

Orientaciones para profesorado y familias de alumnado con hiperactividad y déficit de atención

María del Carmen Montes Reguera

RESUMEN

El tema de la comunicación hace referencia a las intervenciones educativas tanto para el profesorado como las familias de alumnado con Trastorno por Deficit de Atención con o sin Hiperactividad TDAH, incluyendo aspectos controvertidos como sus causas, los numerosos diagnósticos falsos positivos, consecuencias y cómo minimizarlas. Se trata de asesorar sobre aspectos generales aplicables a todo el alumnado del sistema educativo andaluz.

Palabras clave: TDAH, hiperactividad, hiperquinesia, déficit atención, orientaciones educativas, integración escolar.

ABSTRACT

This paper addresses educational interventions for teachers and families of ADHD students, achieving controversial issues like causes, over-diagnosis, consequences and how to minimize them. It's about assessing over general aspects referred to Andalucía educational system pupils.

Key words: ADHD, hyperactivity disorder, hyperkinetic, attention disorder, educational assessment, school integration.

1. INTRODUCCIÓN

Existen numerosos artículos que niegan la existencia del TDAH; otros que, sin negar la existencia del TDAH, niegan la necesidad de tratamientos psicológicos o médicos muy especializados, abogando por tratamientos educativos contando con los recursos educativos del entorno (música, deporte, etc.); otros autores postulan la existencia de un Trastorno TDAH que acompaña a los afectados hasta la vida adulta y requiere de modo necesario e imprescindible de tratamientos farmacológicos y psicológicos muy especializados. La realidad es que todos tienen razón.

Porque el TDAH no es un trastorno único, sino que recoge sintomatología existente en otros trastornos muy diferentes y a la vez abarca grados de gravedad muy diversos. Dentro de la población escolar afectada por TDAH podemos encontrar tres tipos muy diferenciados y que, en función de sus necesidades educativas, podemos de algún modo diferenciarlos. En Andalucía aparece por primera vez normativa en este sentido en las Instrucciones de 22 de Junio

de 2015, de la Dirección General de Participación y Equidad, por las que se establece el protocolo de detección, identificación del alumnado con NEE (Necesidades Específicas de apoyo Educativo) y organización de la respuesta educativa.

En el ámbito educativo, podemos encontrarnos alumnado afectado por TDAH que simplemente con adecuadas medidas educativas de carácter ordinario pueden rendir académicamente, y en su adaptación personal y social, de acuerdo con sus capacidades intelectuales, en algunos casos AACC intelectuales; también alumnado afectado de TDAH que requiere simplemente intervención psicológica por parte del psicólogo/a educativos dentro y/o fuera del centro escolar, que requiera aplicación de programas específicos de autocontrol, organización del tiempo, seguimiento de instrucciones, etc.; finalmente, otros que su grado de afectación requiere una intervención psicológica muy especializada con programas específicos muy estructurados, atención educativa muy especializada dentro del centro escolar prescrita en su informe de evaluación: adaptaciones

curriculares, atención por parte de profesor/a profesora especialista en Pedagogía Terapéutica, adaptaciones de tiempo y espacio, adaptación de instrumentos de evaluación, incluso atención por personal no docente. En estos últimos casos se hace necesaria la derivación a Servicios de Salud Mental dado que en gran porcentaje requieren medicación.

Por otro lado es necesario distinguir entre la HIPERACTIVIDAD y DÉFICIT DE ATENCIÓN como síntomas y el TDAH como TRASTORNO. Hay muchos trastornos que presentan sintomatología de TDAH pero que no son TDAH; esto hace que se den falsos positivos en TDAH impidiendo, en numerosas ocasiones, un diagnóstico adecuado del trastorno real, con el consiguiente perjuicio para los afectados. En todos los casos se requiere por parte del psicólogo educativo no solo un protocolo de recogida de información que permita un diagnóstico diferencial sino, y esto es necesario desde el minuto uno en el que se realiza la demanda de intervención, unas orientaciones que permitan atenuar los síntomas, minimizar las consecuencias educativas y sociales, y, en definitiva, mejorar la calidad de vida del alumno y su familia.

Una vez realizado un diagnóstico en firme es el momento de dar orientaciones más específicas al alumnado y sus familias, así como aquellas adaptaciones que la ley contempla y que favorecerán el futuro desarrollo académico del alumnado TDAH hasta la universidad.

