

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**



**Déficit de atención en los estudiantes de segundo grado de educación  
secundaria**

**Monografía.**

Para optar el Título de Segunda especialidad profesional en Psicopedagogía.

Autora.

**Felisa Alaris Balladares Cornejo.**

**Piura – Perú**

**2018**

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

## FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



### Déficit de atención en los estudiantes de segundo grado de educación secundaria

Monografía aprobada en forma y estilo por:

Dr. Segundo Oswaldo Alburqueque Silva (presidente) .....

Dr. Andy Figueroa Cárdenas (miembro)

Mg. Ana María Javier Alva (miembro)

**Piura – Perú**

**2018**


# UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES


## FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



### **Déficit de atención en los estudiantes de segundo grado de educación secundaria**

Los suscritos declaramos que la monografía es original en su contenido y forma

Felisa Alaris Balladares Cornejo. (Autora) ..... 

Oscar Calixto La Rosa Feijoo (Asesor) ..... 

**Piura – Perú**

**2018**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE EDUCACIÓN**  
**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO.**

En Piura, a quince días del mes de febrero del año dos mil veinte, se reunieron en el colegio Pontificio, los integrantes del Jurado Evaluador, designado según convenio celebrado entre la Universidad Nacional de Tumbes y el Consejo Intersectorial para la Educación Peruana, al Dr. Segundo Alburquerque Silva, coordinador del programa: representantes de la Universidad Nacional de Tumbes (Presidente), Dr. Andy Figueroa Cárdenas (Secretario) y Mg. Ana María Javier Alva (vocal) representantes del Consejo Intersectorial para la Educación Peruana, con el objeto de evaluar el trabajo académico de tipo monográfico denominado: *"Deficit de atención en los estudiantes de segundo grado de educación secundaria para"* optar el Título Profesional de Segunda Especialidad en Psicopedagogía al señor(a) **BALLADARES CORNEJO FELISA ALARIS**.

A las doce horas, y de acuerdo a lo estipulado por el reglamento respectivo, el presidente del Jurado dio por iniciado el acto académico. Luego de la exposición del trabajo, la formulación de las preguntas y la deliberación del jurado se declaró aprobado por mayoría con el calificativo 18.

Por tanto, **BALLADARES CORNEJO FELISA ALARIS** queda apto(a) para que el Consejo Universitario de la Universidad Nacional de Tumbes, le expida el título Profesional de Segunda Especialidad en Psicopedagogía.

Siendo las trece horas con treinta minutos el Presidente del Jurado dio por concluido el presente acto académico, para mayor constancia de lo actuado firmaron en señal de conformidad los integrantes del jurado.

Dr. Segundo Alburquerque Silva  
Presidente del Jurado

Dr. Andy Kid Figueroa Cárdena  
Secretario del Jurado

Mg. Ana María Javier Alva  
Vocal del Jurado

## DEDICATORIA

A Dios.

Por ser fuente infinita de amor, gracia y paz en mi vida y la de mi familia dedico el presente trabajo a Dios nuestro divino creador.

A mis padres y familiares.

Quienes han sido la guía y el camino para poder llegar a lograr mis metas, que con su ejemplo, dedicación y palabras de aliento me motivaron a seguir esforzándome. Los amo.

A mi nieta.

En este momento no entiendas mis palabras, pero para cuando seas capaz, quiero que te descuenta de lo que significas para mí, eres la razón de que me levante cada día esforzándome por el presente y el mañana, eres mi principal motivación, muchas gracias kaily Alessia por regalarme todo lo que me regalas sin ser aun consciente de ello.

## ÍNDICE

DEDICATORIA	4
RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I	11
ANTECEDENTES DE ESTUDIOS	11
1.1. Antecedentes Internacionales.	11
1.2. Antecedentes Internacionales	12
CAPÍTULO II	13
CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	13
2.1. Déficit de atención.	13
2.2 Atención.	15
2.3. El enfoque Tomatis.	18
2.4. Existen maneras de estimular el vestíbulo.	20
2.5. Trastorno de hiperactividad con déficit de atención	21
2.6. Déficit de atención	22
2.7. Actividad motora excesiva	22
2.8. Impulsividad	23
2.9. Dificultades de aprendizaje y rendimiento académico en niños con TDAH	23
CAPÍTULO III	28
CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	28
3.1. Característica principal	28
3.2 Problemática a cerca del trastorno	29
CAPÍTULO IV	32
ORIGEN DEL TRASTORNO	32
4.1 Bases neurológicas	33
4.2 Déficit de atención y herencia	35

CAPÍTULO V	36
CAUSAS DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	36
5.1 Causas genéticas	36
5.2 Causas biológicas/fisiológicas:	36
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	42
REFERENCIAS CITADAS	43

## **RESUMEN**

El THDA (Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención) es uno de los problemas conocidos que es causado por la presencia de una o más de las condiciones siguientes: falta de concentración, tiene mucha hiperactividad, tiene poco control en su comportamiento. Su presencia aparece en los niños, sin embargo, puede continuar hasta la adultez. Resulta importante que se den a conocer los aspectos relevantes que permitan conocer las características que tiene los niños detectándolos a tiempo y brindándoles el tratamiento adecuado.

En el presente trabajo se da a conocer aspectos importantes relacionados al THDA para que los docentes puedan tener en cuenta como conocimiento importante pudiendo brindar atención en los casos que sea necesario.

Palabras clave: Déficit, atención, hiperactividad.



## INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha podido observar un ligero incremento en las instituciones educativas de problemas relacionados con el THDA, muchas veces no se les ha prestado atención pues no existen profesionales que hagan una evaluación rápida y diagnostiquen el problema o también por el desconocimiento o la no aceptación de los padres de familia cuando sus menores hijos puedan tener algunas de las características que indican este problema.

El conocimiento es importante por parte de los docentes y padres de familia, ello podría permitir un tratamiento adecuado, así como tener una mejor responsabilidad al detectar las causas y las consecuencias que se tiene si no se brinda la atención y los tratamientos de los niños en el momento correcto.

La presente monografía surgió de la necesidad de entender el déficit de atención como problema educativo entre los alumnos de secundaria; por este motivo, el objetivo general fue determinar las características que presenta el déficit de atención en los estudiantes de segundo grado de educación secundaria; para ello se establecieron, como objetivos específicos, el establecer los aspectos más saltantes del concepto del trastorno de déficit de atención e hiperactividad; identificar las principales características del déficit de atención e hiperactividad; establecer el origen del déficit de atención e hiperactividad; y delimitar las causas del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en los estudiantes de segundo grado de secundaria.

Para Lora (2008) el Trastorno por Déficit de Atención como fenómeno y como su nombre lo indica:

Es un trastorno y no una enfermedad. El cual se caracteriza porque el alumno tiene menos atención que la media de los estudiantes de su edad con el mismo nivel de desarrollo. Los alumnos tienen que cumplir una serie de criterios de inatención, hiperactividad e impulsividad. (p.9).

Pero esos síntomas producen un deterioro, es decir, una falta de rendimiento, académico, social o familiar. Los síntomas deben interferir en diferentes ámbitos y le deben causar un problema en su vida. El niño con un trastorno de déficit de atención olvida ciertas cosas y se equivoca al realizar actividades porque presta poca atención. Por ejemplo, cuando leen se pueden saltar frases o estudian para un examen, pero les sale mal porque omiten detalles del enunciado.

Respecto a los factores que influyen en el trastorno por déficit de atención, Lora (2008) señala que:

Es una patología que tiene un origen genético, pero hay muchos factores ambientales que pueden contribuir a desarrollar el trastorno. Por ejemplo, antes de nacer, la exposición de la madre al tabaco, a drogas o a alcohol; el que haya problemas perinatales o postnatales como el bajo peso al nacer etc. (p.3)

Por otro lado, las familias disfuncionales o desestructuradas, las disciplinas inadecuadas o el maltrato también pueden ser perjudiciales y contribuir al déficit de atención. Con respecto a los subtipos Navarro, I. (2008) indica que:

Teniendo en cuenta la información que se presenta, es justificado que los docentes tengan un conocimiento amplio sobre las causas y características principales que se pueden tener en los niños que padecen de THDA.

En el presente trabajo monográfico, se han considerado los siguientes objetivos:

### **Objetivo General.**

Conocer las características de déficit de atención e hiperactividad de estudiantes del nivel secundario.

