

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

Trabajo académico.

Para optar el Título de Segunda especialidad profesional de Psicopedagogía

Autora.

Petronila Preciado Loayza

Sullana - Perú

2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

Trabajo académico aprobado en forma y estilo por:

Dr. Segundo Oswaldo Alburquerque Silva (presidente)

Dr. Andy Figueroa Cárdenas (miembro)

Mg. Ana María Javier Alva (miembro)

Sullana - Perú

2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

Los suscritos declaramos que el trabajo académico es original en su contenido y forma

Petronila Preciado Loayza (Autora)

Oscar Calixto La Rosa Feijoo (Asesor)

Sullana - Perú

2020



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

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO

Sullana, a diecisiete días del mes de febrero de dos mil veinte, se reunieron en el colegio Mayor PNP. Roberto Morales Rojas, 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 Albuquerque 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: *Trastorno de déficit de atención he hiperactividad*, para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad en Psicopedagogía al señor(a) **PRECIADO LOAYZA PETRONILA**.

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 de 15.

Por tanto, **PRECIADO LOAYZA PETRONILA**, 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 Osvaldo Albuquerque Silva
Presidente del Jurado

Dr. Andy Ed Figueroa Cárdena
Secretario del Jurado

Mg. Ana María Javier Alva
Vocal del Jurado

DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud, ser el manantial de vida y darme lo necesario para seguir adelante día a día para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor. Y a mis Ángeles Ramón y Paula.

A mi esposo por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus fuerzas, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor. A mis hijos por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y que me han infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mi maestra por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales, por su apoyo ofrecido en este trabajo, por haberme transmitidos los conocimientos obtenidos y haberme llevado pasó a paso en el aprendizaje.

ÍNDICE

	página
DEDICATORIA	5
ÍNDICE	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I: TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN LA INFANCIA	
1.1. Concepto de hiperactividad (TDAH)	12
1.2. Antecedentes de la hiperactividad	13
1.2.1. Antecedentes de la hiperactividad en la investigación psicológica	13
1.2.2. Antecedentes de la hiperactividad en el ámbito médico	15
1.2.3. Antecedentes del TDH en la perspectiva actual	16
1.3. Síntomas de la hiperactividad	18
1.3.1. Inatención	18
1.3.2. Hiperactividad-impulsividad	21
1.3.3. Déficit estable o retraso madurativo	23
CAPÍTULO II: MODELOS EXPLICATIVOS DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN LA INFANCIA	
2.1. Modelo atencional de Douglas	24
2.2. Modelo de desinhibición conductual de Barkley	26
2.3. Otros modelos basados en la desinhibición conductual	27
2.4. Aplicación del modelo de autorregulación a los déficits en el TDAH	28
2.5. Implicaciones del modelo de autorregulación	29
CONCLUSIONES	31
RECOMENDACIONES.	32
REFERENCIAS CITADAS	33

RESUMEN

La investigación monográfica de tipo compilación se basa en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en la infancia, de ahí el *objetivo general*: Describir el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia; los *objetivos específicos*: Explicar los principales síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia; asimismo, analizar los modelos explicativos del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la infancia. Los síntomas básicos del TDAH son inatención, hiperactividad-impulsividad y déficits cognitivos. Para superar estos síntomas, hay tratamientos, el primero se basa en la terapia farmacológica, cuya administración de psicoestimulantes (e.g. metilfenidato) ha generado gran controversia; en contraposición al primero, evidencias recientes sugieren que el ejercicio físico en niños con TDAH podría tener beneficios en la función neurocognitiva, en el ámbito conductual y social, en la función ejecutiva, Smith et al., (2013); y en el control inhibitorio, Smith et al., (2013). Se concluye que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia se evidencia a través de tres variables: inatención, hiperactividad-impulsividad y otros déficits cognitivos, anomalías que afectan el desarrollo cognitivo, afectivo y social de los niños y niñas.

Palabras clave: Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en la infancia.

ABSTRACT.

Compilation-type monographic research is based on attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in childhood, hence the overall objective: To describe attention deficit hyperactivity disorder in childhood; Specific objectives: Explain the main symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in childhood; likewise, to analyze the explanatory models of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in childhood. The basic symptoms of ADHD are inattention, hyperactivity-impulsivity, and cognitive deficits. To overcome these symptoms, there are treatments, the first is based on pharmacological therapy, whose administration of psychostimulants (e.g. methylphenidate) has generated great controversy; In contrast to the first, recent evidence suggests that physical exercise in children with ADHD could have benefits in neurocognitive function, in the behavioral and social sphere, in executive function, Smith et al., (2013); and in the inhibitory control, Smith et al., (2013). It is concluded that attention deficit hyperactivity disorder in childhood is evidenced by three variables: inattention, hyperactivity-impulsivity and other cognitive deficits, anomalies that affect the cognitive, affective and social development of boys and girls.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder in childhood.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) ha sido señalado como la principal causa del fracaso académico, Herranz y Argumosa (2000), aunque se considera una enfermedad infantil, puede continuar hasta la edad adulta, Valdizán e Izaguerri (2009). Sin embargo, la dificultad del diagnóstico y el mayor autocontrol mostrado por los adultos hacen que esta anomalía pueda pasar desapercibida o incluso parecer inexistente.

Los síntomas básicos del TDAH son la falta de atención, la hiperactividad y los déficits cognitivos, temas que han sido ampliamente estudiados en estudios monográficos recopilados. Para superar estos síntomas existen algunos métodos de tratamiento, uno de los cuales se basa en la farmacoterapia, y la administración de psicoestimulantes (como el metilfenidato) ha provocado una gran controversia. Algunos autores creen que esta droga puede causar retraso del crecimiento, Swanson et al., (2007; otros dicen que no existe tal relación, Pliszka, Matthews, Braslow y Watson, (2006); investigaciones recientes sugieren que este tratamiento puede causar inteligencia. o problemas cardiovasculares, Fung y Lee, (2009).

Esta polémica ha llevado a algunas familias a dudar del tratamiento farmacológico de enfermedades que provocan graves problemas en diferentes ámbitos de la vida de los niños (académico, familiar, social ...). Además, su incidencia parece ir en aumento. Estas razones y la evidencia reciente indican que el ejercicio físico en niños con TDAH puede ser beneficioso para la función neurocognitiva, los dominios conductuales y sociales y la función ejecutiva., Smith et al., (2013); y en el control inhibitorio, Smith et al., (2013).

