental que ambos colectivos controlen sus percepciones para evitar incidir negativamente en el alumno con TDAH. Los programas de intervención deben incluir estrategias autorreguladoras que aborden aspectos emocionales y conductuales para que los padres y profesores afronten con éxito las características clínicas o psicopatológicas de los niños con TDAH y disminuyan las percepciones negativas sobre este tipo de alumnado.

Las principales limitaciones de la investigación hacen referencia por un lado, a la dificultad para seleccionar una amplia muestra con escolares que presenten TDAH y cuyos padres y profesores colaboren, por otro lado, respecto al tipo de análisis y diseño metodológico al no ser experimental y, por último, a la falta de administración de otras pruebas que verifiquen los datos obtenidos.

A partir de este estudio, se sugiere el desarrollo de líneas de trabajo futuras, encaminadas a realizar análisis experimentales y aumentar el tamaño muestral diferenciando por distintos subtipos a los escolares con TDAH.

En síntesis, esta investigación proporciona información relevante sobre el ajuste clínico de los escolares con TDAH y propone la necesidad de proporcionar recursos para la prevención e intervención del TDAH a través del diseño de programas de intervención encaminados a trabajar con alumnos, padres y profesores para mejorar el desarrollo personal de los niños con TDAH y su rendimiento académico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad-Más, L., Ruiz-Andrés, E., Moreno-Madrid, F., Sirera-Conca, A., Cornesse, M., Delgado-Mejía, I.D., Etchepareborda, M.C. (2011). Entrenamiento de funciones ejecutivas en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 52(Supl. 1), S77-S83.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington DC: APA.
- Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36(1), 68-78.
- Artigas-Pallarés, J. (2011). Trastorno de déficit de atención/hiperactividad. En J. Artigas-Pallares y J. Narbona (Eds.), *Trastornos del Neurodesarrollo* (pp. 365-408). Barcelona: Viguera.
- Barkley, R. y Murphy, K. (2010). Impairment in occupational functioning and adult ADHD: The predictive utility of executive function (EF) ratings versus EF tests. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25, 157-173.
- Barkley, R. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: The Guildford Press.
- Barkley, R., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K. y Metevia, L. (2001). Executive functioning, temporal discounting, and sense of time in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 541-56
- Biederman, J., Faraone, S., Mick, E., Moore, P. y Lelon, E. (1996). Child Behavior Checklist findings further support comorbidity between ADHD and major depression in a referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 734-742
- Biederman, J., Faraone, S., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T. y Warburton, R. (1995). High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: a pilot study. *The American Journal of Psychiatry*, 152(3), 431-435.
- Boylan, K., Vaillancourt, T., Bpyle, M. y Szatmari, P. (2007). Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 16(8), 484-494.
- Bruce, B., Thernlund, G. y Nettelbladt, U. (2006) ADHD and language impairment: A study of the parent questionnaire FTF. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 52-60.

- Cardo-Jalón, E. y Pámias-Massana, M. (2014). Impacto del TDAH en el rendimiento escolar. En M. Casas, J. E. Al Cardo-Jalón y M. Pámias-Massana, *Impacto del TDAH en el rendimiento escolar*. Barcelona: EdikaMed.
- Colomer-Diago, C., Miranda-Casas, A., Herdoiza-Arroyo, P. y Presentación-Herrero, M. (2012). Funciones ejecutivas y características estresantes en niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: influencia en los resultados durante la adolescencia. *Neurol*, 54(S1), S117-126.
- Cooper, J., Bloom, F. y Roth, R. (2003). *The Biochemical Basis of Neuropharmacology*. New York: Oxford University Press.
- Criado, J. y Romo, B. (2003). Variability and tendencies in the consumption of methylphenidate in Spain: An estimation of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder. *Neurol*, 37(9), 806-10.
- Diamond, A. (2005). Attention deficit disorder (attention deficit/hyperactivity disorder without hyperactivity): A neurobiologically and behaviorally distinct disorder Attention deficit hyperactivity disorder (with hyperactivity). *Developmental psychopathology*, 17, 803-825.
- Díaz-Atienza, J. (2006). Comorbilidad en el TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 6(1), 44-55.
- Dickerson, S., Caljoun, S., Bixler, E., Vgontzas, A., Mahr, F., Hillwing-Garcia, J. ... Parvin, M. (2009). ADHD subtypes and comorbid anxiety, depression, and oppositional-defiant disorder: Differences in sleep problems. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(3), 328-337.
- DuPaul, G. y Weyandt, L.L. (2006). School-based intervention for children with attention deficit hyperactivity disorder. Effects on academic, social and behavioral functioning. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53(2), 161-176.
- Espina, A. y Ortego, A. (2005). *Guía para los trastornos de déficit atencional con/sin hiperactividad*. Madrid: Janssen-Cilag.
- Faraone, S., Biederman, J. y Moniteaux, M. (2002). Further evidence for the diagnostic continuity between child and adolescent ADHD. *J Atten Disord*, 6, 5-13.
- Flores-Lázaro, J.C. (2009). Características de comorbilidad en los diferentes subtipos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*, 21(4), 592-597.
- Franowicz, J., Kessler, L., Borja, C., Kobilka, B., Limbird, L. y Arnsten, A. (2002). Mutation of the alpha2A- adrenoceptor impairs working memory performance and annuls cognitive enhancement by guanfacine. *Journal of Neuroscience*, 22, 8771-8777.
- García-Guirardo, E. & Vergara-Moragues, E. (en prensa) Diferencias entre los movimientos sacádicos, la discriminación auditiva y la lateralidad en niños de 7 a 11 años con y sin TDAH. *Revis-ta Búsqueda*.