### **Objetivos específicos.**

- Conocer los conceptos y definiciones básicas del trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

- Conocer las características del trastorno de déficit de atención e hiperactividad.
- Conocer el trastorno de déficit de atención e hiperactividad.
- Describir las causas del trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

Teniendo en cuenta la información indicada la presente monografía se ha dividido en cuatro capítulos, en el capítulo I se dan a conocer los objetivos, en el capítulo II, se observa algunos antecedentes de estudios relacionados, así como los conceptos básicos de déficit de atención e hiperactividad. En el capítulo III se describen las características que presentan las personas que tienen trastornos de atención e hiperactividad, en el capítulo IV se dan a conocer los orígenes de los trastornos de déficit de atención e hiperactividad, en el capítulo V presentamos las causas que dan origen al trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Luego se plantean las conclusiones, recomendaciones y las referencias citadas.

# CAPITULO I

## ANTECEDENTES DE ESTUDIO.

### 1.1. Antecedentes Internacionales

Cinfuentes y Dussan (2012) “realizaron una investigación titulada Correlación entre las habilidades académicas de lectura y escritura y el desempeño neuropsicológico en una muestra de niños y niñas con TDAH, con el objetivo de correlacionar el desempeño neuropsicológico con las tareas de habilidades académicas de lectura y escritura, cruzando las variables correspondientes a las habilidades académicas de lectura y escritura contra el proceso de atención, el proceso de memoria y el desempeño en funciones ejecutivas se trabajó con una muestra de niños y niñas escolarizados de entre 6 y 14 años con diagnóstico de TDAH y se llegó a la conclusión que se confirmó el valor predictivo que tiene el desempeño de los niños y niñas en la evaluación de algunas variables neuropsicológicas, en sus posibilidades de funcionamiento escolar y en su nivel de apropiación y desempeño académico.

Zuñiga (2013) realizó una investigación titulada Rendimiento Académico en Escolares con Déficit de Atención/hiperactividad en una Muestra de colegios de la Ciudad de Bogotá con el objetivo de determinar el riesgo de fracaso escolar, mal rendimiento académico, en niños con TDAH en comparación con una cohorte de niños sin TDAH se realizó con una población de dos colegios en ciudad Bolívar se seleccionaron niños con TDAH (expuestos) y sin síntomas TDAH (no expuestos) por medio de encuestas (criterios DSM IV), escala de Conners padres y maestros, se realizó el test de goodenough. Se revisaron las calificaciones de los años lectivos 2011 y 2012 se llegó a la conclusión que demuestra mayor riesgo de bajo rendimiento escolar y fracaso escolar en los niños con TDAH. Adicionalmente los niños con TDAH obtuvieron calificaciones significativamente más bajas predominio en matemáticas, español e inglés.

Por otra parte, Sánchez y Herrera (2007) realizaron un trabajo de investigación que titula el alumno hiperactivo y su funcionamiento en el ámbito

académico” con el objetivo de determinar la relación existente entre TDAH y dificultades en el funcionamiento académico con una población de 50 estudiantes. Estos investigadores dieron utilidad a dos instrumentos en ellas indican que los alumnos con DAHI presentan mayores niveles de inadaptación escolar y déficit de resultados académicos además de eso nos indica que en una población, de género se obtuvo como resultado que los varones presentan mayor porcentaje de DAH. En conclusión, la hiperactividad se asocia con un funcionamiento académico negativo en el alumnado que lo presenta.

## **1.2. Antecedentes Nacionales**

García (2012) realizó una investigación titulada Déficit de Atención con o sin Hiperactividad en alumnos del nivel primario de una Institución educativa de Ventanilla Callao- Lima con el objetivo de conocer las características del Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad se utilizó el método descriptivo, y con una población de nivel primario de ambos sexos del primer al sexto grado, de una Institución educativa de Ventanilla con edades entre 6 y 14 años y que evidenciaban características del TDAH, la muestra fue intencional se utilizó el cuestionario de Connors creada por Keith Connors en (1969) (versión abreviada), se llegó a la conclusión que el trastorno por déficit de atención TDAH se presentaba con mayor frecuencia en varones, entre los 6 a 7 años, mientras que en las mujeres se halló una leve sospecha. Es probable que la falta de concentración y la incapacidad de enfocar la atención, en los varones con TDAH, pudiera dificultar el logro de los aprendizajes más que en las mujeres con sospecha de TDAH.

Montañez (2015) realizó investigación titulada trastorno de déficit de atención y el rendimiento académico de los alumnos del primer y tercer de secundaria de la I.E 3091 UGEL 02 Los Olivos, con el objetivo de establecer la relación o correspondencia entre el trastorno de déficit de atención y el rendimiento académico con una muestra de 81 estudiantes de la institución educativa Huaca de Oro 3091 UGEL 02 con la metodología descriptiva y correlativa, se llega a la conclusión de que sí hay relación entre las variables estudiadas y que el déficit atención afecta el rendimiento académico.

## CAPÍTULO II

### CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Gonzales, E. (2006) indica que “El aprendizaje es un elemento muy importante para el desarrollo de las personas en sociedad. Por tal razón, los maestros deben buscar la forma de que los niños con TDAH, obtengan un mejor aprovechamiento académico.

Según Begge, M. (1986):

Aprendizaje es el proceso por el cual los hombres y los animales aprenden. Al aprender el individuo modifica su respuesta a uno o varios estímulos como consecuencia de las experiencias adquiridas en situaciones similares previas. Un ejemplo típico es el estímulo que causa una página escrita, el cual produce dos respuestas diferentes en el mismo individuo antes y después de haber aprendido a leer.

Vygotski y Scandar (2003) proponen que “lo que el niño puede hacer con la ayuda de un adulto podría ser significativo en su desarrollo mental”. (Gonzales, E. 2006, p.252).

Díaz, M. (2008) menciona que:

Para efectuar un diagnóstico diferencial más certero del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) —es necesario agregar a la evaluación de las variables conductuales que se realiza a padres y profesores, la apreciación de variables cognitivas como la atención, la impulsividad y el control inhibitorio.

Eliminando de esta forma los falsos positivos mediante instrumentos estandarizados de evaluación. Para analizar las discrepancias existentes entre la información proporcionada por los padres y la proporcionada por los profesores y determinar la eficacia que tiene una sencilla prueba de control inhibitorio en el diagnóstico diferencial del TDAH. (Gonzales, 2006)

## **2.1 Déficit de atención.**

Déficit (del latín deficēre, faltar) es la falta o escasez de algo que se juzga necesario. En lo que es déficit de Atención: La Asociación Americana de Siquiatría y la organización Mundial de la Salud han reconocido este síndrome de déficit atencional como:

Una condición desfavorable para el aprendizaje y la educación de los niños diagnosticados de acuerdo a la metodología correspondiente para detectar este problema. Es un síndrome neurobiológico, que afecta al individuo, el cual tiene como característica típica: falta de atención crónica, la cual es producida por la insuficiencia de Dopamina que es un neurotransmisor del cerebro. (Gonzales, 2006)

## **2.2 Atención.**

Es un proceso cognitivo básico, que prepara al individuo para la captación de contenidos de comprensión y concentrarse de manera persistente en una actividad concreta. Existen variedades de definiciones realizadas por diversos autores, algunos de los cuales consideran a la atención como la capacidad de aplicar voluntariamente el entendimiento a un determinado objetivo. (Gonzales, 2006)

Desde el punto de vista de la psicología, la atención no es un concepto único, sino que el hombre lo atribuye a diversos fenómenos. Habitualmente, se ha apreciado de dos maneras distintas, aunque relacionadas. Por una parte, la atención se le define como una cualidad de la percepción, haciendo referencia a la función de la atención como filtro de los estímulos ambientales. Mientras, que, por otro lado, la atención es entendida como el mecanismo que controla y regula los procesos cognitivos; desde el aprendizaje por condicionamiento hasta el razonamiento complejo. (Gonzales, 2006)

El estar atento (poner atención o prestar atención) tampoco es un comportamiento único del ser humano. Así, en las últimas décadas, la investigación psicológica ha mostrado una atención cada vez mayor por el papel de la cognición

en el aprendizaje humano, liberándose de los aspectos más restrictivos de los enfoques conductistas. También, el proceso del aprendizaje, se ha hecho hincapié en el papel de la atención, la memoria, la percepción, las pautas de reconocimiento y del lenguaje.

La atención según afirma (Vallejo Ruiloba, J. 1999):

“...Es un concepto teórico que comprende a su vez, tres conceptos derivados de las investigaciones psicofisiológicas: La alerta, como la respuesta comportamental fisiológica a la entrada de estímulos. La atención, como efecto selectivo, subsidiario del primero, respecto a la categorización de los estímulos. Y la activación o intención como una preparación o disposición psicológica (cognitiva) para la atención...”