Sobre la base de la discusión anterior sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), surge una pregunta de investigación monográfica: ¿Cómo se manifiesta el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en la niñez? Esto nos permite formular el título de la monografía: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad infantil (TDAH), su objetivo general es: describir el trastorno por déficit de atención e hiperactividad infantil (TDAH); objetivo específico: explicar el trastorno por

déficit de atención e hiperactividad (TDAH) infantil) Los principales síntomas, analizan el modelo explicativo del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) infantil.

Para tener un mejor análisis del estudio planteado, se han formulado los siguientes objetivos:

Objetivo General.

Describir el problema del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en los niños.

Objetivos específico.

- Analizar el marco conceptual del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en la infancia.
- Conocer modelos explicativos del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en la infancia.

El trabajo presentado, se divide en dos capítulos: el primer capítulo da la teoría y descripción del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) infantil, mencionando los principales síntomas: inatención, impulso de hiperactividad y otros déficits cognitivos; segundo, analiza la atención de los niños Explicando modelos de TDAH: Modelo de atención de Douglas; modelo de desinhibición conductual de Barkley y modelo de autorregulación de Barkley. Asimismo, una bibliografía de conclusiones y referencias.

Finalmente, me gustaría agradecer a todos los profesionales del campo de la psicología y la educación por su extraordinaria orientación y contribuciones académicas, y han proporcionado cristalización para nuestra investigación especial. Creo que el tema aún no ha terminado, pero me esforzaré por obtener mejores resultados en las tareas futuras.

CAPÍTULO I

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN LA INFANCIA

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un tema que se abordará en su totalidad con el fin de obtener información para que los docentes puedan actuar de inmediato cuando presenten un caso en la escuela. Los expertos dicen que el TDAH es muy común en la infancia y tiene diferentes efectos en niños y niñas, lo que les dificulta concentrarse y desempeñarse bien en la vida. Vaya a la escuela o siga las reglas en casa. Asimismo, aborda los síntomas básicos del TDAH: inatención, hiperactividad y déficits cognitivos, así como otros temas que se discutirán en detalle.

1.1. Concepto de hiperactividad (TDAH)

Barkley, uno de los investigadores que más ha contribuido en la última década a perfilar el concepto de hiperactividad, define así el TDAH:

Es un trastorno del desarrollo caracterizado por poca concentración, hiperactividad y niveles inadecuados de impulso del desarrollo. Estos síntomas generalmente comienzan en la primera infancia, son de naturaleza relativamente crónica y no pueden atribuirse a trastornos neurológicos, sensoriales, del lenguaje o del movimiento graves, retraso mental o trastornos graves del estado de ánimo. Estas dificultades suelen estar relacionadas con un comportamiento regido por reglas y defectos en un determinado modelo de desempeño. (Barkley, 1990, p. 47).

Eric Taylor, En lo que respecta a este trastorno, el principal representante de la psiquiatría anglosajona alinea este problema con el nombre de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, que se caracteriza por inatención, hiperactividad e impulsividad. También sugiere que los déficits neuropsicológicos involucran funciones de control ejecutivo de orden superior, como la inhibición y el control motor. (Taylor, Chadwick, Heptinstall y Danckaerts, 1996).

Esta disfunción a menudo se considera un trastorno del desarrollo, caracterizado por un defecto significativo en la inhibición conductual e interferencia con la ejecución efectiva de las funciones ejecutivas; de manera similar, en este trastorno se regula la atención y otras funciones cognitivas y sociales. También son comunes las dificultades significativas. Estas funciones son secundarias a estas funciones ejecutivas deterioradas. (Barkley, 1997a; Schachar, Tannock y Logan, 1993).

1.2. Antecedentes de la hiperactividad

A continuación, presentaremos información sobre el TDAH desde tres (03) perspectivas: antecedentes de investigación psicológica (centrados en síntomas conductuales y respuestas psicoeducativas), campo médico (centrados en encontrar causalidad física y tratamiento farmacológico) y perspectivas recientes.

1.2.1. Antecedentes del TDAH en la investigación psicológica

Existe evidencia de que Hoffman (1845) describió los síntomas típicos del TDAH. El psiquiatra alemán plasmó sus pensamientos en su obra *Struwwelpeter*, que está compuesta por 10 relatos breves sobre diversas enfermedades mentales en la infancia y la adolescencia. La historia de Irritabilidad Philip cubre los síntomas típicos de hiperactividad y déficit de atención. Una ilustración del libro muestra a un niño que no puede permanecer inmóvil en la mesa sin importar las instrucciones de los padres. En la descripción que hace Hoffman de este niño, refleja algunos de los síntomas considerados en la clasificación internacional actual de enfermedades. (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) para el cuadro de TDAH (en el manual de la OMS se contempla como Trastorno Hiperactivo).

También en Alemania, Demoor (1901) nombró algunas preguntas planteadas por los niños como "Espíritu de Corea" en su libro sobre educación infantil, que se caracteriza por: (a) cambios repentinos en las emociones, (b) inhibición de los mecanismos conductuales y atención continua, (c) la necesidad constante de ejercitarse y cambiar su entorno y estímulos inmediatos. En estos trabajos, no hay diferencia entre la hiperactividad como síndrome y la hiperactividad como síntoma.

Por otro lado, en Francia, Bourneville (1897) describió una clase de niños con importantes déficits cognitivos e intelectuales en su libro sobre enseñanza y tratamiento médicos. Son niños psicomotores agitados, incapaces de concentrarse, obedientes y disciplinados, aunque pueden ser tratados correctamente por personas de su entorno que mantienen una relación cercana con ellos.

Siguiendo esta línea de focalización en el comportamiento adaptativo, destacan los trabajos de French Boncour (1905) y Durot (1913). Boncour describió a este niño inestable como un estudiante que tiene dificultades de aprendizaje debido a su incapacidad para concentrarse, ya sea para escuchar, responder o comprender. El autor presentó los aspectos neuropsicológicos de enfermedades específicas y señaló que algunas enfermedades pueden ser brillantes en algunos aspectos, pero ineficaces en otros. Cabe recordar que, en estos casos iniciales, no solo los niños con discapacidad intelectual, sino también los niños con autismo y otras discapacidades del desarrollo. Durot es uno de los pioneros en distinguir entre síntomas y síndromes, cree que la hiperactividad es un síntoma típico de los niños con retraso mental, anemia, enfermedades digestivas y cardíacas, epilepsia y corea. Además de estos dos autores, también podemos revisar a Dupré (1909), quien cree que la hiperactividad es una manifestación de desequilibrio motor congénito y forma parte del espectro de otras enfermedades, como debilidad motora, temblor esencial, corea, epilepsia, tartamudeo convulsiones y estereotipos deportivos.