Más allá de la discusión de la existencia o invento de las multinacionales farmacéuticas, discusión en la que no voy a entrar. Existe y ha existido siempre un colectivo de población escolar que, presentando inquietud motora y/o importantes dificultades de atención, necesita para su rendimiento académico, su integración y desarrollo escolar y personal, una serie de ayuda y adaptaciones.

2. REFRESQUEMOS NUESTRA MEMORIA HISTÓRICA SOBRE TDAH

En 1775, el Dr. Melchior Adam Welkard fue autor de un capítulo de un libro de texto médico que describe los trastornos de atención. Descubierta hace poco, se considera primera referencia TDAH (Barkley, 2012).

En 1798, Sir Alexander Crichton en su libro *An Inquiry Into The Nature And Original of Mental Derangement* describe un caso de un trastorno similar al TDAH, denominándolo “*Mental*

Restlessness” (Agitación o Inquietud Mental), haciendo referencia a un estado inquieto y a la incapacidad para atender con constancia.

En 1845, el Dr. Heinrich Hoffman, autor de *Historias y poesía para niños* publicó *Struwweipeter* que se traduce por *Pedro el despistado* y *The Story of Fidgety Philip*, *La historia del inquieto Felipe*, sobre un niño que tiene problemas para permanecer sentado y prestar atención (Benjumea y Mojarro, 1995).

En 1902, el pediatra británico Sir George Frederick Still, considerado el fundador de la pediatría en Inglaterra, en su artículo publicado en la revista *The Lancet*, describió a un grupo de niños con síntomas similares a lo que hoy en día se diagnosticaría como TDAH del tipo combinado: niños que no dejaban de moverse constantemente y lo tocaban todo, que eran desconsiderados con los demás, no parecían preocupados por las consecuencias de sus acciones y tenían un carácter escandaloso y obstinado; en definitiva, que manifestaban una gran falta de atención y parecían carecer de “control sobre su conducta” (Sandberg, 1996).

En 1908, la idea de “daño cerebral mínimo” (MBD siglas en inglés) prevalece hasta los años 50 haciendo hincapié en los procesos cognitivos y las causas físicas. El Dr. Alfred F. Tredgold fue el primero en publicar sobre la idea de MBD en su libro *Mental Deficiency* describió a una serie de niños con problemas de conducta sin dificultades cognitivas pero incapaces de aprender sin atención individualizada (Sandberg, 1996; Taylor, 1986). Por ejemplo, Hohman y Ebaugh describieron a un total de 28 niños que habían padecido encefalitis en América entre los años 1917 y 18 y que presentaban sintomatología hoy definida como TDAH y sobre los que concluyeron que la encefalitis les había producido disfunción cerebral mínima (Benjumea y Mojarro, 1995; Kahn y Cohen, 1934). En 1932, la enfermedad hiperkinética fue descrita por primera vez en la literatura por los médicos alemanes Franz Kramer y Haus Pollnow (Lang, 2010).

En 1937, el Dr. Charles Bradley descubrió los efectos de la Bazedrina (anfetamina racémica) en estos niños, obteniendo un paradójico efecto beneficioso sobre su estado mental (Sandberg, 1996).

En 1965, la clasificación CIE-8 incluyó el “trastorno hiperkinético” y sucesivas revisiones (CIE 9 y 10) mantienen el nombre de la categoría en la que alumnado hiperactivo, impulsivo y con falta de

atención son incorporados. El término “síndrome de disfunción cerebral mínima” fue muy utilizado en los 60 para describir una gama de síntomas en alumnado con problemas de percepción, lenguaje, memoria y, sobre todo, control de los impulsos (Clements, 1966; citado por Sandberg, 1996).

En 1952, la DSM-I es de enfoque psicoanalítico y no menciona el síndrome. (*American Psychiatric Association*, 1952).

En 1968, la DSM-II menciona la reacción hiperkinética de la infancia, similar al CiE-8. Emplea el concepto de daño cerebral mínimo como un “trastorno típico infantil que declina en la adolescencia” (*American Psychiatric Association*, 1968).

En 1980, la DSM-III ya no presenta enfoque psicoanalítico sino biomédico. Por primera vez se establece un punto de corte para el diagnóstico, la necesidad de inicio de síntomas antes de los 7 años y la exclusión de otras patologías psiquiátricas. Pone énfasis en el déficit de atención que puede ir acompañado o no de hiperactividad. La CIE 9 sigue haciendo hincapié en la hiperactividad. (*American Psychiatric Association*, 1983).