En cuanto a algunas alteraciones de la atención descritas por Belloch, A. (1995) destaca la fatigabilidad como la modificación producida por el efecto de mantener la atención, acompañada por escasos rendimientos y la abundancia de errores. La Indiferencia atencional: Término que se designa a una considerable falta de atención para interesarse por los acontecimientos.

Para comprender perfectamente la atención selectiva y la tónica según lo descrito por Strickland (2001) el cual manifiesta, que este proceso cognoscitivo se deberá de considerar, toda la información que pueda estar disponible tanto de forma interna como externa, en donde solamente una pequeña fracción podrá ser procesada por nuestro sistema.

Sin embargo, se debe de precisar lo expresado por Allegri y Drake (2000) quienes consideran que:

La atención también abarca, la vigilancia en general. En donde se subrayan la atención tónica la cual, se encarga de la vigilancia y de la concentración. Mientras, que la atención selectiva, estaría relacionada con su direccionalidad. Igualmente, la capacidad de dirigir el foco de atención hacia los aspectos relevantes del espacio sensorial. La psicología cognitiva aplicada a la educación se ha preocupado



principalmente de los procesos de aprendizaje que tienen lugar en cualquier situación de instrucción, incluida la sala de clases.

Sin embargo, la psicología educacional aplicada a la sala de clases, debe ocuparse también de factores tales como los procesos emocionales y sociales que tienen lugar en la escuela. Así, a la hora de analizar los procesos que ocurren en la sala de clases, es importante complementar los enfoques cognitivos con otros que permitan tener una visión integral del alumno en situación escolar.

Según Funez y Lupiáñez (2003) en la teoría atencional de Posner, (1994) se pueden distinguir tres funciones atencionales:

La orientación espacial, la alerta y el control cognitivo. Desde sus inicios, el estudio científico de la Atención, se ha distinguido por un marcado énfasis en refinar qué se entiende por atención, y para ello normalmente se ha alejado de concepciones demasiado unitarias. Las concepciones teóricas actuales sobre atención, se distinguen entre variedades atencionales.

El estudio de la atención ha sido abordado desde varios supuestos metafóricos. Ha sido tratada como si representara un filtro (Broadbent, 1958), esfuerzo (Kahneman, 1973), recursos energéticos (Shaw y Shaw, 1977), como un proceso de control de la memoria operativa (Shiffrin y Schneider, 1977), como un foco de linterna (Posner, 1980), como conexión o pegamento entre diversas características de los estímulos (Treisman y Gelade, (1980), como un zoom (Eriksen y St. James, 1986), como un ejecutivo central (Baddeley y Hitch, 1974), un cuello de botella (Pashler, 1998) y como un proceso de selección más una actividad preparatoria, esto es, como un semáforo y/o una radio FM (La Berge y Brown, 1989). Comentado por Emilio Gómez Milán universidad de Granada.

### **2.3 El enfoque Tomatis.**

Es un enfoque basado en la experimentación con niños con Déficit Atencional (con o sin hiperactividad), lo que, según él, comprueba que ellos presentan

características comunes con otros problemas de aprendizaje, es decir, poseen una pobre capacidad de escuchar.

Se asume este enfoque, porque llama la atención, cómo los investigadores escrudiñan las partes internas de un paciente y también el ambiente donde se desarrollan lo cual influye notablemente como parte externa para llegar a un tratamiento y encontrar los lazos que unen ciertas características que poseen este tipo de trastorno y, me da luces para buscar las formas de hablarles a los alumnos al oído derecho cuando tiene déficits atencionales. (Gonzales, 2006)

Para Santiago (2008):

Las investigaciones de Tomatis (1956) demuestran que estos bloqueos de la capacidad de —escuchar son totalmente consecuencia de un mecanismo de defensa activado en algún momento de la vida en que el deseo de escuchar se vio afectado por alguna situación traumática que llevó a la persona a cerrar su oído para protegerse. Según Tomatis este deseo de escuchar nace en la vida intrauterina y es resultado directo del vínculo sonoro-emocional que el feto entabla con su madre a partir del cuarto mes de embarazo, especialmente con su voz.

De la calidad de ese vínculo; del amor y del genuino deseo de maternidad dependerá la calidad y la intensidad del apetito de escuchar, de vivir y de comunicarse con el mundo. Durante los primeros años de vida manifiesta Tomatis el deseo de escuchar se halla en estructuración y es muy vulnerable a los conflictos emocionales y afectivos; así, por ejemplo: un tratamiento hospitalario o una ausencia prolongada de la madre o un clima de tensión en la familia, pueden ser resentidas como abandono o vividas traumáticamente y llevar al niño a no querer seguir escuchando, a cerrar sus oídos. (Gonzales, 2006)

Este bloqueo de la capacidad de escuchar se materializará en una respuesta orgánica, psicosomática, a nivel del oído y toda la comunicación se verá afectada: consigo mismo y con el mundo, lo cual están estrechamente relacionados con ciertas disfunciones de la capacidad de escuchar:

- Disarmonía o inmadurez vestibular.
- Excesiva sensibilidad de la conducción ósea
- Una inadecuada lateralización auditiva.

De acuerdo con uno de los pioneros de la integración sensorial, Ayres (2001) manifiesta que todos nuestros sentidos deben trabajar concertadamente. En otras palabras, el sentido del tacto, el olfato, el gusto, la vista y el oído; el movimiento físico y la conciencia corporal; todas ellas deben trabajar en perfecta armonía. (p.36)

Los sentidos recogen y envían la información al cerebro donde es interpretada y ordenada. Este proceso se llama integración sensorial. Cuando uno de nuestros sentidos no funciona correctamente el proceso de aprendizaje y nuestra calidad de vida se ve disminuida.

Para algunos niños la integración sensorial se desarrolla naturalmente, sin esfuerzo. Para otros, este proceso se dará de manera más desordenada causando múltiples problemas de aprendizaje, en el desarrollo y en el comportamiento. Según Jean Ayres (2001) estos problemas aumentan cuando el vestíbulo no funciona en forma correcta.

Ayres (2001) en su libro *El niño y la Integración Sensorial* escribe:

Una buena modulación de la actividad vestibular (transformación del movimiento en energía nerviosa) es muy importante para mantener la calma y el estado de alerta. El sistema vestibular también controla el nivel de estimulación de un sistema nervioso equilibrado. El hipo actividad del sistema vestibular contribuye a la hiperactividad y a la distractibilidad debido a la falta de su influencia moduladora.

#### **2.4 Existen maneras de estimular el vestíbulo.**

Según Aranibar (2012):

Los niños hiperactivos lo hacen moviéndose continuamente. Pero desafortunadamente no logran beneficiarse con esta estimulación pues el vestíbulo no es

capaz de transformar ese movimiento en una auténtica motivación para el cerebro. El Método Tomatis utiliza la música de Mozart para estimular el vestíbulo y los resultados fueron enormes.

Bajar el nivel de sensibilidad de la conducción ósea, para comprender bien este objetivo es necesario saber que los huesos y nuestra piel escucha y son sensibles al sonido. No se siente sólo con nuestros oídos.

Para Aranibar (2012):

Las personas con algún tipo de Déficit Atencional escuchan demasiado por conducción ósea. Escuchan primero con el cuerpo y luego con sus oídos. En consecuencia todos los sonidos van directamente al oído interno sin pasar por algún filtro protector que amortigüe la intensidad y que elimine los sonidos de fondo o indeseados. Esto explica la permanente reactividad de estas personas, ya que están expuestos e indefensos a todos los sonidos del ambiente debido a que han perdido la habilidad para focalizar un sonido o dejar fuera un ruido de fondo.

Otra función de la conducción ósea es avisar que hay un sonido que está entrando. Por ejemplo: cuando se quiere hablar a alguien y desear que ponga atención, se le da un golpecito en la espalda y se le dice oye, escucha. La función de la conducción ósea es la misma: le dice al oído, oye, escuchall Corrección de problemas de lateralidad auditiva.

Para sorpresa de muchos, afirma Martínez (2009) Tomatis identificó que existe un oído dominante. En algunos domina el oído derecho, en otros el izquierdo. La ventaja de tener el oído derecho dominante es que este procesa más rápido la información que el oído izquierdo. Por esta razón la gente que tiene oído derecho dominante parece siempre poner mejor atención.

Tomatis (1998) indica que:

El oído derecho procesa la información más rápido porque la envía directamente al hemisferio izquierdo del cerebro, el cual se especializa en procesar el

lenguaje. En cambio, el oído izquierdo envía la información al lado derecho del cerebro que no puede procesar lenguaje.