El primer autor que atribuyó la etiqueta de síndrome al TDAH fue Heuyer (1914) en su artículo "Niños anormales y delincuentes juveniles". Heuyer habló sobre la asociación de una cierta cantidad de síntomas, como déficit de atención, hiperactividad, comportamiento anormal y el pronóstico que condujo a los delitos de estos niños.

El estudio pionero que introdujo variables neurocognitivas fue el de Vermeulen (1926). El autor propuso dos tipos de niños: armoniosos y discordantes. Los niños hiperactivos (pertenecientes al grupo discordante) obtendrán peores resultados en las

pruebas que miden la atención y mejores resultados en las pruebas que miden la memoria, el razonamiento y la imaginación.

Kramer y Pollnow (1930) describieron un síndrome en una muestra de 15 niños caracterizado por problemas del habla, distracción e irritabilidad extrema. Lo llaman TDAH y lo clasifican como psicosis infantil de origen generalmente desconocido. Este trastorno era susceptible de distinción de otros trastornos como la esquizofrenia o el infantilismo demente.

Wallon es uno de los principales psicólogos del desarrollo infantil en Francia. Describió las etapas del desarrollo psicomotor a partir de su tesis doctoral: impulso, emoción, sensoriomotor y proyección (Wallon, 1925). Pasar por estas etapas es la única forma de adquirir conciencia de uno mismo y adquirir sabiduría práctica. Para esta investigadora, el TDAH representará el cese de algunas etapas previas del desarrollo psicomotor.

1.2.2. Antecedentes del TDAH en el ámbito médico

En la cultura anglosajona, Clayton (1798), Mozley (1867), Croston (1899), Irlanda (1877) y otros escritores de mediados del siglo XIX han mencionado a los niños Trastornos del comportamiento. Clayton introdujo el término "inquietud mental", que se refiere a la incapacidad de participar en la continuidad necesaria, dando una imagen de inquietud. Clouston describió que la hiperexcitabilidad puede ser un precursor del TDAH. El autor cree que el trastorno de hiperexcitabilidad es causado por la reacción exagerada del cerebro a los estímulos emocionales y mentales. Se cree además que esta enfermedad es causada por ciertas disfunciones de la corteza cerebral. Sin embargo, la descripción más precisa es la de Still y Tredgold a principios del siglo pasado, que marcó el comienzo de la historia moderna del TDAH.

En 1902, Sir George Frederick Still (1868-1941), un pediatra que más tarde se convirtió en el primer profesor de pediatría en el King's College Hospital de Londres, describió la famosa artritis reumatoide crónica (enfermedad de Still) que lleva su nombre. ciclo de conferencias celebrado en el King's College de Londres,

refiriéndose a la siguiente historia médica, definió un comportamiento altamente agresivo, rebelde y resistente a la disciplina. Un síndrome caracterizado por actividad excesiva, inestabilidad emocional, dificultad para concentrarse y disminución de la inhibición y la capacidad de control de casos clínicos que consultó. Still atribuyó esta conducta desordenada a un defecto del control moral causado por alguna alteración biológica bien sea innata o adquirida durante el período prenatal o postnatal. Alfred T. Tredgold (1908) continuó con esta línea de argumentos al señalar que la causa de estas conductas desordenadas reside en el daño cerebral adquirido durante el período perinatal.

1.2.3. Antecedentes del TDAH en la perspectiva actual

Después de un artículo en Chess (1960), la hiperactividad pasó a primer plano y describió claramente el TDAH. El autor redefine la hiperactividad como un trastorno de conducta infantil, el niño a menudo se mueve o tiene una tasa de actividad y precipitación superior a la normal, o una combinación de ambas. El agravamiento del TDAH hace que se olvide la MCD. Aparte de la hipótesis de los psicoanalistas, los padres ya no se sienten culpables por el comportamiento de sus hijos. Stella Chess La diferencia entre este y sus predecesores es que considera que el pronóstico del TDAH es bastante bueno, y se cree que se resolverá en la adolescencia en la mayoría de los casos. Los estudios han demostrado que, en casi todos los casos, esta enfermedad es causada por hiperactividad, que puede estar relacionada con retraso mental, esquizofrenia, daño cerebral orgánico o cambios cromosómicos. (Warren, Karduck, Bussaratid, Stewart y Sly, 1971). La escuela británica sigue más reticente a los cambios y continúa bajo la influencia del modelo médico (ver Sandberg y Barton, 2002).

En la década de 1970, el déficit de atención superó la hiperactividad. Esta ha sido una década muy fructífera en términos de investigación, edición de manuales y aparición de publicaciones profesionales. Este concepto se popularizó y extendió al ámbito social y escolar, se difundió en los medios de comunicación y se establecieron muchas asociaciones de padres afectados. La esencia de este período son los obstáculos que hasta ahora se han considerado relevantes: atención limitada, baja tolerancia a la frustración, distracción e impulsividad. Estos obstáculos pueden afectar la actividad motora excesiva, torpeza, disfunción cognitiva severa o incluir Posible

lesión o enfermedad relacionada. En este sentido, el trabajo de Virginia Douglas y su equipo de la Universidad McGill fue decisivo para acuñar el término trastorno por déficit de atención (TDA), con o sin TDAH (Douglas, 1972). Durante este período, se popularizó la idea de que el TDAH es causado por una reacción alérgica a ciertos alimentos, especialmente a los aditivos. (Feingold, 1975).

