

Manifestaciones del TDAH en la etapa de educación infantil y cómo afrontarlas

Eva Montoya-Sánchez y Eva Herrera-Gutiérrez

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Murcia

Resumen: Teniendo en cuenta el aumento de niños diagnosticados de TDAH y el creciente interés por este tema, el presente trabajo de revisión teórica tiene como objetivo principal ofrecer una visión renovada del mismo y de las buenas prácticas para su abordaje. Tras realizar una breve aproximación a este trastorno desde el punto de vista histórico, analizamos el concepto, los principales síntomas, su evolución y problemas asociados, así como la evaluación e intervención desde la perspectiva actual. A continuación se describen las manifestaciones clave del TDAH en la infancia y las características del comportamiento de los niños con esta alteración. Finalmente, y como conclusión, se destaca la importancia de la escuela, la figura del docente y el uso de estrategias de intervención psicoeducativa que mejoren la conducta y el aprendizaje de estos alumnos.

Palabras clave: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), educación infantil, síntomas, buenas prácticas, intervención psicoeducativa.

1. Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es uno de los problemas del neurodesarrollo más diagnosticados en los últimos años en la población infanto-juvenil (Barkley, 2011). Se estima que en España lo presentan uno o dos niños por aula, lo que equivale a una prevalencia del 5% (Cardo, Servera y Llobera, 2007), habiéndose destacado su vinculación con dificultades de rendimiento académico, adaptación personal, escolar y social (Barkley, 2011; Herrera-Gutiérrez, Sánchez, Peyres y Rodríguez, 2011).

En muchas ocasiones los niños no son bien diagnosticados, por lo que podrían recibir tratamientos que les perjudiquen (Morrow, Wright, Maclure, Taylor y Dormuth, 2012). Una posible causa sería el efecto de la llamada “edad relativa” (diferencia de edad de los alumnos de un mismo curso escolar, que a veces es de hasta 12 meses). Así, debido a su inmadurez, los niños nacidos en diciembre tienen un 39% más probabilidad de recibir el diagnóstico de TDAH que los nacidos en enero.

Existen algunas nociones erróneas respecto al trastorno hiperactivo. Por ejemplo, es equivocada la idea de que desaparece en la adolescencia o en la edad adulta, ya que se estima que más del 80% de los niños con este trastorno siguen teniendo problemas en la adolescencia y un 40% en la edad adulta (Biederman et al., 2003; Barkley, Fischer, Smallish y Fletcher, 2006).

Todo lo expuesto convierte el TDAH en un tema de actualidad y relevante en el ámbito educativo, sanitario y social. Es una realidad sobre la que hay cierta preocupación y sobre la que se trabaja cada vez más desde diversos ámbitos profesionales. Lo que justifica, en nuestra opinión, la conveniencia de abordar esta problemática, prestando especial atención a la etapa de educación infantil, donde las posibilidades de mejora son enormes.

2. Concepto, evaluación y abordaje del TDAH

2.1. Caracterización

La primera descripción conocida del TDAH fue la sintomatología hiperactiva (exceso de movimiento) descrita en 1844 por Hoffman. Ésta fue la primera aproximación al problema, aunque no mencionaba la inatención.

Algo más tarde Still, a principios del siglo XX, aludió a un cuadro sintomático de problemas de atención, exceso de actividad motora, conductas agresivas e impulsivas (Miranda, Soriano, Presentación y Gargallo, 2000).

Posteriormente, entre los estudios realizados de los años 20 a los 40, cabe destacar los de Hohman, así como los desarrollados por Khan y Cohen y por Goldstein, que indicaban que los síntomas descritos por Still se producían tras una lesión cerebral, concibiendo el trastorno como un “síndrome de lesión cerebral humana” (Polaino-Lorente et al., 1997; García, 2001). Este término se modificó en los años 60 por la denominación “disfunción cerebral mínima”, al comprobarse que la mayoría de los niños hiperactivos no sufría lesiones cerebrales.

En la década de los 70 destacan las aportaciones de Douglas sobre la capacidad atencional de estos niños, que posteriormente influirían en la adopción de un término diferente para referirse a dicho síndrome. Y es a partir de los años 80 cuando se llevan a cabo numerosos estudios e investigaciones que culminan en los sistemas actuales de clasificación de los criterios de diagnósticos, el recientemente publicado DSM-V (APA, 2013) y la CIE-10 (WHO, 1992), que recoge la Tabla 1.