La información debe ser entonces redirigida al hemisferio derecho vía el cuerpo calloso. Debido a que hay un largo camino por recorrer la información llega con atraso. Las personas con oído izquierdo dominante tienen que correr tras la información todo el tiempo. (Gonzales, 2006)

No solo la información es lenta sino además es incompleta. En la transferencia del hemisferio izquierdo al derecho ciertas frecuencias altas son perdidas. Y como se vio antes, estas frecuencias son claves para distinguir algunos sonidos similares como por ejemplo B y P.

Las personas con oído izquierdo dominante no solo tienen que correr detrás de la información, sino que también deben recomponer un mensaje incompleto. (p.72)

## **2.5 Trastorno de hiperactividad con déficit de atención**

De acuerdo con Bakker y Rubialesm (2009):

Es un problema causado por la presencia de 1 o más de estas condiciones: no ser capaz de concentrarse, ser hiperactivo o no ser capaz de controlar el comportamiento. El trastorno de hiperactividad con déficit de atención (THDA) a menudo comienza en la niñez. Sin embargo, puede continuar en la adultez. El THDA se diagnostica más a menudo en niños que en niñas.

El Trastorno por Déficit de Atención afecta aproximadamente del 5-7% de la población en edad escolar. Se caracteriza por la falta de atención, la escasa regulación del nivel de actividad ante las demandas situacionales y la impulsividad. Si bien se manifiesta en conductas consideradas comunes en la infancia, su frecuencia e intensidad las hace inadecuadas para la edad mental del niño, de tal forma que interfieren de manera negativa en su aprendizaje y/o comportamiento deteriorando su calidad de vida. (Bakker y Rubialesm, 2009):

## **2.6 Déficit de atención**

Para Castellanos y Acosta (2004):

Son muchos los investigadores que indican que la inatención es el síntoma fundamental de la hiperactividad. Este aspecto ha sido estudiado en numerosas investigaciones y, actualmente, desde el ámbito neuropsicológico, se acepta la hipótesis sobre el papel que desempeña la corteza prefrontal en este trastorno.

Se sabe que esta estructura anatómica de nuestro cerebro está implicada en el funcionamiento de habilidades mentales de orden superior, entre las que se incluyen la atención, teniendo la corteza prefrontal derecha de los niños con TDAH menor tamaño que lo normal.

## **2.7 Actividad motora excesiva**

En sentido restringido, para Herrera y Gutiérrez (2003):

El término hiperactividad es utilizado para referirse a un síntoma o pauta de conducta específica, que se manifiesta a través de un movimiento corporal constante y desorganizado sin que exista un fin específico, de ahí, que estos alumnos sean catalogados como muy nerviosos, inquietos e impacientes. Sin embargo, es en los lugares y ambientes más estructurados, como el aula, donde se produce este exceso de actividad motora, mientras que en ambientes más relajados (p.ej. durante el juego) es cuando esta agitación disminuye. A esta actividad excesiva se asocian déficits en la motricidad gruesa, que estarían relacionados con problemas en la adquisición del esquema corporal, y en la motricidad fina.

## **2.8 Impulsividad**

La dificultad para controlar los impulsos y postergar la satisfacción inmediata de los deseos es la tercera de las características del TDAH. Por ello estos alumnos presentan bajo nivel de tolerancia a la frustración y un deficiente autocontrol. Una de las consecuencias que se deriva de este síntoma es la limitada capacidad de estos niños para conocer las consecuencias de sus acciones, que les lleva a interrumpir

los actos de otras personas y a tener comportamientos peligrosos, en la mayoría de veces desobedeciendo a los adultos (Herrera-Gutiérrez et al., 2003). De lo anterior se deduce la naturaleza compleja del TDAH y la necesidad de un acercamiento multidimensional a la evaluación y tratamiento del mismo. Actualmente, existe la coincidencia entre los autores en que el diagnóstico del TDAH exige una aproximación clínica, haciendo uso de diferentes procedimientos de evaluación que incluyan, además del examen médico y psicológico, la utilización de escalas de estimación conductual, la evaluación psicoeducativa y las observaciones en la escuela. (Miranda et al. 1998; López et al., 2004).

## **2.9 Dificultades de aprendizaje y rendimiento académico en niños con TDAH**

El campo de las dificultades de aprendizaje (DA), debido a una necesidad social y educativa, ha experimentado un crecimiento importante en la última década. La heterogeneidad de esta categoría dificulta enormemente la comprensión de su naturaleza, su conceptualización así como su clasificación y estudio, de ahí que en esta investigación se tengan en cuenta los resultados académicos (reflejados 582 en las notas) en las áreas de Lengua y de Matemáticas, por constituir los pilares esenciales de nuestra educación. La concepción desarrollada en Europa considera las DA equivalentes a Necesidades Educativas Especiales. (NEE). (Castellanos y Acosta, 2004).

Esta concepción está plenamente asumida en España, tal y como queda recogido en la ley educativa vigente (LOE, 2006), en la que se usan indistintamente ambas expresiones. De esta forma, como apunta Meliá de Alba (2008), las dificultades de aprendizaje se entienden como un desajuste entre las necesidades del alumno y los recursos docentes, enfatizándose su carácter interactivo al considerar que el problema puede estar en el alumno y/o en la enseñanza. La ocurrencia del TDAH paralelamente con dificultades de aprendizaje ha sido una de las cuestiones que más interés ha suscitado en los últimos años. No obstante, son escasos los estudios que han examinado el posible impacto del TDAH en el rendimiento académico. Tanto los padres como los profesores de niños pre-escolares con hiperactividad observan las primeras dificultades en el aprendizaje, sus olvidos, problemas de conducta, falta de

conciencia de normas, algunas dificultades en las destrezas motoras y los déficits atencionales que se van haciendo cada vez más evidentes, lo que los lleva a obtener peores resultados. (López et al., 2004).

Según Barkley (2002, 2006, 2008):

El bajo rendimiento académico y el fracaso escolar son comunes entre los niños hiperactivos y una de las preocupaciones más frecuentes de los padres. Esto suele ser la consecuencia de la impulsividad, los problemas de atención, otros elementos psicopatológicos asociados, la calidad de los refuerzos ambientales y la propia capacidad para desarrollar mecanismos compensadores.

No resulta extraño que, debido a las dificultades atencionales, de memoria y control ejecutivo, muestren un peor rendimiento escolar, con calificaciones más bajas, y un mayor porcentaje de casos que precisan recibir apoyo educativo especial. El bajo rendimiento académico de los niños con hiperactividad se asocia primordialmente a dificultades específicas en el aprendizaje de la lectura, la escritura, las matemáticas y la solución de problemas. (Castellanos y Acosta, 2004):

En un reciente estudio sobre las dificultades de aprendizaje de las matemáticas en niños con TDAH (Meliá de Alba, 2008), se analizaron procesos cognitivos, creencias hacia las matemáticas, habilidades metacognitivas y tareas de conocimiento aplicado (cálculo aritmético y problemas de la vida real). En lo que se refiere a los procesos cognitivos sólo aparecieron diferencias significativas en el déficit atencional y en el control inhibitorio, al contrario de lo que ocurrió con las creencias que no indicaron diferencias negativas significativas con respecto al resto del alumnado. (Castellanos y Acosta, 2004)

En cuanto a las habilidades metacognitivas, sólo apareció como un factor influyente en el rendimiento el control sobre estas habilidades. Y por último, tampoco mostraron efectos significativos el cálculo aritmético y los problemas de la vida real. Por todo ello, y ya que no parece concluyente la presencia de TDAH para el fracaso en el área de las matemáticas, se propone en este estudio analizar este aspecto.

En otro trabajo reciente Rosich y Casajús (2008), se analizaron los errores de ejecución en las operaciones matemáticas, indicando que una de las dificultades



más frecuentes que presentan los alumnos con TDAH con respecto al resto de alumnos son los problemas de organización espacial en la colocación de las cifras.

Rosich y Casajús atribuyen estos problemas a la impulsividad y falta de atención de estos alumnos a la hora de colocar las cifras en el lugar correspondiente, mostrando una caligrafía poco limpia y difícil de reconocer. Por otra parte:

Un aspecto importante para el aprendizaje de las matemáticas, aunque han sido pocos los estudios llevados a cabo a este respecto, es la memoria, y especialmente la memoria de trabajo, la cual parece ser deficitaria en los alumnos con TDAH, no mostrando sin embargo dificultades o déficits en la memoria a corto plazo (Miranda, Meliá de Alba, Marco, Roselló y Mulas, 2006).

Al parecer, el rendimiento en el área de Lengua de los estudiantes con TDAH, que también se analiza en el presente trabajo, podría verse igualmente afectado por la presencia de este trastorno.