La década de 1980 comenzó bajo la influencia de las obras de Douglas. El término que acuñó fue asumido por el DSM-III de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA, 1980). Por lo tanto, hemos entrado en un período de formulación de estándares de investigación y procedimientos de evaluación estandarizados. El DSM-III ha identificado el desglose de la enfermedad en "Déficit de atención con o sin TDAH". Sin embargo, en la edición revisada de 1987 (DSM-III-TR), solo se especificaron los criterios de diagnóstico de déficit de atención hiperactivo, y el déficit de atención no hiperactivo no se reconoció como una entidad clínica y se redujo a la definición más baja. categoría (Déficit de Atención indiferenciado). Al DSM-III se le acusó de presentar dos trastornos diferenciados de manera apresurada, el Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad (TDA+H y TDA-H). Tal vez por ello, el DSM-III-TR mantuvo el TDAH como una categorización unidimensional, precisamente en un momento en el que había datos consistentes que avalaban la presencia de un TDA sin hiperactividad diferenciado (Barkley, Grodzinsky y DuPaul, 1992).

La fuerte controversia causada por estos diferentes criterios de diagnóstico ayuda a promover un sistema de diagnóstico más confiable. Su predecesor, DSM-II (APA, 1968), habló sobre reacciones motoras excesivas en la infancia, enfatizando el aspecto deportivo de las imágenes. No se considera el aspecto cognitivo, que es lo contrario de lo que sucedería con el DSM-III. En la novena versión del propio sistema de clasificación de la OMS, ICD-9 (1975) continuó usando el término TDAH en niños y no quiso aceptar el concepto de TDAH como asumía el Manual de Psiquiatra Estadounidense. Al final de este período, el subtipo de TDAH trasciende las controversias centradas en la atención y la hiperactividad, que incluyen agresividad, negatividad, déficits cognitivos y cambios en el lenguaje, la memoria y la inteligencia. (Anastopoulos, 2001).

Según Barkley (1998), la década de 1990 fue la década de la neuroimagen, la genética y el TDAH en adultos. El enfoque de investigación más importante en la actualidad es la neurobiología y la genética, teniendo en cuenta la activación cortical insuficiente y la disfunción ejecutiva (Nigg, 2006). El DSM-IV (APA, 1994/2000) solo utiliza el nombre Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y distingue tres subtipos según el grado principal de síntomas: (a) Principalmente el subtipo de impulso hiperactivo, (b) Son principalmente subtipos de inatención y (c) subtipos combinados.

1.3. Síntomas de la hiperactividad

Para describir esta enfermedad, desarrollaremos cada uno de sus síntomas centrales, a saber: (a) Inatención y (b) Hiperactividad (desinhibición). Estos síntomas se manifiestan de diferentes formas, dependiendo de la edad real de la persona con TDAH. El momento más crítico parece ocurrir después de los 5 años, aunque se puede descubrir desde la primera infancia, cuando notarás problemas en el ritmo del sueño y una irritabilidad desproporcionada ante determinados estímulos. La inmadurez de la expresión del lenguaje y la conciencia insuficiente del peligro son otros signos de que los niños de entre 2 y 3 años pueden padecer esta enfermedad. Entre los 4 y los 5 años, los niños con TDAH son demasiado impulsivos, tienen problemas de atención, desobediencia e inadaptación social. A la edad de seis años, estos síntomas empeoraron y se transformaron en fracaso académico y comportamiento antisocial. (e.g. Bauermeister, 2002; Marks et al., 2005).

En los déficits de atención, el rendimiento varía con las actividades requeridas por la edad. Por ejemplo, en la infancia, este déficit de atención parece manifestarse como una falta de persistencia en los juegos. En la etapa de educación primaria, se manifiesta como desatención, y los niños afectados cometerán errores estúpidos, olvidadizos y desordenados por tareas que no son nuevas y requieren un trabajo mental continuo. Las características del impulso de hiperactividad cambian con la edad. Los niños menores de 3 años son como propulsados por un motor. En preescolar y primaria, este tipo de deportes excesivos se ve agravado por riesgos y consecuencias inesperados (González Calleja et al., 2001), habla excesiva y momentos incorrectos. En la

adolescencia y la vida adulta, se manifiesta principalmente como dificultad para mantener la vida diaria y sentirse irritable.

1.3.1. Inatención

El concepto de atención y el concepto de inatención están ampliamente difundidos en la investigación psicológica, pero esto no significa que sea un término perfectamente definido y operable (por ejemplo, Huang-Pollock y Nigg, 2003). La disfunción de la atención (por ejemplo, Douglas, 1999) y el déficit de atención continúan dominando la mayoría de las investigaciones, con el objetivo de definir la relación entre la falta de atención y el TDAH. Muchas teorías actuales que enfatizan los problemas de atención sugieren que la distribución del esfuerzo durante la función ejecutiva (Barkley, 1997a), la excitación (Zentall y Zentall, 1983) y la producción motora (Sergeant, Oosterlaan y Van der Meere, 1999) o la respuesta intensificada en ejecución (Newman y Wallace, 1993) (para una revisión ver Nigg, 2001).

La variabilidad de los niños con TDAH también conduce a una gran cantidad de razones por las que los niños no pueden participar plenamente. Aunque lo trataremos con más detalle más adelante, parece oportuno introducir ahora las diferentes manifestaciones de atención. La capacidad de atención se refleja en tres aspectos:

- Capacidad para enfocarse en elementos ambientales. Esta competencia conduce a una buena calidad o eficacia de la atención.
- Capacidad para mantener la concentración en estímulos o tareas. Después de establecer la concentración, esta capacidad nos permite mantener la concentración durante un período de tiempo.
- Capacidad para cambiar la atención de un elemento a otro, de modo que pueda concentrarse en múltiples estímulos al mismo tiempo.

En términos de estas habilidades, los niños pueden estar en un nivel aceptable o insuficiente en una o más de ellas. Actualmente, todos los estudios coinciden en que el TDAH no es tanto un déficit de atención en sí mismo como una disfunción de la atención (Cabanyes-Truffino y Polaino-Lorente, 1997b; Raine y Jones, 1987; Wilding, 2005). La capacidad de atención de los niños con TDAH no es más corta que la de los

niños normales (Schachar y Logan, 1990b), pero estos niños tienen diferentes formas de enfocar y guiar la atención. La disfunción de la atención comienza a manifestarse de manera fuerte y duradera en la infancia. Esta disfunción no depende de la capacidad del niño, el estado mental, el interés por la actividad, el enfoque o la salud de la persona. El déficit de atención en el TDAH afecta el desempeño de diversas actividades y se manifiesta en más de una situación. Esta disfunción en niños con TDAH tiene manifestaciones cognitivas y conductuales. Algunos de los comportamientos más comunes son (e.g. Armstrong, 2001):

- No termina las tareas que empieza.
- Comete muchos errores.
- No se centra en los juegos.
- Muchas veces parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- Tiene dificultades para organizarse.
- Evita las tareas que requieren esfuerzo.
- Muy a menudo pierde cosas que necesita (juguetes, material escolar, ejercicios escolares, libros o ropa).
- Se distrae con cualquier cosa.
- Es muy descuidado en las actividades.