En 1987, en la DSM-III-R los síntomas se valoran a partir de escalas; aparece TDAH como categoría, con los dos subtipos, con o sin hiperactividad (*American Psychiatric Association*, 1988).

En 1994, en las DSM-IV y 2000 DSM-IV-TR aparecen los tres subtipos (combinado, hiperactivo-impulsivo e inatento) tal como los hemos utilizado hasta la fecha. El CiE-10 presenta criterios similares aunque más exigentes (*American Psychiatric Association*, 1995 y 2000).

En 2013, DSM-5 baja el nivel de exigencia de los criterios con que va a aumentar la prevalencia. El autismo no es diagnóstico de exclusión sino comorbilidad (*American Psychiatric Association*, 2013).

En cuanto a eficacia de las intervenciones en niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad TDAH, desde los primeros autores aquí mencionados, aparecen orientaciones educativas como modo de paliar las consecuencias adversas derivadas de la sintomatología (Taylor, 1986).

En la actualidad, los únicos tratamientos validados empíricamente para el TDAH son la medicación

estimulante y el empleo contextualizado del entrenamiento a padres y a maestros en técnicas de manejo conductual y cognitivoconductual, así como el entrenamiento de los niños/as hiperactivos en habilidades socio-emocionales (Roselló, 1994 y 2002), siendo los tratamientos combinados los más eficaces (Jarque, 2012).

3. PRIMERAS DEMANDAS DE INTERVENCIÓN DE FAMILIAS O PROFESORADO

Ya sea dentro del sistema educativo (EOEs, orientadores de IES, servicios de orientación centros concertados) o en consultas privadas, el número de demandas de intervención por indicios de TDAH está aumentando en progresión geométrica. Se reciben demandas para solucionar los problemas de conducta y falta de adhesión a las normas en el entorno escolar y familiar, así como problemas de rendimiento escolar, tiempo escandalosamente excesivo para terminar las tareas escolares, mala gestión del tiempo en general y déficits en los hábitos de autonomía personal.

En los últimos años, con la proliferación de información sobre TDAH, en muchos casos pseudocientífica, que circula por las redes sociales, las familias acuden al psicólogo educativo buscando el sesgo confirmador de que sus hijos o hijas padecen TDAH. Previamente a la entrevista con el psicólogo ya han hecho coincidir los ítems de las numerosas escalas que aparecen en la red con lo que creen que les pasa a sus hijos. Asimismo han adquirido falsas expectativas sobre la rapidez y eficacia de los tratamientos que van a recibir, tras un diagnóstico certero y profesional, de lo que, “ellos ya saben que les pasa a sus hijos”. Estas variables de contaminación hay que tenerlas en cuenta a la hora de recoger información y, por este mismo motivo, las escalas de SI, NO, A VECES, con 15 ítems o menos, no tienen validez ninguna, ni siquiera como proceso de cribado.

Es imprescindible hacer una entrevista exhaustiva de todos los aspectos de la vida cotidiana del niño, de sus aficiones y juegos, de su funcionamiento escolar, de los hábitos de autonomía personal, y, sobre todo, de la gestión de su tiempo en todas estas actividades. Hay que evaluar el desarrollo cognitivo con pruebas que no ofrezcan un perfil cognitivo que incluya memoria de trabajo y velocidad de procesamiento. También hay que evaluar el ajuste conductual en los diversos entornos de su vida, la

creatividad, la autoestima y las habilidades sociales. Es imprescindible la observación en el ambiente natural tanto en el hogar como en la escuela. Cuando la observación directa no sea posible, las grabaciones en vídeo de familia y profesorado pueden ser muy útiles.

4. ORIENTACIONES EDUCATIVAS DURANTE LA EVALUACIÓN

Desde la primera entrevista se deben facilitar orientaciones tanto a la familia como al profesorado sobre cómo mejorar el clima familiar y de aula, así como las medidas educativas de carácter ordinario que respondan al motivo por el que se demanda la evaluación y que, sea cual sea el resultado de la misma, mejorará la calidad de vida del alumno y su familia.

5. ORIENTACIONES EDUCATIVAS TRAS LA EVALUACIÓN

Concluida la evaluación nos vamos a encontrar con varios tipos de alumnos.