Los datos disponibles sobre el rendimiento lector señalan que los alumnos con TDAH superan a la población normal, por un lado, en la media de errores de acceso al léxico aunque las diferencias no llegan a ser significativas y, por otro lado, en lentitud lectora y falta de exactitud lectora, lo que podría relacionarse con la ausencia de control inhibitorio y esfuerzo mental necesarios, propia de estos alumnos (Miranda, García y Jara, 2001).

Otros estudios han relacionado el trastorno con problemas del lenguaje, habiéndose destacado como aspecto importante a tener en cuenta en las dificultades de lectura y escritura la conciencia fonológica, un tipo de procesamiento en el que los alumnos con TDAH presentan en general peores habilidades (Miranda, Ygual, Mulas, Roselló y Bó, 2002). La inadaptación escolar y su relación con el TDAH La adaptación hace referencia a la capacidad para modificar una conducta en respuesta a las cambiantes exigencias del ambiente.

Para Hernández (1990), autor del Test Evaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI), la considera como:

Un criterio operativo y funcional de la personalidad, indicador de hasta qué punto los individuos logran estar satisfechos consigo mismos y sus comportamientos son adecuados a los requerimientos de las distintas circunstancias a las que se enfrentan”. De este modo, cuando el comportamiento del individuo se corresponde con sus propósitos o con las expectativas de los demás se puede hablar de adaptación. Por lo tanto, “el criterio de inadaptación lo determina la desviación de su comportamiento respecto a las propias expectativas o a las dominantes en su ambiente” (Hernández y Jiménez 1983).

De acuerdo con Hernández (1990) y la conceptualización que hace de las variables que forman parte del test citado anteriormente, la inadaptación escolar está representada tanto por factores de inadaptación externa como es la baja aplicación en el aprendizaje y las conductas de falta de disciplina en la escuela, como por actitudes aversivas hacia el profesor, la clase y el colegio, y desmotivaciones hacia el estudio y el saber.

Comparados con los niños sin TDAH, los alumnos con este trastorno presentan mayores dificultades para adaptarse al medio académico, tienen más dificultades en las relaciones con sus iguales y sus profesores, y muestran más conductas indicadoras de mayor inadaptación escolar, sobre todo los subtipos TDAH/HI y TDAH/C; siendo los niños pertenecientes al grupo TDAH/I los que presentan mayores niveles de adaptación al ámbito escolar (Roselló, Abad y Pitartch 2002; López et al., 2003). Estos datos coinciden con los de un estudio posterior realizado en Latinoamérica (Lewis, Cuesta, Ghisays y Romero, 2004), que también ha constatado la existencia de diferencias significativas entre niños con y sin TDAH en inadaptación escolar, obteniendo mayores puntuaciones los primeros.

## CAPÍTULO III

### CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Muchos de los profesionales que trabajan en el campo de la psicopatología infantil utilizan el término hiperactividad para referirse a un cuadro de síntomas de base neurológica que muy bien podría degenerar en problemas importantes. El mismo está muy lejos de tener relación con lo que muchos padres y maestros piensan sobre estos niños. Les califican de niños traviosos y malcriados; piensan además que sólo en algunos de los casos la aparente incorregibilidad de los niños podría estar asociada a problemáticas con la conducta. (Domínguez, 2011)

Según el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIV) (1994) de la Asociación Americana de Psiquiatría (por sus siglas APA), el trastorno de déficit de atención e hiperactividad es uno de tipo neurobiológico, el cual provoca la desatención de destrezas importantes para el desarrollo académico, social, emocional y físico.

#### **3.1 Característica principal**

La característica principal del déficit es un patrón persistente de desatención e hiperactividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Según el doctor García Castaño (2001):

El TDAH es un trastorno del desarrollo de naturaleza biocomportamental, que constituye un desorden biológico con amplias repercusiones en la conducta del que lo padece. Se trata de uno de los trastornos que se inician en la niñez, y su aparición varía de persona a persona.

Se considera un desorden biocomportamental lo que, en palabras sencillas, significa una perturbación de la conducta, la que tiene un origen biológico. No presenta

síntomas suyos exclusivos. Sus manifestaciones forman parte de conductas que presentan todos los individuos; aunque la frecuencia e intensidad varían de individuo a individuo. Es un trastorno heterogéneo; esto quiere decir que la manifestación de los síntomas no es igual entre las personas que lo padecen. (Domínguez, 2011)

De hecho, rara vez una persona presenta la totalidad de los síntomas. Esta particularidad tan especial ocasiona manifestaciones diversas del mismo desorden. Orjales Villar (2002), en su libro *Déficit de Atención e Hiperactividad: Manual para Padres y Estudiantes*, define el déficit como:

Un trastorno del desarrollo concebido como retraso en el desarrollo, que constituye una pauta de conducta persistente, caracterizada por inquietud y falta de atención excesiva, y que se manifiesta en situaciones que requieren inhibición motora. Estas suelen aparecer entre los dos y los seis años y comienza a remitir durante la adolescencia.

### **3.2 Problemática a cerca del trastorno**

Hallowel y Ratey (2001) definen el trastorno como “un síndrome neurológico cuya tríada clásica de síntomas incluye la impulsividad, distracción e hiperactividad o exceso de energía. Sostienen los autores en su libro *TDA: Controlando la Hiperactividad, Cómo superar el déficit de atención con hiperactividad (ADHD) desde la infancia hasta la edad adulta*, que en la actualidad alrededor de quince millones de estadounidenses padecen el trastorno y que la mayoría lo desconoce”. También argumentan que la condición se da en niños, adultos, hombres, mujeres, en todos los grupos étnicos y estratos socioeconómicos, independientemente del nivel educativo y del nivel de inteligencia del individuo.

Para Delgado Castro (2003):

De la cantidad mencionada, más de dos millones son niños menores de 18 años, aunque debe tenerse en cuenta que la etiqueta de TDAH es relativa. Según el *Childrens and Adults with Deficit and Attention Disorder (CHADD)*, el trastorno de déficit de atención e hiperactividad se define como una condición médica, de base

psiquiátrica y neurológica que afecta de un tres a un nueve por ciento de los niños de edad escolar.

El trastorno interfiere con las diversas áreas del desarrollo social, emocional y cognoscitivo del niño, entre ellas: el área académica, las relaciones interpersonales, la autoestima y más tarde el funcionamiento ocupacional. Sus características principales son la impulsividad, la inatención y, en algunos casos, la hiperactividad inapropiada, si ésta es comparada con la etapa de desarrollo del niño. (Delgado Castro, 2003).

En un reportaje de la National Alliance for Mentally III, se define la condición como:

Un trastorno neurobiológico que está caracterizado por impulsividad, falta de atención y en algunos casos de hiperactividad que se manifiesta de manera inapropiada para la etapa del desarrollo del niño. Esta definición correlaciona en parte con la ofrecida por el Children and Adults with Deficit and Attention Disorder. (Parés Arroyo, 2003).

Gratch (2003), sostiene que en la actualidad:

La teoría explicativa respecto de la etiología sitúa la condición como un trastorno de la neurotransmisión de la corteza prefrontal, zona que desempeña un papel trascendental en la planificación y regulación de la conducta y sirve fundamentalmente para planificar y anticipar eventos futuros. El autor expresa que los sujetos que han padecido de lesiones en la corteza cerebral prefrontal, como por ejemplo encefalitis y traumatismos, se tornan inatentos, se distraen con facilidad, son impulsivos y están poco dispuestos a seguir las reglas establecidas en el hogar, la escuela y por la sociedad.

Lawlis (2004) define el déficit de atención con hiperactividad como:

Una condición en la que el cerebro del niño no funciona normalmente. No obstante, esto no implica una señal de inteligencia inferior; tampoco es un impedimento ni resulta en una personalidad dañada, tendencias criminales, conducta inmoral. Así mismo, no necesariamente supone un impedimento de aprendizaje, ni una marca de inmadurez mental; aunque tales condiciones puedan coexistir con el trastorno.

La mayoría del tiempo, los problemas del trastorno se relacionan con el funcionamiento del cerebro a escalas bajas. Russell A. Barkley (2002), en su libro Niños Hiperactivos: Cómo comprender y atender sus necesidades especiales, define el TDAH como un trastorno del desarrollo del autocontrol que engloba problemas para mantener la atención y para controlar los impulsos y el nivel de actividad. (Domínguez, 2011)

Por lo general, se nota deterioro en la voluntad o la capacidad del niño para controlar su conducta a lo largo del tiempo y para mantener su mente en las metas y consecuencias futuras. Argumenta el autor que el déficit de atención es un trastorno real y un verdadero problema que a menudo se convierte en un obstáculo ya que llega a ser angustiante, se torna en una situación que altera los nervios del que la padece, así, como los que viven cerca de éste. (Domínguez, 2011)

El autor considera que existe una alteración en el cerebro del que padece el trastorno, lo que causa el movimiento constante y otras conductas que algunas personas consideran intolerables.