1.3.2. Hiperactividad-impulsividad

El segundo síntoma que define al TDAH es la hiperactividad. Aunque estas dos dimensiones están agrupadas, las introduciremos por separado. El TDAH es la característica más significativa de las tres características que constituyen la enfermedad, y también es la más difícil de ignorar. La hiperactividad se manifiesta como inquietud, movimientos innecesarios, conversación excesiva, etc.

Principales manifestaciones de la hiperactividad-impulsividad

A continuación, se presentan las principales evidencias de la hiperactividad-impulsividad:

- El niño corre sin control, dirección o propósito.

- Incapaz de establecerse para escuchar, observar, tratar de manipular o construir juegos, o simplemente comer en la mesa con otros.
- No puede sentarse durante unos minutos.
- Suele moverse durante el sueño y, a veces, puede experimentar alteraciones del sueño.
- En su entorno, se mueve incontrolablemente y se mueve con demasiada fuerza.

El impulso, como la atención, es una estructura multidimensional. Este síntoma es una característica común de los niños que presentan varios problemas de conducta. El término impulso se ha aplicado a niños con TDAH, problemas de aprendizaje y trastornos de conducta (APA, 1994), pero también se aplica a adultos con otras enfermedades mentales, como psicosis, alcoholismo u otros trastornos relacionados con el abuso de drogas (González, García -Señorán y González, 1996). Según Kindlon (1998), es un mecanismo heurístico dividido en dos dimensiones: motivación y cognición. Las dimensiones de la motivación implican diferencias en la sensibilidad del individuo al castigo y la recompensa, la perseverancia para responder, el entorno en el que existe la recompensa y la capacidad de retrasar la gratificación. Las dimensiones cognitivas generalmente se miden mediante pruebas que requieren la supresión de respuestas dominantes.

Algunas de las manifestaciones comportamentales de la impulsividad son:

- El niño responde sin saber qué preguntar;
- Habla sin pensar;
- Gritar para liberar o llamar la atención;
- Lo que quiere, incluso si no es suyo, no está permitido;
- El acceso al sitio no está controlado;
- Le resulta difícil girar;
- La huelga está fuera de control;
- No se hace nada, pasa más allá de ti y de los demás;
- Actuó como si estuviera en competencia, o como si tuviera que defender algo o alguien.

Según Nigg (2001) podemos diferenciar tres tipos de impulsividad:

1. Impulsividad cognitiva. Este impulso cognitivo se explica por la forma de aprendizaje reflejada en la dimensión reflejo-impulso. Los estilos de aprendizaje

impulsivo pueden causar dificultades relacionadas con la percepción y los procesos de resolución de problemas involucrados en las tareas escolares.

2. Impulsividad social. Se manifiesta por la dificultad de adaptarse a las normas del grupo.

3. Impulsividad conductual. Se observa a través de la precipitación y los errores constantes.

1.3.3. Déficit estable o retraso madurativo

La mayoría de los estudios coinciden en que el TDAH es una enfermedad crónica de por vida (Barkley 1998b; Weiss y Hechtman, 1993). Esta persistencia debe ir acompañada de manifestaciones clínicas constantes, pero no es así. Como vimos en la sección Terminología y enfoque conceptual (Capítulo 2), la presentación clínica varía con la edad (Barkley et al., 1990; Klein y Mannuzza, 1991; Weiss y Hechtman, 1993). La investigación suele determinar la diferencia entre los síntomas de impulsividad hiperactiva y los síntomas de falta de atención. Este último está presente a lo largo del tiempo, mientras que el impulso de hiperactividad disminuye en la adolescencia temprana. (DuPaul et al., 1997; Hart et al., 1995; Hinshaw, Owens, Sami y Fargeon, 2006). Esta consideración es de gran importancia para la clasificación por subtipo. Por lo tanto, en la adolescencia, en comparación con el diagnóstico de TDAH desatento, el diagnóstico de TDAH combinado e hiperactivo es raro (Du Paul, Anastopoulos, Power et al. 1998; DuPaul et al. 1997). Hay pocos estudios sobre el TDAH en adultos, pero coinciden en reducir los síntomas del impulso de hiperactividad (Barkley, Fischer et al., 1990; Klein y Mannuzza, 1991; Weiss y Hechtman, 1993).

En España, Valdizán et al. (Valdizán, Navascués & Sebastián, 2001) encontraron que las manifestaciones clínicas de los niños con TDAH son similares a las de los pacientes con lesión del lóbulo frontal a través de estudios de atlas cerebrales. Ambos grupos tienen problemas comunes en la atención y el control de los impulsos, así como una disminución del autocontrol, lo que conduce a un comportamiento inadecuado. Los estudios de mapeo cerebral realizados por estos autores muestran que existe una actividad excesivamente lenta, principalmente en la zona frontal. La amplitud relativa media de la zona delta de los niños hiperactivos en reposo es mayor

que la de las personas normales. En la prueba de percepción diferencial (reconocer y tachar rostros diferentes a otras personas, tres imágenes consecutivas), la señal del EEG mostró una amplitud relativa baja en la banda alfa. En la prueba auditiva (repita la serie de números escuchada antes), no se encontraron diferencias. Según Valdizán et al., Estudios previos han demostrado que existe una actividad excesivamente lenta, que desaparece con el crecimiento, y puede apoyar la hipótesis de trastornos de la maduración cerebral, apoyando así estos datos.

Valdizán et al. (2001) En su artículo se encuentran algunos estudios que pueden brindar información sobre este tema: por ejemplo, Christopher y Mann (1992) detectaron un aumento en la actividad theta, que fue más pronunciada en las áreas frontal y central, mientras que las áreas temporal y posterior se redujeron. Otro grupo de investigadores enfatizó el hecho de que solo una parte de los niños diagnosticados con TDAH presentan mapas cerebrales anormales, pero siempre muestran una actividad excesivamente lenta en reposo (ver Valdizán et al., P. 128). Todas las medidas han dado como resultado la observación de una ralentización en el mapa cerebral de los niños afectados por la enfermedad, que es más pronunciada en la zona del prosencéfalo.