Tabla 1: Sistemas actuales de clasificación del TDAH

Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V; APA, 2013)				
El TDAH se ubica en el apartado de <i>Trastornos del Desarrollo Neurológico</i> y, atendiendo a los síntomas predominantes, existen tres presentaciones clínicas				
Presentación combinada	Presentación con falta de atención	Presentación predominante hiperactiva/impulsiva		
Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-10; WHO, 1992)				
El TDAH se ubica en el apartado de <i>Trastornos Hiperkinéticos</i> , clasificados en cuatro categorías básicas				
Trastorno de la actividad y de la atención		Trastorno hiperkinético disocial	Otros trastornos hiperkinéticos	Trastorno hiperkinético sin especificación
Trastorno de déficit de atención	Síndrome de déficit de atención con hiperactividad			

Si bien ha existido una cierta confusión terminológica y disparidad de criterios en lo que a la conceptualización del TDAH se refiere, actualmente hay consenso en considerarlo como un trastorno de probable base orgánica, influido por factores genéticos, hormonales y ambientales (Herranz y Argumosa, 2000).

Desde el modelo multifactorial (Herrera-Gutiérrez, Calvo-Llena y Peyres-Egea, 2003; Lasa, 2007; Aguilar, Herrera y Gómez, 2013), puede decirse que el TDAH no es producido por una única causa, sino resultado de distintas variables que interactúan entre sí. Están presentes tanto los factores biológicos como los psicosociales con los que se relacionan y convergen. El trastorno tiene un importante componente hereditario y casi todas las influencias ambientales se producen durante la etapa prenatal y perinatal (bajo peso al nacer, consumo de tabaco, de alcohol...), estando asimismo implicadas variables del contexto familiar, escolar y social (medio urbano desfavorecido, pobreza, violencia, problemas familiares, medio escolar desorganizado...).

Como señala Orjales (2008), el trastorno hiperactivo se caracteriza por tres conductas típicas en todos los niños, pero que en los que no tienen esta alteración van desapareciendo conforme crecen. De ahí la importancia de tener en cuenta la intensidad, cantidad y permanencia de los síntomas primarios de hiperactividad, inatención e impulsividad (véase la Figura 1).

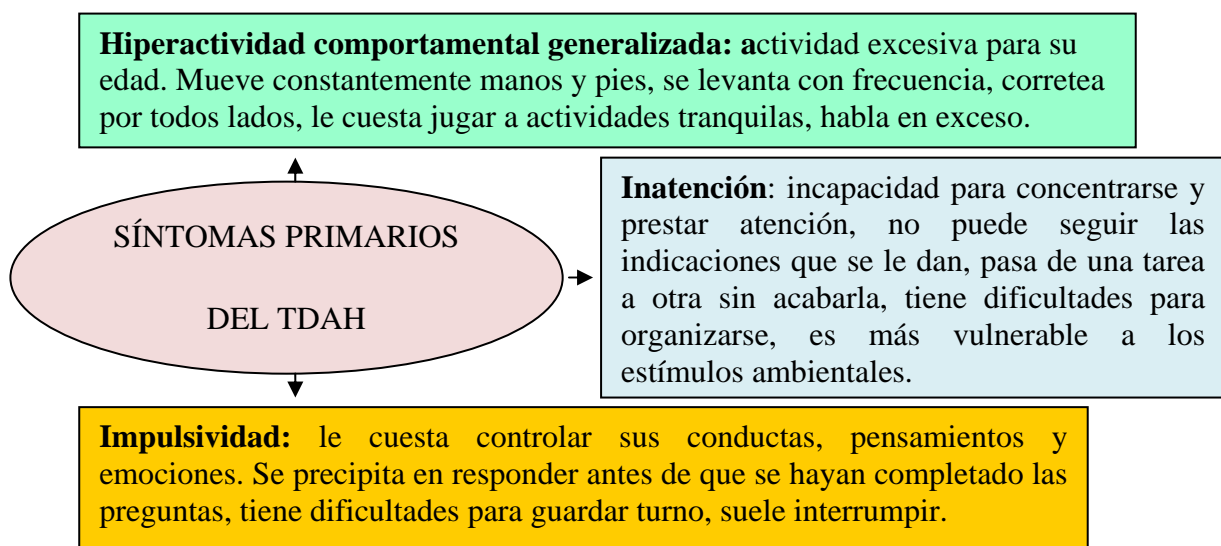


Figura 1: Síntomas primarios del trastorno hiperactivo

Las manifestaciones del TDAH cambian con la edad. Al principio, en los niños con esta alteración sólo se dan los tres síntomas primarios mencionados, aunque pronto empiezan a coexistir con otros secundarios, como ciertas dificultades de coordinación y de motricidad fina. Más adelante tienen problemas de aprendizaje y en las relaciones sociales, al tiempo que la hiperactividad suele disminuir progresivamente aunque no llega a desaparecer.