5. 1 Alumnado que tiene dificultades de atención, concentración, inquietud pero no tiene TDAH

Se deben facilitar orientaciones dentro de las medidas educativas ordinarias. Secuenciar el tiempo de actividades académicas y exámenes así como ubicación del alumno/a dentro del aula, acción tutorial directa sobre el alumno/a con objeto de minimizar las pérdidas de atención

5. 2 Alumnado con problemas de conducta que no tiene TDAH

Básicamente orientaciones familiares y/o escolares orientadas a mejorar el clima familiar y el clima de aula: cómo deben ser las normas, los límites educativos en cuanto a claridad y precisión, así como sistemas de refuerzo.

5. 3 Alumnado con TDAH de carácter leve, pero cuyo funcionamiento personal y académico puede resultar exitoso con orientaciones en cuanto a límites educativos y normas de carácter general y atención a la diversidad de carácter ordinario.

Pueden recibir o no tratamiento farmacológico pero generalmente no lo reciben. Las medidas de atención a la diversidad de carácter ordinario son referidas

a gestión de tiempo y adaptación de las pruebas de evaluación (Instrucciones 22 de Junio de 2015). Orientaciones de carácter general para mejorar el clima familiar y el clima de clase.

5. 4 Alumnado con TDAH cuyo grado de afectación requiere medidas educativas específicas

para el tratamiento de sus dificultades de aprendizaje con objeto de obtener éxito académico (alumnado DIA según Instrucciones 22 Junio 2015). Puede ser necesaria la aplicación de una adaptación curricular no significativa por parte de su tutor, con frecuencia requiere la intervención de profesorado especialista para la aplicación de programas específicos de autocontrol, habilidades sociales, gestión del tiempo... Asimismo puede ser necesaria la aplicación de programas de modificación de conducta en el entorno familiar y/o escolar. Puede recibir atención personalizada fuera del entorno escolar y suele estar recibiendo tratamiento farmacológico, aunque no en todos los casos. En este caso también hay que aplicar las medidas de tratamiento de la diversidad de carácter ordinario en cuanto a adaptaciones de tiempo y de las pruebas de evaluación.

5. 5 Alumnado con TDAH cuyo grado de afectación requiere medidas educativas muy especializadas

y atención por parte de personal especializado en el centro educativo (alumnado NEE según Instrucciones 22 de Junio 2015). Puede ser necesaria la aplicación de una adaptación curricular significativa por parte de su tutor, coordinado con profesorado especialista en Pedagogía Terapéutica, de quienes recibirá atención individualizada. Dicho profesorado especialista también aplicará, si procede, programas específicos de autocontrol, habilidades sociales, gestión del tiempo... Casi siempre se hace imprescindible la aplicación de programas de modificación de conducta en el entorno escolar y familiar. Puede recibir atención personalizada fuera del entorno escolar y procede la derivación a los Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil si el alumno aún no está siendo tratado, dado que el tratamiento farmacológico en estos casos es necesario. Por supuesto, se hacen imprescindibles las medidas educativas de tratamiento de la diversidad de carácter ordinario tales como adaptación de tiempo y de las pruebas de evaluación.

6. RECURSOS PARA ATENDER A ESTE ALUMNADO

6.1 Orientaciones para mejorar el clima familiar y de clase

Las normas deben ser muy claras, concisas, concretas y estables. CLARAS: se debe saber a priori qué pasa si se cumplen o incumplen las normas. Esto no debe cambiar de un día para otro o según dónde o con quién está el niño, o el estado de ánimo del adulto que lo cuida en ese momento. Pongamos un ejemplo: UNA RABIETA: si se pide con rabieta un capricho nunca se va a dar lo que se pide, aunque se esté en un centro comercial o en una visita o si el adulto que cuida al menor está cansado o resfriado en ese momento. Si se actúa así se tiran por tierra todos los esfuerzos anteriores, siguiendo con el ejemplo, por hacer que desaparezcan las rabietas. CONCISAS: no se deben dar parrafadas de órdenes sino una o, como mucho, dos a la vez. Pongamos un ejemplo de orden NO CONCISA: “cuelga tus cosas, deja la mochila en su sitio, límpiame los dientes y ponte a hacer la tarea”. Una orden CONCISA sería “cuelga tus cosas”; cuando la realice, “muy bien, ahora deja la mochila en tu cuarto”; cuando la realice, “muy bien, ahora límpiame los dientes”, cuando la realice, “muy bien, ahora ponte a hacer la tarea”. O, como mucho, “cuelga tus cosas y deja la mochila en tu cuarto” o algo próximo y similar. CONCRETAS: que sin lugar a dudas sepa qué hacer: ser obediente, ser bueno, ser respetuoso, ser educado, ser ordenado, son normas muy inconcretas. En qué consiste en concreto ser bueno o educado; puede diferir enormemente entre lo que piensa un niño y el adulto que lo pide. Una orden CONCRETA es “trae todos los días los libros y la agenda”, “límpiame los dientes antes de acostarte”, “no pidas las cosas llorando”, etc. ESTABLES: el cumplimiento o incumplimiento de las normas siempre debe tener las mismas consecuencias, tanto las consecuencias negativas como las positivas. Si por tal conducta he suprimido la Play una semana no se la dejo el sábado porque me interesa que esté enchufado a la Play y no dé la lata; igualmente, si he prometido ir al zoológico el sábado por hacer rápido y bien toda la semana la tarea, no dejo de cumplir mi promesa porque tenga otros planes mejores. Ambas partes han de cumplir siempre. Y, por supuesto, los premios o multas tienen que ser proporcionales a las faltas o esfuerzos. No voy a regalar una Tablet por hacer bien la tarea solo un mes, ni castigar un solo día sin TV o sin ordenador por plantar cara a mamá o a la abuela.