La mayoría de los estudios revisados señalaron que el desarrollo cerebral anormal o el daño cerebral en el lóbulo frontal (Oades, 1998; Silberstein et al., 1998; Weinberger, 1987) se considera la causa de la enfermedad debido a que inhibe el comportamiento y mantiene Poder de atención, usar el autocontrol y planificar el futuro (Barkley, 1999b, p. 77). De manera similar, la descripción diagnóstica del TDAH reporta los comportamientos típicos de los niños pequeños sin este trastorno, lo que respaldará la hipótesis de madurez. Aun así, debemos ser cautelosos, porque no todos los estudios han llegado a las mismas conclusiones y creen que los problemas en determinadas zonas del lóbulo frontal no se deben del todo a un desarrollo cerebral más lento.

CAPÍTULO II:

MODELOS EXPLICATIVOS DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN LA INFANCIA

2.1. Modelo atencional de Douglas

Douglas (1989) del Instituto McGill en Canadá cambió por completo el concepto de síndrome de hiperactividad en ese momento y promovió el término TDAH que usamos hoy. El punto de partida de su modelo es su trabajo sobre muestras de niños afectados por hiperactividad, problemas de comportamiento y de aprendizaje, en los que se aplican un amplio abanico de pruebas de evaluación, entre las que destacan las tareas de laboratorio del campo de la psicología del procesamiento de la información.

El modelo se crea desde hace una veintena de años y ha pasado por distintas etapas; pero, en definitiva, lo más relevante desde el principio es que la hiperactividad se cataloga como un trasfondo porque parece ser una variable inespecífica y está sujeta a madurez y el alto grado de influencia de las variables contextuales. Por otro lado, especialmente para los niños llamados "TDAH", la variable más importante en comparación con otras enfermedades y muestras normales son los problemas de atención. Esto no es nuevo, porque durante muchos años, además de hiperactivos, estos niños también han sido clasificados como extremadamente distraídos, sin capacidad de concentración o atención selectiva. Pero el trabajo de Douglas no enfatiza este tipo de problemas, sino que enfatiza los problemas que surgen en la ejecución continua de tareas sin refuerzo externo directo. Estas tareas miden fundamentalmente dos aspectos: la capacidad de mantener la atención, detectando estímulos que constituyen una meta a largo plazo, y el control de impulsos o motor, respondiendo sólo a estímulos objetivos.

Esta variable, atención / vigilancia constante, ocupará siempre el centro del modelo de Douglas, pero hay otros elementos destacados. En definitiva, el autor

atribuyó el origen del TDAH a la existencia de cuatro tendencias básicas en los niños (en principio, se ajusta a la constitución, pero se ve afectado por factores ambientales):

- Rechazar o tener poco interés en dedicar atención y energía a tareas complejas.
 - La tendencia a buscar estimulación y / o satisfacción inmediata.
 - Poca capacidad para reprimir reacciones impulsivas.
- Poca capacidad para ajustar la activación durante la resolución de problemas.

Este comportamiento y modo de procesamiento de la información que caracteriza las funciones de los niños eventualmente conducirá a defectos menores, generalmente de naturaleza cognitiva, que se pueden dividir en tres áreas principales: defectos en la planificación y formulación de estrategias-defectos en la resolución de problemas- y motivación intrínseca De bajo desempeño -fallas y discapacidades esperadas- y finalmente deficiencias metacognitivas -incapacidad para planificar y controlar sus acciones. Al final, generalmente antes de la pubertad, el proceso termina con una serie de fracasos, ya sea en el ámbito educativo o social. Estos fallos ayudan a perpetuar el patrón de tendencias básicas y cierran la espiral de influencia mutua, aunque pueden tomar diferentes formas, fundamentalmente, los defectos de función hipocortical son generalizados (búsqueda de sensaciones, precipitación, incapacidad para mantener la atención Espera).

Aunque el modelo de atención de Douglas es claramente uno de los modelos más poderosos e influyentes, surgieron algunas dudas en la misma década de 1980. Entre otras cuestiones, enfatiza que el modelo de Douglas prioriza los problemas de atención e impulsividad en lugar del TDAH, cuando estas tres estructuras exhiben características multidimensionales y especificidad situacional similares. Por otro lado, el modelo parte de algunas "tendencias fundamentales" que son difíciles de verificar experimentalmente, y todos los aspectos de sus interrelaciones con otras tendencias secundarias y el resultado final. También hay un tema de especificidad que fue debatido porque estos resultados finales son muy similares a la supuesta propensión a causar la enfermedad. Por otro lado, el problema de la desinhibición conductual (impulsividad e hiperactividad) no puede considerarse como un problema secundario que se pueda inferir del modelo de atención en muchos casos. En el mejor de los casos,

este modelo se ajustará a los subtipos de TDAH sin TDAH, que es una categoría de diagnóstico controvertida y, por lo general, no es tan grave como la suma del TDAH.

2.2. Modelo de desinhibición conductual de Barkley

A finales de la década de 1980, surgió una visión "herética" —como describió su iniciador Russell A. Barkley (1990) a partir del TDAH—. Es otra alternativa al modelo de atención. En sus inicios, el modelo de atención se basaba fundamentalmente en el fenómeno de la "desinhibición de la conducta". Primero, sugirió redefinir los dos elementos definitorios del TDAH: falta de atención e impulsividad. La multidimensionalidad y complejidad de las dos dimensiones hacen que sea casi imposible para nosotros integrar los datos de investigación, que suelen ser contradictorios.

Ante la respuesta, Barkley (1990) dio un salto en el tiempo y restauró el análisis conductual de Skinner (1953) aplicado a la atención y al impulso, y básicamente estuvo de acuerdo con los psicólogos conductuales en que estamos ante un problema de "control de estímulos": la inatención se puede conceptualizar como una baja relación entre un estímulo y su comportamiento desencadenante predecible, y el impulso refleja por un lado la incapacidad de retrasar el refuerzo, y por otro lado, refleja la consideración apresurada de las condiciones del estímulo existentes.