La comorbilidad con diversos problemas está presente en dos terceras partes de los niños con trastorno de hiperactividad, por lo que resulta de gran interés su estudio para entender mejor las características clínicas, la evolución y las opciones terapéuticas (De la Peña, 2000). Los siguientes son algunos de los trastornos asociados más comunes que se describen en la literatura (Artigas-Pallarés, 2003; Herrera, Bermejo, Fernández, y Soto, 2011): a) el trastorno negativista desafiante (conductas hostiles, desafiantes y desobedientes que afectan a las relaciones familiares, sociales y a la vida académica); b) los trastornos de conducta (comportamientos problemáticos persistentes que se manifiestan a través de la indisciplina, la falta de respeto por las normas de convivencia e incluso las conductas agresivas); c) los tics (contracción de grupos musculares y/o pronunciación involuntaria de determinados sonidos o palabras, como el Síndrome de Gilles de la Tourette); y d) otros problemas: abuso de drogas, ansiedad, depresión, trastornos del sueño, de la comunicación, de

coordinación, generalizados del desarrollo, de rendimiento académico, intelectuales, lesiones y accidentes.

Además de la edad, los síntomas varían en función de diferentes variables (De la Gándara, García y Pozo, 2006), tales como el tipo concreto de TDAH, el sexo (los niños suelen presentar predominio de hiperactividad e impulsividad mientras que en las niñas predomina la inatención), la severidad del trastorno (leve, moderado o grave), la edad (conforme el niño se hace mayor la actividad física disminuye pero la impulsividad y los problemas de atención persisten), el entorno en el que está el menor y las personas que le atienden en cada momento (que se relacionan con variaciones de los síntomas y de su intensidad).

2.2. Evaluación y abordaje integral

Resulta fundamental la detección y diagnóstico precoz del trastorno para paliar los síntomas y evitar problemas futuros de conducta y rendimiento escolar, autoestima y relaciones sociales. La detección puede tener lugar en el entorno familiar y/o escolar, pero es necesario que el diagnóstico lo lleve a cabo un profesional clínico especializado. Éste se basará principalmente en el cumplimiento de los criterios reconocidos internacionalmente –de la CIE-10 (WHO, 1992) y del DSM-V (APA, 2013)– y tendrá por referencia los protocolos de actuación regionales, como el existente en la Comunidad Autónoma de Murcia (Consejería de Sanidad y Consumo y Consejería de Educación, Formación y Empleo, 2012).

En lo que respecta a la evaluación, no existe un acuerdo unánime sobre los diferentes procedimientos. No obstante, lo realmente importante es obtener una historia clínica (desarrollo evolutivo, sintomatología...) lo más amplia y detallada posible, completada por la información proporcionada por la evaluación psicopedagógica, por los profesores (a través de la observación y de los informes y escalas) y por los padres y demás personas en contacto con el niño (Herrera et al., 2011). Partiendo del hecho de que los test son útiles aunque no definitivos, ya que ninguna prueba por sí sola lo es, en la Figura 2 se muestran los componentes que debe englobar la evaluación del TDAH.