Cómo ADAPTAR las instrucciones: secuenciándolas con recordatorios escritos o visuales.

6.2 La atención educativa ordinaria dentro del aula

Dentro de las medidas y recursos generales de atención a la diversidad en un centro a nivel de aula están los distintos tipos de metodologías favorecedoras de la inclusión, en especial el aprendizaje basado en proyectos y el aprendizaje cooperativo; también la organización flexible de los espacios y los tiempos y la diversificación de los procedimientos de evaluación, en concreto, el uso de métodos de evaluación alternativos a las pruebas escritas y las adaptaciones en las pruebas escritas.

6.3 Programas Específicos (PE)

Los PE son el conjunto de actuaciones para favorecer el desarrollo mediante la estimulación de procesos implicados en el aprendizaje (percepción, atención, memoria, inteligencia, metacognición, estimulación y/o reeducación del lenguaje y la comunicación, conciencia fonológica, autonomía personal y habilidades adaptativas, habilidades sociales, gestión de las emociones, autocontrol, autoconcepto y autoestima, etc.) que faciliten la adquisición de las distintas competencias clave. El responsable de la elaboración y aplicación de los PE será el profesorado especialista en educación especial (PT/AL), con la colaboración del equipo docente y el asesoramiento del equipo o departamento de orientación.

6.4 Adaptaciones Curriculares no Significativas (ACNS)

Las ACNS suponen modificaciones en la propuesta pedagógica o programación didáctica, del ámbito/área/materia/módulo objeto de adaptación, en la organización, temporalización y presentación de los contenidos, en los aspectos metodológicos (modificaciones en métodos, técnicas y estrategias de enseñanza-aprendizaje y las actividades y tareas programadas, y en los agrupamientos del alumnado dentro del aula), así como en los procedimientos e instrumentos de evaluación, pero no en los criterios de evaluación; se sigue evaluando con los criterios del curso en el que se matricula el alumno, dado que las ACNS no afectarán a la consecución de las competencias clave, objetivos y criterios de evaluación de la propuesta pedagógica o programación

didáctica correspondiente sobre la que se ha hecho la adaptación. Se aplican cuando el alumno tiene un desfase en competencia curricular respecto al curso en el que está matriculado. En el 2º ciclo de educación infantil, un desfase en el ritmo de aprendizaje y desarrollo que implique una atención más personalizada por parte del tutor o tutora. En educación primaria, un desfase curricular de al menos un curso en el área objeto de adaptación entre el nivel de competencia curricular alcanzado y el curso en que se encuentra escolarizado. En educación secundaria obligatoria, un desfase curricular de al menos dos cursos en la materia objeto de adaptación, entre el nivel de competencia curricular alcanzado y el curso en que se encuentra escolarizado. La elaboración de las ACNS será coordinada por el tutor, que será el responsable de cumplimentar todos los apartados del documento, salvo el apartado de propuesta curricular, que será cumplimentado por el profesorado del ámbito/área/materia/módulo que se vaya a adaptar. La aplicación y seguimiento de las ACNS será llevada a cabo por el profesorado del ámbito/área/materia/módulo adaptados con el asesoramiento del equipo de orientación de centro o departamento de orientación.