Barkley, (2002) señala que el déficit de atención sin hiperactividad (por sus siglas TDA), generalmente es descrito como un niño miedoso, ansioso y que parece estar soñando despierto o en la luna. Los padres los describen cómo niños aletargados, perezosos o lentos en sus movimientos y cuyas características no están de ninguna manera vinculadas a la hiperactividad.

Lawlis (2004) establece una diferencia entre lo que es el trastorno del déficit de atención (sin hiperactividad) y el trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Sostiene el autor que el término trastorno de déficit de atención sin hiperactividad es conocido típicamente como la pérdida de las habilidades para mantener la atención, mientras que el trastorno de déficit de atención con hiperactividad se refiere a la conducta hiperactiva que a menudo es atribuida a la pérdida de concentración.

## CAPÍTULO IV

### ORIGEN DEL TRASTORNO

Se ha encontrado evidencia que refleja que el déficit de atención e hiperactividad no se origina en el ambiente familiar, sino que es debido a causas biológicas. La evidencia sostiene que se relaciona más con factores de riesgos neurobiológicos que con factores psicosociales. Esta diferencia resulta arbitraria, ya que los factores neurobiológicos y psicosociales están en continua interacción en la formación y el desarrollo del ser humano. (Domínguez, 2011)

Aunque se plantea que los factores neurobiológicos y psicosociales están en continua interacción, la realidad es que no existe una relación clara entre la experiencia que vive el niño en el hogar y su medio ambiente y el déficit de atención e hiperactividad. Por lo tanto, no todos los niños que provienen de hogares disfuncionales o inestables presentan las características del déficit. (Bauermeister, 1997).

#### **4.1 Bases neurológicas**

Ha sido en los últimos 10 a 15 años que hallazgos más directos apoyan las bases neurobiológicas. En los estudios en que se señalan diferencias en la estructura de áreas particulares en el cerebro, no existe evidencia de daño cerebral como tal, sino anomalías en el desarrollo del cerebro en la región anterior del lóbulo frontal, cuyas causas se desconocen. Ningún estudio encontró evidencia de daño cerebral. (Gonzales, 2006).

Revisiones de literatura sugieren que el daño cerebral se relaciona con menos del cinco por ciento de niños hiperactivos (Barkley, 1998). Con relación a las causas hereditarias y no hereditarias del TDAH, estudios demuestran que los familiares, usualmente el padre, un tío o abuelo del niño que padece del déficit de atención e hiperactividad actuó de la misma manera durante su niñez.

De acuerdo con Barkley (2002), aproximadamente 40 por ciento de todos los jóvenes con TDAH, tienen por lo menos un familiar con esta condición. Esto hace del TDAH un desorden de la niñez que con mayor frecuencia se vincula a factores hereditarios, según el Manual de diagnóstico y estadístico de los desórdenes mentales (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APS).

Bauermeister (2000), al igual que Scandar (2003), sostiene que no existe evidencia que correlacione los factores genéticos con el TDAH, ya que no se ha podido comprobar que el TDAH sea el resultado de una estructura cromosómica anormal, como ocurre en el “Síndrome de Down”. Diversas investigaciones han encontrado una mayor incidencia de patología en los padres y otros familiares de niños con este trastorno. La evidencia recopilada con relación a los hermanos de niños con TDAH demuestra que un 32 por ciento de éstos puede tener la condición. Estudios apoyan consistentemente la hipótesis de que en algunas familias la condición es heredada.

Estas investigaciones han demostrado, además, que del 10 al 35 por ciento de los familiares cercanos a niños con el diagnóstico tienen una probabilidad alta de tener la condición. Por otro lado, se repite el hallazgo de que en un 32 por ciento es probable que hermanos tengan el desorden. (Gonzales, 2006)

Los niños adoptados que han sido diagnosticados con el déficit tienden a parecerse más a sus padres biológicos en su comportamiento, que a sus padres adoptivos. Es por eso, que en los casos de niños adoptados, éstos se asemejan a los padres biológicos en su nivel de hiperactividad y en el tipo de comportamiento que demuestran a lo largo de sus vidas (Bauermeister, 2000). Scandar (2003) sostiene que la gran mayoría de las investigaciones sugiere que el TDAH es altamente hereditario en su naturaleza, siendo este uno de los enfoques mejor fundados.

Levy, et. al. (1997), citado en Scandar (2003), sostienen que el TDAH es cuatro veces más frecuente en las familias en las que existe un miembro que adolece del mal; si se trata de gemelos idénticos, la frecuencia es aún más alta, lo que sugiere firmemente la validez de la hipótesis genética. En términos del déficit de atención e hiperactividad y su relación con la herencia y el ambiente se sabe que la mayoría de los especialistas acepta la existencia de un componente hereditario.



## **4.2 Déficit de atención y herencia**

Se ha obtenido información relacionada con la herencia en investigaciones con niños hiperactivos (adoptados y naturales), con hijos de distintos padres que conviven en una misma familia y con hermanos biológicos. Los resultados se mencionan a continuación: de un 20 a un 30 por ciento de los padres de niños hiperactivos manifestaron conductas de este tipo durante la infancia; existe una mayor incidencia de hiperactividad en hermanos de hiperactivos que entre hermanos de niños que no tienen la condición; la hiperactividad es más común entre varones hijos de ambos padres que de padres distintos; y, por último, los padres coinciden en describir las características propias de la hiperactividad con mayor frecuencia en los gemelos idénticos que en los llamados mellizos. (Orjales, 2002).

Stevenson (1992) citado en Bauermeister, (2000), encontró en su estudio con 520 gemelos que aproximadamente el 50 por ciento de la varianza asociada a la hiperactividad y falta de atención respondía al factor hereditario, mientras que el 30 por ciento parecía responder a factores ambientales. Otros estudios con gemelos han provisto información que implica que los factores genéticos tienen un papel importante en la transmisión del comportamiento sobre activo y de inatención.

Los gemelos idénticos que comparten los mismos genes tienen una probabilidad mayor de compartir el diagnóstico de déficit de atención e hiperactividad que gemelos fraternos que sólo comparten la mitad de los genes o que otros hermanos no gemelos. Barkley (2002) sostiene que los estudios que aportan evidencia clara de que el TDAH podría ser hereditario determinan el riesgo de que otros miembros de la familia padezcan el trastorno si alguno de ellos lo presenta.

En un estudio publicado en 1990, evaluaron 457 parientes de primer grado (padres, madres y hermanos) de 75 niños con el trastorno y compararon sus resultados con los que obtuvieron de la evaluación de los familiares de 26 niños del grupo control y 26 niños con otros trastornos psiquiátricos que no fuera el TDAH. Encontraron que aproximadamente un 25 por ciento de los parientes de primer grado de los niños con el trastorno presentaban TDAH, mientras que la tasa en los familiares de los grupos control

era sólo del 5 por ciento. Además, observaron que si un niño tiene TDAH, hay un incremento del 500 por ciento en el riesgo de que los otros miembros de la familia puedan presentarlo. Otros estudios han encontrado resultados semejantes a los mencionados.

Barkley, (1999) sostiene que cuando los sistemas cerebrales funcionan inadecuadamente, como es el caso de los niños con TDAH, los niveles de autocontrol y de la fuerza de voluntad se ven imposibilitados. Es decir, que el autocontrol y la fuerza de la voluntad se convierten en un agente poderoso para que un niño con TDAH pueda controlarse a sí mismo. Utilizar el autocontrol para dirigir nuestra conducta hacia el futuro y el logro de las metas que se ha propuesto, es una gestión puramente humana. Los niños que padecen TDHA sufren de un deterioro en el desarrollo de esta facultad.

## CAPÍTULO V

### CAUSAS DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Según, Rief (1999), son múltiples las causas a las que se le atribuye incidir sobre el trastorno de déficit de atención con y sin hiperactividad, algunas de las cuales se mencionan a continuación:

#### **5.1 Causas genéticas:**

Se sabe que el trastorno del déficit de atención tiende a aparecer en determinadas familias. Un niño con este trastorno a menudo tiene un familiar que lo padece, quien podría ser uno de sus padres, un hermano, un abuelo u otro pariente con historial de conductas similares. (Gonzales, 2006)

#### **5.2 Causas biológicas/fisiológicas:**

Muchos médicos describen el déficit de atención con hiperactividad como una disfunción neurológica en el área del cerebro que controla los impulsos y contribuye a filtrar los estímulos sensoriales y enfocar la atención.