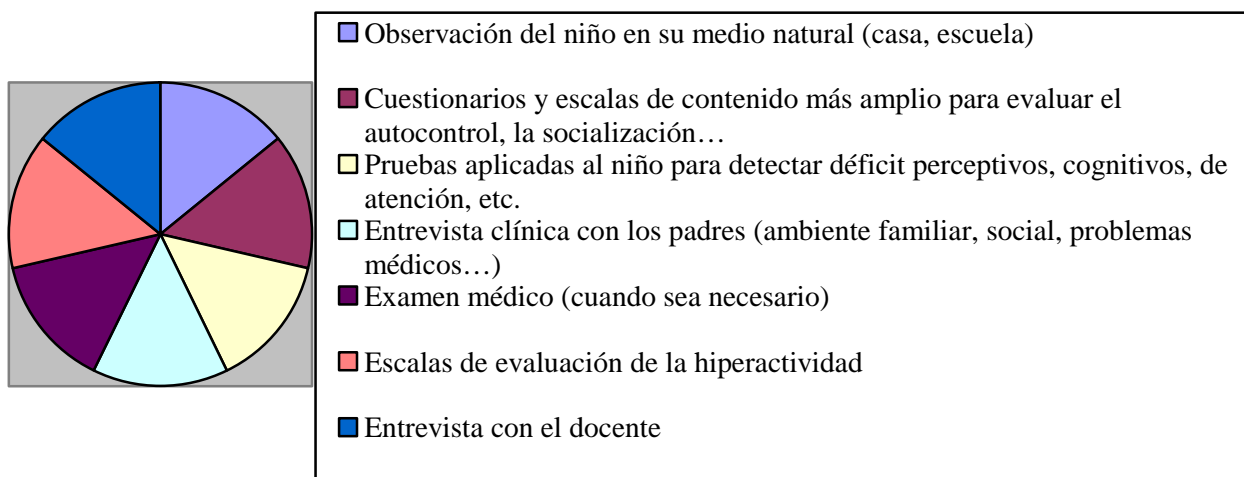


Figura 2: Componentes de la evaluación del TDAH

El tratamiento que muestra mayor efectividad y que está avalado por la comunidad científica (Moreno, 2001; Herrera-Gutiérrez et al., 2003; Valdizán, 2006) es el multidisciplinar, que combina:

- La intervención educativa en el contexto familiar y escolar, consistente en proporcionar información a los padres y docentes sobre el TDAH, así como en el entrenamiento en estrategias de comunicación y de manejo de la conducta que permitan mejorar la calidad de las relaciones y que el niño aumente su autocontrol.
- El tratamiento farmacológico (supervisado por un médico especialista) cuyo objetivo es reducir los síntomas básicos del trastorno, facilitando así la adaptación social y escolar del niño, sus progresos académicos y su desarrollo cognitivo.
- La intervención psicológica mediante técnicas cognitivo-conductuales, orientada a que el niño alcance una progresiva autonomía física (orden, hábitos, colaboración...), cognitiva (autoevaluación, autocorrección, capacidad para seleccionar información, etc.), emocional (autoestima sana, relaciones satisfactorias, independencia) y en la regulación de su comportamiento (autocontrol, adaptación a normas...).

3. Manifestaciones de la hiperactividad en la etapa de educación infantil

Como ya hemos mencionado, la detección precoz del TDAH es muy importante pues cuanto más temprano se identifique antes se podrán adoptar las medidas necesarias. Los síntomas del trastorno pueden detectarse pronto, a menudo alrededor de los 4 años (Montoya-Sánchez, 2012). El diagnóstico clínico suele realizarse más tarde, en torno a los 6 o 7 años, aunque atendiendo al DSM-V (APA, 2013) la edad de aparición de los síntomas se extiende hasta los 12 años. La probabilidad de que se manifieste el síndrome dependerá del momento en el que se encuentre el menor, el entorno en el que se desenvuelve y las personas que lo conforman.

En la Tabla 2 se expone una relación de los principales síntomas del TDAH en la edad infantil destacadas en distintos trabajos (Moreno, 1998; Lavigne y Romero, 2010), aunque ciertamente no siempre es sencillo distinguirlos en esta etapa de la vida.

Tabla 2: Principales síntomas de hiperactividad en la edad infantil

ETAPA DE LACTANCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Insaciables, irritados, inconsolables, con frecuentes cólicos, problemas alimenticios y de sueño.
DESDE LA LACTANCIA HASTA LOS 2 AÑOS	<ul style="list-style-type: none"> • Retrasos en el desarrollo motor (tarda más en andar, sufre más accidentes) y del lenguaje. • Actividad excesiva sin un motivo aparente. • Atención a los objetos durante períodos de tiempo muy cortos y falta de persistencia en la búsqueda de los mismos. • Reacciones emocionales inadecuadas. • Problemas de sueño, de alimentación e irritabilidad. • Resistencia a los cuidados habituales
DE LOS 2 A LOS 5 AÑOS	<ul style="list-style-type: none"> • Desatención y exceso de actividad motora. • Labilidad emocional, dificultades a la hora de relacionarse con los demás y en el seguimiento de normas. • Problemas de adaptación ante cambios y exigencias altas. • Irregularidades en la alimentación, el sueño y el control de esfínteres. • Desobediencia e incapacidad de prever las consecuencias de sus actos. • Inmadurez en el lenguaje expresivo.