- Gillberg, C., Gillberg, I., Rasmussen, P., Kadesjö, B., Söderström, H., Råstam, M. ... Niklasson, L. (2004). Co-existing disorders in ADHD –implications for diagnosis and intervention. *European Children and Adolescence Psychiatry*, 13(S1), 180-192.
- Guía Práctica Clínica sobre el TDAH en niños y adolescentes.* (2010). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Editorial: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Harpin, V. (2005) The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood*, 90(S1) 2-7.
- Jensen, P., Hinshaw, S., Kraemer, H., Lenora, N., Newcorn, J., Abikoff, H. ... Vitiello, B. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(2), 147-158.
- Kim, O. y Kaiser, A. (2000). Language characteristics of children with ADHD. *Communication Disorders Quarterly*, 21(3), 154-166.
- Lambek, R., Tannock, R., Dalsgaard, S., Trillingsgaard, A., Damm, D. y Thomsen, P. (2011). Executive dysfunction in school-age children with ADHD. *Journal of Attention Disorder*, 15(8), 646-55.
- Lora, J. y Moreno, I. (2008). Perfil social de los subtipos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 317-329.
- Maedgen, J. y Carlson, C. (2000). Social functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder subtypes. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 30-42
- McConaughy, S., Volpe, R., Antshel, K., Gordon, M., y Eiraldi, R. (2011). Academic and social impairments of elementary school children with attention deficit hyperactivity disorder. *School Psychology Review*, 40, 200-225.
- Mulas, F., Gandía, R., Roca, P., Etchepareborda, M. y Abad, L. (2012). Actualización farmacológica en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: modelos de intervención y nuevos fármacos. *Revista de Neurología*, 54(S3), S41-S53
- Muris, P. y Ollendick, T. (2005). The role of temperament in the etiology of child psychopathology. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 8, 271-89.
- Murphy, K., Barkley, R. y Bush, T. (2002) Young adults with attention-deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational and clinical history. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 147-57
- Orjales, I. y Polaino-Lorente, A. (1994). Estilos atribucionales y autoestima en hiperactividad infantil. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47(4), 461-466.
- Orjales, I. (2004). Impacto y detección de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Educación y Futuro: Revista de Investigación Aplicada y Experiencias Educativas*, 10, 25-36.
- Pastura, G., Mattos, P. y Araújo, A. (2009). Academic performance in ADHD when controlled for comorbid learning disorders, family income, and parental education in Brazil. *Journal of Attention Disorders*, 12(5), 469-73.