Estos profesionales sostienen que puede haber un desequilibrio o un déficit de dopamina, sustancia que transmite los mensajes neurosensoriales. La explicación es que cuando hay concentración, aparentemente el cerebro libera neurotransmisores adicionales, lo que nos permite aplicarnos a una cosa y bloquear los estímulos competitivos.

Las personas con el trastorno del déficit de atención presentarían un déficit de estos neurotransmisores.

- Complicaciones o traumas durante el embarazo o el parto.
- Envenenamiento por plomo.
- La dieta: algunos profesionales de la salud sostienen que la dieta y las alergias alimentarias están vinculadas a los síntomas del trastorno del déficit de atención con hiperactividad.

Aunque en la actualidad, las investigaciones no brindan respaldo a este planteamiento, existen defensores de esta teoría.

Es posible que estudios futuros arrojen más luz al respecto.

Exposición prenatal al alcohol y las drogas:

No pasa por alto el alto número de niños expuestos a drogas que están ahora en edad escolar. Estos niños suelen presentar un daño neurológico sostenido, y muchas conductas que se relacionan con el trastorno. Uno de cada diez recién nacidos en el estado de California ha estado expuesto a drogas durante el período de gestación.

La investigación científica no ha demostrado aún una relación causal entre la exposición prenatal a drogas y el TDA, pero los niños expuestos a drogas presentan déficits neurológicos y conductas que también son observadas en los niños con TDA. Durante el siglo XX, los investigadores han observado repetidamente similitudes entre el déficit de atención e hiperactividad y lesiones o daño del lóbulo frontal. Niños y adultos que sufren de daños en el área pre-frontal demuestran déficit de atención, inhibición, regulación de emoción, motivación y pobre capacidad de organizar conducta en situaciones que así lo requiere. (Barkley, 1998).

Scandar (2003) señala que la Organización Mundial de la Salud, órgano dependiente de la Organización de las Naciones Unidas, la cual publica Manual clasificador de los trastornos y enfermedades mentales (ICD-10) sitúa el Trastorno de déficit de atención e hiperactividad dentro del grupo de trastornos por estar caracterizado por el establecimiento temprano, combinación de hiperactividad, pobre modulación del comportamiento con marcada inatención y con una gran dificultad en la ejecución de tareas que requieren un compromiso persistente.

Las características centrales de la inatención e hiperactividad, ambos tipos de perjuicio, son necesarios para el diagnóstico y deben ser evidentes en más de una situación; por ejemplo, en la escuela, el hogar y la comunidad donde los niños viven. Sus características principales son la falta de persistencia en aquellas actividades que requieren un compromiso cognoscitivo y una 33 tendencia a moverse de una actividad a otra sin completar ninguna, desorganización y desequilibrio en los procesos de autorregulación y una actividad excesiva. (Gonzales, 2006)

Bauermeister (2000), en su libro *Hiperactivo, impulsivo, distraído ¿Me conoces?*, menciona seis criterios que podrían servir de marco de referencia para que los padres y maestros adquieran conocimientos sobre el trastorno y puedan detectarlo a tiempo:

- Dificultad para actuar de acuerdo a las reglas: no se trata de un patrón de conducta de rehusarse activamente a seguir las reglas verbal o físicamente; más bien de lo que se está hablando es de una real dificultad para actuar de acuerdo a las instrucciones.

La dificultad lleva a pensar que los niños con la condición, sobre todo aquellos con hiperactividad, poseen una capacidad disminuida para responder en ausencia de consecuencias claras, frecuentes e inmediatas.

- Variación de la conducta de acuerdo a la situación: la conducta inatenta, hiperactiva o impulsiva características de los niños o adolescentes con el diagnóstico puede variar de acuerdo a las situaciones en que se encuentren. Investigaciones han demostrado que pudieran comportarse mejor cuando hacen tareas que disfrutan, cuando son supervisados o cuando esperan un premio por actuar o comportarse dentro de las normas establecidas en el hogar o la escuela. (Gonzales, 2006)
- Variabilidad e inconsistencia en su desempeño: los niños y adolescentes que reúnen los requisitos del diagnóstico por momentos se comportan dentro de las reglas, prestan atención a la clase, hacen los trabajos con cuidado y hasta podrían hacer los exámenes perfectos. No obstante, en otras ocasiones es todo lo contrario. La inconsistencia hace que padres y maestros piensen erróneamente que si logra hacerlo en ocasiones, muy bien podría hacerlo todo el tiempo. El niño poco a poco

puede llegar a verse a sí mismo como irresponsable, olvidando que no siempre puede hacer las cosas con rapidez y exactitud. (Gonzales, 2006)

- Dificultad para motivarse: se puede identificar como una barrera que se interpone entre el niño y los esfuerzos de los adultos para motivarlos mediante recompensas y castigos. Frecuentemente, el niño no quiere repetir la conducta inadecuada y tiene la intención de cumplir con las reglas establecidas, pero al rato o al día siguiente incurre en la conducta negativa nuevamente. (Gonzales, 2006)
- Demanda de atención: todos los seres humanos demandan atención, apoyo, cariño y consideraciones. A medida que se crece se aprende a no exigir tanta atención de los demás. En el caso de niños con déficit de atención e hiperactividad, estos parecen no poder desarrollar esta capacidad. El comportamiento sobre activo, la conversación continua, la manipulación, la insistencia de ser complacidos al momento, las rabietas y la tendencia a lucirse con los amigos o frente a otros adultos recurre, por lo que llaman o demandan la atención todo el tiempo de los adultos que son significativos en sus vidas. (Gonzales, 2006)
- Dificultad para persistir: se relaciona con una serie de características que tiene que ver con sostener el esfuerzo, posponer la gratificación y la tolerancia a los períodos de espera. Los niños y adolescentes con el déficit muestran dificultades para responder a incentivos que serán ofrecidos a largo plazo, necesitan las recompensas de inmediato y con una frecuencia mayor. (Gonzales, 2006)

## **Sintomatología**

Típicamente, según información del Childrens and Adults with Deficit and Attention Disorder (CHADD), los síntomas del trastorno surgen en la niñez temprana, a menos que estén asociados a algún tipo de daño cerebral que pueda detectarse más adelante en la vida de éstos, algunos de los síntomas persisten hasta la adultez y pueden representar retos durante toda la vida. Según el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV (1994), de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), en el los síntomas del déficit se pueden clasificar en tres tipos o grupo de características que se mencionan a continuación:

- Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH/TDA) del tipo predominante inatento, el primero de los tres tipos, cuyos síntomas son los siguientes: inhabilidad para prestar atención a los detalles o comisión de comete errores por descuido, dificultades para sostener la atención, inatención aparente al escuchar, dificultad para seguir instrucciones, dificultad para organizar, evasión de las tareas que requieren esfuerzo mental sostenido, distracción recurrente y olvido de actividades diarias. (Gonzales, 2006)
- El trastorno de déficit de atención del tipo predominantemente hiperactivo – impulsivo, segundo tipo cuyos síntomas son los siguientes: juguetea con las manos o con los pies o se retuerce en la silla, presenta dificultad para permanecer sentado, corretea o se trepa excesivamente, imposibilidad de participar calladamente en actividades gregarias, conducta impulsiva, como si estuviera impulsado por un motor, conversación excesiva, contestaciones abruptas antes de que se completen las preguntas, dificultad para esperar o hacer turno e interrupciones continua e intromisión en lo que otros están haciendo. (Gonzales, 2006)
- Por último, el trastorno de déficit de atención del tipo combinado, el tercero de los tipos: los niños presentan sintomatología de ambos grupos mencionados de inatención y de hiperactividad e impulsividad. Las estadísticas de Puerto Rico reflejan una tendencia ascendente en los últimos diez años; aún así se observa desinformación entre padres y maestros en relación a este diagnóstico, sus tres subtipos y las diferencias entre estos. (Nieves, Cabré y Ruiz, 2003).

## CONCLUSIONES.

**PRIMERA:** Es de mucha importancia que los docentes tengan un conocimiento claro de las definiciones y estudios que estén relacionados con los problemas de THDA, esto permitirá poder hacer comparaciones sobre casos y poder dar algunas recomendaciones

**SEGUNDA:** La característica principal del déficit es un patrón persistente de desatención e hiperactividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Según el doctor García Castaño (2001), el TDAH “es un trastorno del desarrollo de naturaleza biocomportamental, que constituye un desorden biológico con amplias repercusiones en la conducta del que lo padece. Se trata de uno de los trastornos que se inician en la niñez, y su aparición varía de persona a persona”.

**TERCERA:** Se ha encontrado evidencia que refleja que el déficit de atención e hiperactividad no se origina en el ambiente familiar, sino que es debido a causas biológicas. La evidencia sostiene que se relaciona más con factores de riesgos neurobiológicos que con factores psicosociales. Esta diferencia resulta arbitraria, ya que los factores neurobiológicos y psicosociales están en continua interacción en la formación y el desarrollo del ser humano.