Tampoco debemos olvidar que, además de estas conductas problemáticas, el niño con síntomas de hiperactividad suele presentar otras características positivas que conviene aprovechar y potenciar. Así, se les describe como divertidos, curiosos, intuitivos, imaginativos, espontáneos y creativos, con gran sentido del humor y una mayor capacidad de empatía, capaces de hacer varias cosas a la vez y normalmente dispuestos a hacer amigos.

En ocasiones los síntomas generan sentimientos de frustración, enojo y rechazo en los padres que favorecen el uso de prácticas disciplinarias inadecuadas, excesivamente autoritarias o permisivas, lo que puede influir negativamente en el desarrollo del niño. Es por ello que los progenitores deben conocer bien la sintomatología, tanto para aceptarla y entender a su hijo como para mejorar su relación con él.

En efecto, el contexto familiar desempeña un papel modulador importante en el curso de esta alteración (Herrera-Gutiérrez et al., 2003). Si a los síntomas del TDAH se les une un entorno familiar de riesgo (familia desestructurada, con bajo nivel educativo, mala situación socioeconómica...), no cabe duda de que se agudizará el trastorno, si bien no será el responsable de su aparición.

A estas edades el comportamiento de los niños con hiperactividad en la escuela se caracteriza por: desorganización (llega tarde, no sabe organizarse el tiempo, las tareas grandes le causan confusión); falta de atención (no escucha a los demás, se distrae fácilmente, pierde cosas); falta de concentración (se aburre fácilmente, empieza tareas y no las termina, tiene gran facilidad para dispersarse y pensar en otras cosas); baja intolerancia a la frustración (se disgusta con facilidad ante los fracasos); oposición a los cambios (reacciona mal y le cuesta la transición de una actividad a otra); hiperactividad (no permanece sentado, le gusta mucho hablar y hacer ruidos, siempre se está moviendo); impulsividad (no puede esperar su turno, no planea sus acciones, suele exponerse al riesgo, interrumpe constantemente, toma decisiones más apegadas a las emociones que a la razón).

De todo lo expuesto hasta el momento, se desprende que es necesaria una intervención con estos alumnos para ayudarles a combatir sus síntomas y mejorar su proceso de aprendizaje, así como el rendimiento en clase.

4. Buenas prácticas para el trabajo en el aula

Las manifestaciones del TDAH suelen evidenciarse con el inicio de la escolaridad, ya que es entonces cuando se le exige al niño permanecer sentado, seguir unos horarios estructurados, realizar deberes y prestar atención.

Es importante que el diagnóstico precoz se acompañe de una respuesta educativa lo más ajustada posible a las características y necesidades del alumno. A este respecto, la figura del docente es clave. Puede influir decisivamente en su evolución, no sólo en el sentido académico sino también en el emocional.

De los profesores depende en gran medida que sea detectado a tiempo el síndrome, la forma en que los padres van a entenderlo y aceptarlo, el control de sus efectos negativos y las posibilidades de mejora del comportamiento y rendimiento académico del niño (Martínez-Frutos, Herrera-Gutiérrez y Peyres-Egea, 2014). En este sentido, resulta imprescindible que conozcan bien el trastorno y la manera de organizar el trabajo en el aula.

Realmente, la mayoría de las características que debe reunir el profesorado del alumnado con TDAH son las deseables en cualquier docente: disposición para ayudar y “aceptar retos”; mantener una comunicación efectiva con los padres y compromiso de trabajar en equipo con ellos y con los profesionales que se relacionan con el niño (el apoyo y orientación a la familia es fundamental); ser organizado y firme a la vez que sensible para apreciar cariño y comprender lo que sienten los demás; ser creativo, imaginativo y

estimulante; saber ser estricto y flexible en función de la situación y ser capaz de estructurar adecuadamente el aula, es decir, de manera bien organizada, predecible y que las reglas y tareas a realizar estén visibles (por ejemplo, a través de ayudas visuales, que contribuyan a reducir la necesidad de recordar).