- Polanczyk, G., Lima, M., Horta, B., Biederman, J. y Rohde, L. (2007). The worldwide prevalence of attention-deficit/hyperactive disorder: A systematic review and meta-regression analyses. *American Journal of Psychiatry*, 164, 942-948.
- Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A. y Rohde, L.A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 346-365.
- Puentes, P., Jiménez, G., Pineda, W., Pimienta, D., Acosta, J., Cervantes, M. et al. (2014). Déficit en Habilidades Sociales en Niños con Trastorno por Déficit de Atención- Hiperactividad, Evaluados con la Escala basc. *Revista Colombiana de Psicología*, 32, 1, 95-106.
- Quinn, P. y Wigal, S. (2004). Perceptions of girls and ADHD: results from a national survey. *Med-Gen- Med.*, 6(2), 2.
- Quintero, J. y Castaño de la Mota, C. (2014). Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatría Integra*, 18(9), 600-608.
- Ramos-Quiroga, J., Picado, M., Mallorquí-Bagué, N., Cilarroya, O., Palomar, G., Richarte, V. ... Casas, M. (2013). Neuroanatomía del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en el adulto: Hallazgos de neuroimagen estructural y funcional. *Revista de Neurología*, 56(S1), 93-106.
- Razza, R., Martin, A. y Brooks-Gunn, J. (2012). The implications of early attentional regulation for school success among low-income children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 33(6), 311-319. doi:10.1016/j.appdev.2012.07.005
- Reátegui, D. y Vargas, H. (2008). Síntomas depresivos en pacientes con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Med Hered* 19(3), 96-101.
- Reina- Álvarez, A. (2014). *Diferenciación entre la memoria verbal y la discriminación auditiva en niños con y sin TDAH*. Tesis de Magíster, Facultad de Educación, Universidad Internacional de la Rioja, La Rioja, España.
- Reynolds, C. R. y Kamphaus, R.W. (2004). *Sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes*. Madrid: TEA.
- Rogers, M., Hwang, H., Toplak, M., Weiss, M. y Tannock, R. (2011). Inattention, working memory, and achievement in adolescent referred for attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Neuropsychology*, 17(15), 444-458. doi: 10.1080/09297049.2010.544648
- Rucklidge, J. (2008). How good are the ADHD screening items of the K-SADS-PL at identifying adolescents with and without ADHD? *Journal of Attention Disorders*, 11(4), 423-424.
- Sánchez- Pérez, N. y González, C. (2013). Ajuste escolar del alumnado con TDAH: factores de riesgo, cognitivos, emocionales y temperamentales. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11(30), 527-550.
- Schoemaker, K., Bunte, T., Wiebe, S., Espy, K., Dekovic, M. y Matthys, W. (2012). Executive function deficits in preschool children with ADHD and DBD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(2), 111-119.

- Schoemaker, K., Bunte, T., Wiebe, S., Espy, K., Dekovic, M. y Matthys, W. (2012). Executive function deficits in preschool children with ADHD and DBD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(2), 111-119.
- Seymour, K., Chronis-Tuscano, A., Halsdordottis, T., Stupica, B., Owens, C. y Sack, T. (en prensa). Emotion regulation mediates the relationship between ADHD and depressive symptoms in youth. *J Abnorm Child Psychol*, 42(4), 611-621.
- Siegenthaler, R. (2009). *Intervención multicontextual y multicomponente en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad subtipo combinado* (Tesis doctoral). Universidad Jaume I, Cataluña.
- Sonuga-Barke, E.J. (2003). The dual pathway model of AD/HD: An elaboration of neuro developmental characteristics. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27, 593-604.
- Soria-Claros, A., Serrano, I., Serra, A., Felix, M., Quintero, J. y Ortiz, T. (2015). Neurofunctional differences in the P300 frequency for multi-sensory stimulation in kids with attention deficit hyperactivity disorder. *Revista de Neurología*, 60(S1), 75-80.
- Spencer, T., Biederman, J. y Wilens, T. (1999). Attention Deficit Hyperactivity disorder and coexistent dysfunctions. *Pediatric clinics of northAmerica, Attention Deficit-Hyperactivity Disorder*, 46(5), 973-986.
- Staller, J. y Faraone, S. (2006). Attention-Deficit hyperactivity disorder in girls: Epidemiology and management. *CNS Drugs*, 20, 107-123.
- Volk, H., Neuman, R. y Todd, R. (2005). A systematic evaluation of ADHD and comorbid psychopathology in a population-based twin sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatric*, 44(8), 768-775.

CITA DE ESTE ARTÍCULO

Formato APA

Peña, C.de la, Parra-Bolaños, N., Fernández Medina, J. y Martínez Restrepo, O. (2016). Percepción del ajuste clínico en escolares con TDAH. *Educación y Futuro Digital*, 13, 23-34.