Este enfoque inicial merece muchas críticas de Barkley. Véanse las respuestas y controversias mutuas de Douglas y el autor en las contrarrespuestas de la compilación de Bloomingdale y Swanson (1989), aunque señaló claramente que el punto de vista de Skinner no es solo se utiliza para representar el comportamiento típico del TDAH, no para explicarlo, es decir, se observa que una gran cantidad de eventos que suelen desencadenar comportamientos predecibles en la mayoría de las personas no lo hacen en las personas con TDAH. Pero la pregunta es: ¿por qué no lo hacen? Barkley (1990) respondió a esto dentro de un marco neuroconductual y señaló que la autenticidad del comportamiento de los niños con TDAH son dos tipos de defectos:

- Una incapacidad para generar CGR.
- Una respuesta anormal a las consecuencias del medio

Para analizar el primer defecto, Barkley (1990) se basó en otro concepto clave de Skinner (1969): la diferencia entre comportamiento accidental y comportamiento dominado por reglas. El primero es un típico derivado del paradigma del condicionamiento operacional. Se realizan en presencia de discriminación percibida inmediatamente y / o estímulos de refuerzo; en cambio, estos últimos ingresan al campo del autocontrol, ver Hayes (1989) para una revisión extensa de este concepto. Los CGR son aquellos cuyos objetivos y resultados de comportamiento dependen de los estímulos del lenguaje, por lo tanto, no existen en el entorno. Expresan su control sobre el comportamiento a través del lenguaje, que primero evolucionó a partir de la influencia de los adultos, y luego, a través del proceso de maduración e interiorización, serán los propios niños los que lo soportarán.

Por lo tanto, la CGR asume que hay un proceso de cumplimiento; se dan reglas y se deben dar conductas y acciones de seguimiento de manera inmediata o en un tiempo relativamente corto: los niños deben ser capaces de generar reglas por sí mismos para mantener el comportamiento en el tiempo sin Como decía Zentall (1985) en el caso de los niños con TDAH, nos encontramos ante un problema de control clínico, que es el de brindar cumplimiento; por ello, los padres y maestros muchas veces se quejan de que si están siempre por encima de sus hijos, el Los niños completarán su tarea; sin embargo, una vez que este control produzca algo, el niño dejará de hacerlo.

En cuanto al segundo tipo de déficit, Barkley entiende que la anormal respuesta en el TDAH a los estímulos y consecuentes del medio hay que buscarla, tras descartar que se trate de un problema de detección sensorial o discapacidad, en:

- Un déficit en el efecto de los estímulos reforzadores.
- Un efecto inusualmente rápido de habituación o de saciedad a estos estímulos.
- Un déficit en la manera habitual con la que los programas de refuerzo (p. ej., los parciales) mantienen la conducta de los individuos.

2.3. Componentes del control motor

El control motor se refiere al conjunto de conductas que se ponen en marcha para alcanzar el objetivo en un proceso de autorregulación. Evidentemente, hace

referencia a la implementación de las acciones concretas que se necesitan, pero va más allá:

- Incorpora el concepto de fluencia, es decir, la capacidad para generar conductas novedosas y creativas en el momento en que se necesitan.
- Incorpora el concepto de sintaxis, es decir, la capacidad para reconstruir y representar internamente la información del medio.

Ambos conceptos tienen una relación especial con la función de reconstrucción y proporcionan la flexibilidad necesaria para que las acciones del individuo adapten su plan a los eventos accidentales habituales que ocurren en el curso de cualquier comportamiento orientado a objetivos a largo plazo.

2.4. Aplicación del modelo de autorregulación a los déficits en el TDAH

Expuesto el modelo de autorregulación, la cuestión es: ¿cómo afecta al patrón disfuncional típico del TDAH? En la figura aparece la caracterización del trastorno en función de los déficits que lo definen según el modelo:

- Al apelar a la psicopatología evolutiva de la enfermedad, el problema comienza con un estado de desinhibición conductual: incapacidad para reprimir reacciones arrogantes, cambios de hábitos y mal control de la interferencia.
- Este estado afectará el desarrollo de ciertas funciones cognitivas avanzadas. Como se mencionó anteriormente, estas funciones pueden verse afectadas en diversos grados, pero el mecanismo aún no se ha determinado por completo. La clave es que los niños con TDAH exhiben una memoria de trabajo débil, una internalización del habla retrasada y defectuosa, inmadurez del control emocional, la motivación y la activación, y una reconstrucción deteriorada.
- El patrón del TDAH se completará con la reducción de la capacidad de control motor, la fluidez y la capacidad sintáctica; es decir, nos enfrentaremos a niños y adultos que tienen mayores dificultades para desarrollar conductas orientadas a objetivos, persistencia, control de la conducta y emocional. Activación Disminución de la capacidad, muy insensible a la

retroalimentación de procesos y resultados, tareas que se ven muy afectadas por aspectos irrelevantes, poca organización y falta de creatividad.

Evidentemente, como veremos al final, este modelo es muy relevante para entender el TDAH y su tratamiento, pero antes debemos detenernos en el último aspecto teórico de especial interés. Independientemente de algunas cuestiones metodológicas con el desempeño continuo y / o las tareas de vigilancia, el déficit de atención continua parece estar bien documentado en el TDAH; pero ¿cómo se puede explicar en un modelo autorregulador? El análisis se deriva del cambio conceptual del objeto de medida de la tarea de atención continua.

En resumen, el déficit de atención sostenida no es solo una manifestación del problema de generar y mantener conductas orientadas a objetivos en el marco de los déficits de autorregulación. Por esta razón, como afirmó Barkley (1998-1997), la mayoría de los estudios de neuroimagen y neuropsicológicos han encontrado que los problemas de los sujetos con TDAH para realizar tareas de atención continua en la corteza prefrontal están claramente relacionados con el autocontrol fisiológico y la creencia. Esta parte de la corteza tiene muy poca actividad en la tarea de atención continua formada por las emergencias, por lo que los sujetos con TDAH no presentaron tantos problemas como los demás.

2.5. Implicaciones del modelo de autorregulación

Entrando ahora en la influencia del modelo de autocontrol en la comprensión y el tratamiento del TDAH, primero debemos revisar las características generales que marcan todo el proceso, esto no está exento de controversia. Según este modelo, el TDAH es más un trastorno del rendimiento que un trastorno de habilidad o habilidad. En otras palabras, el problema no es que estos niños no sepan qué hacer y cómo hacerlo, lo que pasa es que no saben cuándo ni dónde hacerlo. Por lo tanto, tratamos con niños cuyo nivel de inteligencia y procesamiento de información se encuentran generalmente dentro del rango normal. También su aprendizaje (académico, social o comportamental) avanza, aunque mucho más lentamente, en la dirección esperada. La cuestión es que sin una guía externa que marque el momento y el lugar donde es

pertinente poner en práctica las habilidades adquiridas, no lo hacen, o lo hacen de un modo muy desorganizado.