En definitiva, la forma de actuar del profesor en clase con estos alumnos debe estar fundamentada en el conocimiento del trastorno y atender a aspectos como las instrucciones, los materiales didácticos, la disposición del aula, el comportamiento, la participación activa, la colaboración con los padres, el apoyo personal y las tareas a realizar (Armstrong, 2001; ADAHIgi, AHIDA y ANADAHI, 2006; Cruz y Yoldi, 2009; Herrera et al., 2011). Algunas pautas o estrategias de actuación son:

- Explicarle al niño, en función de su edad, el problema que tiene y que lo acepte.
- Sustituir el verbo “ser” por el “estar” para no lastimar su autoestima.
- Prestarle especial atención pero sin que se note y corregirle en privado.
- Si es necesario, realizar adaptaciones curriculares específicas en algunas áreas para que el niño siga su propio ritmo (principio de individualización).
- Utilizar el refuerzo y los comentarios positivos, ajustándolos al esfuerzo realizado (no al logro obtenido) y sin demorarlos (principio de feedback).
- Procurar que los inicios de una actividad sean exitosos (principio del éxito).
- No prestar atención cuando realice una conducta inadecuada, ni entrar en su juego cuando nos reta y nos pone a prueba, explicándole de forma breve el motivo del enfado y dejándole pensar.
- Enseñarle a reflexionar a través de preguntas (no presionarle) e incrementar su participación a través de un sistema de bonificación por puntos.
- Usar tecnologías de la información y comunicación (TIC) y medios audiovisuales, introducir innovaciones diarias y usar el sentido del humor.
- Establecer normas y límites claros, bien definidos y adecuados a la edad; escribirlas y exponerlas en sitios visibles.
- Darle alguna responsabilidad y sentarlo cerca del docente (lejos de ventanas y puertas) y con algún compañero (tutor) que sea ordenado, atento, etc.
- Animarle a mantener orden en la mesa, sin excesivo material de trabajo.
- Proporcionar momentos de ocio, favorecer el trabajo en equipo, la resolución de problemas y la expresión de sentimientos para mejorar las habilidades sociales.
- Simplificar y repetir las instrucciones, subrayando las acciones a realizar en cada tarea y explicando el vocabulario que en ellas aparece.
- Estructurar las actividades en pequeños pasos (principio de secuenciación) y permitirle descansos o “válvulas de escape” entre las tareas, combinado periodos de atención con acción manipulativa (principio de actividad).
- Fomentar la lectura en voz alta y el ejercicio físico.
- Marcar rutinas y objetivos diarios, valorando su trabajo.
- Fomentar el uso de una agenda y supervisarla cada día.
- Estructurar y adaptar las pruebas y exámenes (darle más tiempo y ayudarle a controlarlo, simplificar los enunciados...).

Entre las técnicas concretas para el trabajo en el aula recomendadas por diferentes autores (Gallardo, 2005; Orjales, 2008; Miranda y Soriano, 2010) se encuentran las que detallamos en la Tabla 3.

Tabla 3: Técnicas para manejar la hiperactividad en el aula

<i>Economía de fichas o sistema de puntos</i>	Permite trabajar más de una conducta a la vez. Consiste en ofrecer una cantidad de puntos o fichas, acordadas de antemano, por la conducta deseada.
<i>Contrato de conducta</i>	Busca aumentar conductas positivas existentes en el repertorio del niño pero que no son frecuentes. Es un acuerdo escrito (o simplemente verbal en los niños más pequeños) en el que las partes se comprometen a cumplir lo expuesto en él, teniendo derechos y obligaciones repartidas equitativamente.
<i>Tiempo fuera (time-out) o aislamiento</i>	Consiste en aislar al menor de la posibilidad de conseguir algún tipo de gratificación en un período determinado (“enviándolo” a algún lugar aburrido durante 5 minutos).
<i>Refuerzo positivo</i>	Es un método basado en dar premios (una sonrisa, un abrazo, una alabanza, un regalo, un cuento, un privilegio...) inmediatamente después de que se realice el comportamiento deseado.
<i>Autoinstrucciones</i>	Es una técnica en la que, por medio de una serie de pasos, se enseña al niño a hablarse a sí mismo para guiar, controlar o parar su propio comportamiento.
<i>Protagonista de la semana</i>	Durante una semana el alumno es el personaje principal. Es un procedimiento que le ayuda a conocerse y sentirse valorado por los compañeros de forma positiva, mejorando su autoimagen y con el tiempo su autoestima.
<i>Técnica de la tortuga</i>	Ayuda al autocontrol de la conducta impulsiva en el aula, siendo muy útil en situaciones de descontrol por carga emocional.
<i>Técnicas de relajación</i>	Permiten inducir un estado de mayor tranquilidad. Hay varios métodos (como el de tensión y distensión de los músculos de Jacobson o los basados en la visualización, la respiración y la música) y diversos juegos de relajación (p. ej.: “la mecedora” o “despertad al oso”).