6. 5 Adaptaciones Curriculares Significativas (ACS)

Las ACS suponen modificaciones en la programación didáctica que afectarán a la consecución de los objetivos y criterios de evaluación en el área/materia/módulo adaptado. De esta forma, pueden implicar la eliminación y/o modificación de objetivos y criterios de evaluación en el ámbito/área/materia/módulo adaptado. Estas adaptaciones se realizarán buscando el máximo desarrollo posible de las competencias clave. El alumno o alumna será evaluado en el área/materia/módulo adaptado de acuerdo con los objetivos y criterios de evaluación establecidos en su ACS. Las decisiones sobre la titulación se realizarán de acuerdo con los criterios de titulación establecidos en su ACS. Podrán obtener la titulación en ESO aquellos alumnos que hayan finalizado la etapa con ACS en una o más materias, siempre que el equipo docente considere que dichas adaptaciones no les ha impedido alcanzar las competencias clave y los objetivos de la ESO. Los destinatarios de las ACS son alumnos con NEE que presenta un desfase curricular superior a dos cursos en el área/materia/módulo objeto de adaptación, entre el nivel de competencia

curricular alcanzado y el curso en que se encuentra escolarizado. El responsable de la elaboración de las ACS será el profesorado especialista en educación especial, con la colaboración del profesorado del área/materia/módulo encargado de impartirla y contará con el asesoramiento de los equipos o departamentos de orientación. La aplicación de las ACS será responsabilidad del profesor del área/materia/módulo correspondiente, con la colaboración del profesorado especialista en educación especial y el asesoramiento del equipo o departamento de orientación.

La aplicación de estas medidas requiere previamente la realización de una evaluación y emisión de informe de evaluación psicopedagógica en los términos que describe la normativa actual vigente. Dicha evaluación se revisará en los cambios de etapas educativas de infantil a primaria y de primaria a secundaria. Todas las medidas educativas que se tomen deben revisar anualmente y/o cada vez que cambien las circunstancias personales del alumno. ■

7. BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1ª ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2ª ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1983). *DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1988). *DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Barkley, R. A.; Peters, H. y Weikard, M. A. (Nov 2012). "The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of attention deficit. *J Atten Disord* 16 (8), pp. 623–30.
- Delgado Pardo G. y Moreno García I. *Aplicaciones de la Realidad Virtual en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Una* Jarque Fernandez, S. "Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno

por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)”, *Anuario de Psicología* 2012 (42), nº 1, 19-33. Barcelona: Universitat de Barcelona.

Benjumea, P. y Mojarro, M^a D. (1995). “El síndrome hiperactivo”. En Rodríguez Sacristán. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla, pp. 723-765.

Instrucciones 22 de junio de 2015 de la dirección General de Participación y Equidad de la Junta de Andalucía por las que se establece el Protocolo de Detección e Identificación del Alumnado con Necesidades Específica de Apoyo Educativo y Organización de la Respuesta Educativa.

Kahn, E. y Cohen, L. H. (1934). “Organic drivenness a brainstem syndrome and experience”. *Journal of Medicine* (5), pp. 748-756.

Lange K. W.; Reichl, S.; Lange, K. M.; Tucha, L. y Tucha, O. (2010). *The history of attention deficit hyperactivity disorder*. *Atten Defic Hyperact Disord* (4), pp. 241-55.

Miranda-Casas, A.; Ygual-Fernández, A.; Mulas-Delgado, F.; Roselló-Miranda, B. y Bó R. M. (2002). “Procesamiento fonológico en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: ¿es eficaz el metilfenidato?”. *Revista de Neurología* (34-Supl 1), pp. 115-S121.

Miranda, A.; Pastor, J. C. y Roselló, B. (1994). “Revisión actual del tratamiento del ADHD: intervenciones psicológicas y combinadas”. *Revista de Neurología* (22), pp. 109-117.

Taylor, E.; Evrir, B.; Thorley, G.; Schachar, R.; Rutter, M. y Wieselberg, M. (1986). “Conduct disorder and hyperactivity II: a cluster analytic approach to the identification of a behavioural syndrome”. *British Journal of Psychiatry* (149), pp. 768-777.

Young, S.; Fitzgerald, M. y Postma, M. J. (2013). *ADHD: making the invisible visible*.

María del Carmen Montes Reguera

Licenciada en Psicología. miembro del grupo de trabajo Psicología Educativa del COP Cádiz

Cómo citar este artículo:

María del Carmen Montes Reguera (2019). “Orientaciones para profesorado y familias de alumnado con hiperactividad y déficit de atención”. *Almoraima. Revista de Estudios Campogibaltareños* (50), abril 2019. Algeciras: Instituto de Estudios Campogibaltareños, pp. 197-204