**CUARTA:** Según, Rief, (1999), son múltiples las causas a las que se le atribuye incidir sobre el trastorno de déficit de atención con y sin hiperactividad, algunas de las cuales se mencionan a continuación: Causas genéticas; Causas biológicas/fisiológicas; Complicaciones o traumas durante el embarazo o el parto; Envenenamiento por plomo; La dieta; Exposición prenatal al alcohol y las drogas.



## **RECOMENDACIONES.**

Se recomienda lo siguiente:

- Dará a conocer las estrategias que se deben utilizar en el manejo de TDHA cuando se presenten en los estudiantes.
- Capacitar a los docentes y padres de familia en conocimientos relacionados a los problemas que se presentan en los estudiantes con TDHA.
- Realizar talleres con participación de padres, docentes y estudiantes para mejorar los problemas que se presenten en los niños.

## REFERENCIAS CITADAS:

- Affonso, M., Azevedo, C. (2013) *Medicalización y Patologización en la infancia: nuevas máscaras de la violencia*. disponible en <http://www.objetoscaidos.cl/wp-content/uploads/2013/10/Maria-Aparecida-Moyses-y-Cecilia-Lima-Collares.-Medicalizacion-y-patologizacion-en-la-infancia..pdf>
- Aguilar, M. (2014) Tesis Doctoral, *Implicaciones Jurídicas, Psicológicas y Criminológicas del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)*, disponible en <http://hdl.handle.net/10201/39913>
- Álvarez y Jurguenson (2013). (2013) *La patologización de la infancia (III). Problemas e intervenciones en las aulas*. Buenos Aires, Argentina: Noveduc.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV.TR*. Barcelona: Masson.
- Ancer, L., y Muñiz, M. (2013). *Una aproximación a las aportaciones del Psicoanálisis a la Psicología Escolar*. En: M. Muñiz y A. Kachinovsky (Eds.), *Itinerarios de la Psicología Clínica: avances, notas y encuentros de norte a sur* (pp. 2939). Ciudad de México, México: Tendencias
- Barrán, J. Bayce, R. Cheroni, A. de Mattos, T. Labisch, A. Moreira, H. y Viñar, M.(Eds) (1993) *La medicalización de la sociedad*. Montevideo. Ed: Nordan-comunidad
- Benasayag, L., (2007). *ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad ¿Una patología de mercado?* Noveduc Libros
- Bianchi, E. (2013) *La medicalización va a la escuela*. En Viñar, M., Vasen, J., Terzaghi, A., Stolkinar, A., Dueñas, G., Volnovich, J.,...Villani, A., (Eds) (2013) *La patologización de la infancia (III). Problemas e intervenciones en las aulas*. Buenos Aires, Argentina: Noveduc

- Carboni, A., (2011) *El trastorno por déficit atencional con hiperactividad*. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3; 95- 131 Disponible en: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/46>
- Corea, C., Lewkowicz, I., (2013) *¿Se acabó la infancia? Ensayo sobre la destitución de la niñez*. Editorial Lumen/Hvmanitas.
- Cristóforo, A., (2012) *Medicalización y déficit atencional. Construcción social de la subjetividad desatenta*, en: M. Muñiz y A. Kachinovsky (Eds.,) *Itinerarios de la psicología clínica: avances, notas y encuentros de norte a sur* (p.), Ciudad de México, México: Tendencias.
- Debenedetti, R. (2015). Trabajo final de grado. *TDAH y patologización de la infancia. ¿Niños rehenes de una globalización económica*. Recuperado de [http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg\\_ros\\_ella\\_debenedetti\\_.pdf](http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_ros_ella_debenedetti_.pdf).
- Fernández, A. (2012) *Trastorno por déficit de Atención y/o Hiperactividad. Abordaje multidisciplinar*. Recuperado de [http://www.fundacioncadah.org/web/doc/index.html?id\\_doc=123](http://www.fundacioncadah.org/web/doc/index.html?id_doc=123).
- Foucault, M., (2014) *El poder, una bestia magnífica*. Sobre el poder, la prisión y la vida. S XXI Editores Argentina S.A.
- Gorostiaga, A.; Soroa, M.; Balluerka, N.; (2016), *Conocimiento de los maestros sobre el TDAH: Relevancia de la formación y de las percepciones individuales*. *Revista de Psicodidáctica*, 2018, 21(2), disponible en <http://www.ehu.es/ojs/index.php/psicodidactica/article/download/14023/13571>.
- Gutiérrez, M. (2010) *Estudio comparativo del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia: Análisis de variables psicoeducativas*. disponible en <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/6642/1/18971829.pdf>.

- Leavy, P. (2013) “¿Trastorno o mala educación?” *Reflexiones desde la antropología de la niñez sobre un caso de TDAH en el ámbito escolar*. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v11n2/v11n2a16.pdf>.
- Lora (2008) *El trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad*. España: Molinero.
- Manual de Estadística y Diagnóstico de Desórdenes Mentales (DSM III) Organización Mundial de la Salud (CIE-10)
- Muniz, A. (2013). *Abordajes clínicos de las problemáticas actuales en la infancia*. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 135-154 Disponible en: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/issue/view/165/>.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, España: Panamericana.
- Ortega, F.; Barros, D.; Caliman, L.; Itaborahy, C.; Junqueira, L.; Ferreira, C. (2010). *A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 14, núm. 34, julio-septiembre, pp. 499-510.
- Portillo, J. (1993) *La medicina: el imperio de lo efímero*. En Barrán, J. Bayce, R. Cheroni, A. de Mattos, T. Labisch, A. Moreira, H. y Viñar, M. (Eds) (1993) *La medicalización de la sociedad*. Montevideo. Ed: Nordan-comunidad.
- Pou, V. (2015) Tesis de Maestría. *La función paterna: análisis y comprensión de su dinámica desde el vínculo parento-filial en niños que presentan TDAH*.
- Terzaghi, M., (2013) *El efecto epidemia. Algunas preguntas sobre el lugar de lo médico*. En Viñar, M., Vasen, J., Terzaghi, M., Stolkinar, A., Dueñas, G., Volnovich, J., Villani, A., (Eds) (2013) *La patologización de la infancia (III). Problemas e intervenciones en las aulas*. Buenos Aires, Argentina: Noveduc.
- Tomatis, A. (1998). *El oído y la vida, El oído y el lenguaje colección respuestas-salud*, ed. Robert Laffon en español (Le seuil) universidad de Valparaíso Chile [en línea} [el 26 de noviembre} [http://hiperactividadduen.tripod.com/thda\\_archivos/Hi](http://hiperactividadduen.tripod.com/thda_archivos/Hi).

- Tubert, S. (2010). *Observaciones sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid, (20), 6-. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3183667>.
- Vignoli, L. (2014) Trabajo final de grado. *Controversias sobre la prescripción de metilfenidato en niños con Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH)*, disponible en <http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/TFG%20Rosario%20Vignoli.pdf>.
- Zuluaga, J. (2007) *Evolución en la atención, los estilos cognitivos y el control de la hiperactividad en niños y niñas con diagnóstico de trastorno deficitario de atención con hiperactividad (TDAH), a través de una intervención sobre la atención*, disponible en <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20091118031108/TESIS%20JUAN%20BERNARDO%20ZULUAGA.pdf>.

## Déficit de atención en los estudiantes de segundo grado de educación secundaria

### INFORME DE ORIGINALIDAD



### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>www.slideshare.net</b> Fuente de Internet	<b>4%</b>
<b>2</b>	<b>www.um.es</b> Fuente de Internet	<b>3%</b>
<b>3</b>	<b>aprenderly.com</b> Fuente de Internet	<b>3%</b>
<b>4</b>	<b>repositorio.upeu.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>3%</b>
<b>5</b>	<b>repositorio.untumbes.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>homeopsiquiatria.com.ar</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>prezi.com</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>8</b>	<b>www.dspace.uce.edu.ec</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>

9	<a href="http://www.buenastareas.com">www.buenastareas.com</a> Fuente de Internet	<1%
10	<a href="http://www.coursehero.com">www.coursehero.com</a> Fuente de Internet	<1%
11	<a href="http://creativecommons.org">creativecommons.org</a> Fuente de Internet	<1%
12	<a href="http://yogainfantil-swaminividya.blogspot.com">yogainfantil-swaminividya.blogspot.com</a> Fuente de Internet	<1%

---

Excluir citas       Activo       Excluir coincidencias       < 15 words  
 Excluir bibliografía       Activo