5. Conclusiones e implicaciones educativas

Como hemos visto, hoy en día el TDAH es uno de los trastornos más frecuentes en los niños. Si bien a lo largo de la historia se han sucedido varias teorías y ha habido cierta confusión en torno a su conceptualización, actualmente el énfasis recae en los aspectos cognitivos y tiende a aceptarse su etiología multifactorial.

Además de sus tres síntomas principales (hiperactividad, impulsividad e inatención) suele llevar otros trastornos asociados y para paliarlos es precisa la detección precoz del mismo y su posterior diagnóstico, evaluación e intervención tempranas.

Debido a la complejidad de este trastorno, resulta de gran utilidad adoptar un tratamiento multidisciplinar (educativo, farmacológico y cognitivo-conductual) y propuestas de intervención que incidan en los distintos contextos de desarrollo y se basen en la acción conjunta de docentes, padres y demás profesionales implicados.

Asimismo, desde el marco conceptual de la Psicología Evolutiva y de la Educación cabe destacar el papel de la escuela y, sobre todo, del docente en la evolución y desarrollo global del niño con TDAH. Es justamente bajo esta perspectiva donde la etapa de educación infantil adquiere especial relevancia.

A la luz de todo lo anterior se deduce la necesidad de sensibilizar y formar al profesorado en las características del TDAH y en la manera de abordar esta problemática en

las aulas. Los profesores deben recibir cierta formación e información para saber cómo relacionarse y actuar ante un niño con esta alteración y su familia, garantizando que reciba una respuesta educativa lo más ajustada posible a sus peculiaridades y necesidades, no sólo a nivel académico sino también en el terreno emocional.

Igualmente, es importante que la administración educativa disponga de los recursos humanos y materiales suficientes para ayudar a progresar a estos niños y que los equipos de orientación de los centros asesoren y colaboren con el profesorado en las medidas de atención a la diversidad adoptadas. El objetivo es lograr el desarrollo integral del niño y que el grupo-aula avance y funcione adecuadamente, teniendo en cuenta la heterogeneidad que lo conforma y sus características y ritmos de aprendizaje individuales.

Para terminar, resaltar la trascendencia de la colaboración con la familia, además de la necesaria coordinación con los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (Generales, Específicos y de Atención Temprana), a fin de poder adoptar estrategias y pautas de conducta coherentes y consensuadas.

6. Referencias bibliográficas

- ADAHigi, AHIDA y ANADAHÍ (2006). *Guía de actuación con el alumnado con TDA-H*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia – Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Disponible en: http://issuu.com/iibarrog/docs/tdah_gu_a_actuacion_con_aa/4
- Aguilar Domingo, M., Herrera, E. y Gómez, J. (2013). *Subtipos electrofisiológicos de personas diagnosticadas de TDAH. Características e implicaciones psicofisiológicas y educativas*. Madrid: Editorial Académica Española.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V*. Washington, DC: Author.
- Armstrong, T. (2001). *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad ADD/ADHD: estrategias en el aula*. Barcelona: Paidós.
- Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36(1), 68-78.
- Barkley, R.A. (2011). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Guía completa del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Barcelona: Paidós.
- Barkley, R.A., Fischer, M., Smallish L. y Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(2), 192-202.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Monuteaux, M. C., Plunkett, E. A., Gifford J. y Spencer, T. (2003). Growth deficits and attention-deficit/hyperactivity disorder revisited: impact of gender, development, and treatment. *Pediatrics*, 111, 952-960.
- Cardo, E., Servera, M. y Llobera, J. (2007). Estimación de la prevalencia de déficit de atención con hiperactividad entre la población de la isla de Mallorca. *Revista de Neurología*, 44, 10-4.
- Consejería de Sanidad y Consumo y Consejería de Educación, Formación y Empleo, Región de Murcia (2012). *Protocolo de Coordinación de Actuaciones Educativas y Sanitarias en la Detección y Diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad TDA-H* (ed. rev.). Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Murciano de Salud. Subdirección General de Salud Mental. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/236108-protocolo_2012.pdf

- Cruz Ripoll, J. y Yoldi Hualde, M. (2009). *Alumnos distraídos, inquietos e impulsivos (TDA-H). Estrategias para atender su tratamiento educativo en educación*. Madrid: CEPE.
- De la Gándara Martín, J.J., García Soto, X.R. y Pozo de Castro, J.V. (2006). *Despistado, acelerado e inquieto: ¿es hiperactivo?: el libro para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta.
- De la Peña Olvera, F. (2000). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 43(6), 243-244.
- Gallardo López, B. (2005). *Niños hiperactivos (TDA-H): causas, identificación, tratamiento. Una guía para educadores*. Barcelona: CEAC.
- García Sottile, M.E. (2001). Déficit atencional, torpeza motora y trabajo corporal desde una visión sistémica. *Educación Física y Deportes*, 42. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd42/deficit.htm>
- Herranz, J.L. y Argumosa, A. (2000). Trastorno con déficit de atención e hiperactividad. *Boletín de Pediatría*, 40 (172), 88-92.
- Herrera, E., Bermejo, R., Fernández, M.C. y Soto, G. (2011). Déficit de atención e hiperactividad. En M.D. Prieto (Coord.), *Psicología de la Excepcionalidad* (pp. 139-152). Madrid: Síntesis.
- Herrera-Gutiérrez, E., Calvo-Llena M.T y Peyres-Egea, C. (2003). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad desde una perspectiva actual. Orientaciones a padres y profesores. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56(1), 5-19.
- Herrera-Gutiérrez, E., Sánchez Mármol, D.J., Peyres Egea, C. y Rodríguez Dorantes, J.M. (2011). Hiperactividad, problemas de adaptación y rendimiento académico. En J.M. Román, M.A. Carbonero y J.D. Valdivieso (Comps.), *Educación, aprendizaje y desarrollo en una sociedad multicultural* (pp. 8225-8239). Madrid: Ediciones de la Asociación Nacional de Psicología y Educación.
- Lasa, A. (2007). El TDAH en el momento actual: controversias, divergencias y convergencias. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 2, 9-16.
- Lavigne, R. y Romero, J.F. (2010). *El TDAH: ¿qué es?, ¿qué lo causa?, ¿cómo evaluarlo y tratarlo?* Madrid: Pirámide.
- Martínez-Frutos, M.T., Herrera-Gutiérrez, E. y Peyres-Egea, C. (2014). Los conocimientos del profesorado sobre TDAH y su relación con el rendimiento del alumnado. En J. Maquilón Sánchez y N. Orcajada Sánchez (Eds.), *Investigación e innovación en formación del profesorado* (pp. 369-380). Murcia: EDITUM.
- Miranda, A. y Soriano, M., (2010). Tratamientos psicosociales eficaces para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Información Psicológica*, 100, 100-114.
- Miranda, A., Soriano, M., Presentación, M.J. y Gargallo, B. (2000). Intervención psicoeducativa en estudiantes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*, 1, 203-216.
- Montoya-Sánchez, E. (2012). *Manifestaciones del TDAH en la etapa de Educación Infantil. Trabajo Fin de Grado*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Moreno, I. (1998). *Hiperactividad: prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Moreno, I. (2001). Tratamiento psicológico de la hiperactividad infantil: un programa de intervención en el ámbito escolar. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54(1), 81-93.

- Morrow, R., Wright, J., Maclure, M., Taylor, S. y Dormuth, C. (2012). Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Canadian Medical Association Journal*, 184, 755-762.
- Orjales Villar, I. (2008). *Déficit de atención con hiperactividad: manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE.
- Polaino-Lorente, A., Ávila de Encio, C., Cabanyes, J., García Villamisar, D.A., Orjales, Y. y Moreno, C. (1997). *Manual de Hiperactividad infantil*. Madrid: Unión Editorial.
- Valdizán, J.R. (Coord.) (2006). *Consenso multidisciplinar en TDAH. Infancia y adolescencia*. Zaragoza: Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo.
- World Health Organization (1992). *International Classification of Diseases: Tenth Revision*. Geneva: Author (trad. cast. Madrid: Meditor, 1992).

Montoya-Sánchez, E. y Herrera-Gutiérrez, E. (2014) Manifestaciones del TDAH en la etapa de educación infantil y cómo afrontarlas. En: Navarro, J.; Gracia, M^a.D.; Lineros, R.; y Soto, F.J. (Coords.) *Claves para una educación diversa*. Murcia: Consejería de Educación, Cultura y Universidades.