En este marco, el factor tiempo ocupa el lugar central. Quizás el deterioro más grave de las capacidades cognitivas en los niños con TDAH es el reloj cognitivo: no se puede hacer nada sin el aquí y el ahora. Debido a que no recordaban los efectos de sus comportamientos pasados y eran incapaces de predecir lo que podría suceder en el futuro, su sentido de responsabilidad se debilitó enormemente. O las consecuencias de sus acciones son claras para ellos al mismo tiempo que ocurren, o son difíciles de asumir. Además, los niños con TDAH estimaron incorrectamente el esfuerzo y la dedicación necesarios para procesar las tareas de forma secuencial. Por tanto, como hemos comentado, el problema no es que no sepan qué hacer, sino que carecen de las capacidades mínimas de organización, planificación y control para actuar.

Bajo estas premisas, el tratamiento del TDAH, según Barkley [3], debe regirse por las siguientes características:

- Intervención durante la actuación. El tratamiento más eficaz es el tratamiento en un entorno natural, donde se desea corregir el comportamiento de los niños con TDAH. Por este motivo, los tratamientos clínicos, como la terapia lúdica, el asesoramiento infantil (psicoterapia de apoyo), el neurofeedback, etc., no han obtenido buenos resultados.
- Las intervenciones más efectivas para el entorno natural provienen de los programas de modificación de la conducta, es decir, tratamientos que cambian las condiciones ambientales estimulantes para provocar cambios de conducta en los niños (tanto promueven las conductas deseadas como controlan las no deseadas). Estos son tratamientos sintomáticos que son muy útiles en el hogar y la escuela, pero según Barkley, no pueden cambiar los déficits de autorregulación ni proporcionar mantenimiento y generalización más allá del alcance de sus acciones.
- La primera opción para el tratamiento de la depresión y los déficits de autorregulación son los psicoestimulantes, especialmente el metilfenidato. Su activación cortical universal y su efecto sobre la disponibilidad de dopamina

en determinadas regiones del cerebro implicadas en estas deficiencias produjeron mejoras significativas en el 70% al 90% de los niños con TDAH.

- Se cuestionará el uso de técnicas cognitivas conductuales típicas, entrenamiento de autoaprendizaje y resolución de problemas. Como comentó Barkley (1998) en los comentarios sobre el tema, en general, dieron resultados controvertidos, posiblemente por dos razones: -Cuando el problema está más relacionado con la implementación, la falta de énfasis es la capacidad sobreenfatizada. -Excesivo énfasis en entrenar las funciones más deterioradas de los niños con TDAH (más difícil de usar).
- Por otro lado, un elemento muy útil, hasta cierto punto contrario a la intención de la tecnología cognitivo-conductual, ya se trate de las tareas diarias en el hogar, especialmente los deberes, es la externalización de la información. Como se vio anteriormente, si algunos de los principales problemas del TDAH son la falta de representación interna de la información, la falta de funciones de control por voz y la falta de reloj cognitivo, entonces la solución es porque estos elementos suelen estar disponibles. Acciones externas: guías, grabaciones, carteles, notas, etc. Esperamos que las tareas que realizan los niños y el entorno en el que se desenvuelven se adapten a esta exteriorización: controlar los factores de interferencia y destacar las instrucciones y secuencias.
- Sin una fuerte motivación y una subcontratación mejorada, la subcontratación de información no tendrá mucho éxito. Dado que esta función cognitiva se empeora significativamente en el TDAH, el tratamiento debe combinarse con un plan de manejo intensivo, que incluya tareas o sustancias sociales. En este sentido, se ha demostrado que los planes económicos de tokens operativos o los contratos de comportamiento son efectivos. Por lo general, deberían durar más de lo habitual, pero también debe recordarse que a medida que los niños con TDAH crecen y maduran, es posible que se retiren e incluyan emergencias más naturales. Aunque es casi imposible, al contrario de lo que ocurre con otros niños, es casi imposible mantener el comportamiento deseado sin una fuente externa de refuerzo.
- El tratamiento del TDAH derivado del modelo de autorregulación es común en los síndromes crónicos: un paquete de intervención multimodal,

involucrando a diferentes profesionales, capacitando a los coterapeutas (padres y educadores), adaptándose a situaciones específicas (compartiendo una causa raíz común) El objetivo no es para curar, pero para reducir el impacto de los efectos secundarios: trastornos del comportamiento, fracasos académicos, problemas de adaptación social, autoestima, etc.

CONCLUSIONES

PRIMERA. Los maestros infantiles (junior y elemental) deben profundizar su comprensión de la literatura científica sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) para poder detectar este síntoma anormal, y luego tratarlo a través de la medicina científica o de su campo profesional.

SEGUNDA. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en la infancia se manifiesta por tres variables: falta de atención, hiperactividad y otros déficits cognitivos, así como anomalías que afectan el desarrollo cognitivo, emocional y social de los niños en la infancia.

TERCERA. Hay varios modelos de explicación para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad infantil (TDAH): el modelo de atención de Douglas; el modelo de desinhibición conductual de Barkley y el modelo de autorregulación de Barkley; cada uno tiene sus fortalezas y debilidades, pero actualmente el que está floreciendo es el último mencionado.

RECOMENDACIONES.

Se recomienda lo siguiente:

- A las autoridades educativas, implementar centros de atención a los padres de familia y docentes sobre el manejo de atención a los niños con problemas de TDHA
- A los docentes, capacitarse en estrategias de atención a niños con problemas de TDHA
- A los padres de familia, brindar apoyo a sus menores hijos y derivarlo a especialistas para que les brinde la atención respectiva.

REFERENCIAS CITADAS.

- Alarcon, R.D., Alegria, M., Bell, C. C., Boyce, C., Kirmayer, L.J., Lin, K.M., López, S., Üstün, B. y Wisner, K.L. (2002). Beyond the Funhouse mirrors: agenda on culture and psychiatry diagnosis. En D. J. Kupfer, M. B. First, y D. A. Regier (Eds.), *A research Agenda for DSM-V* (pp. 219-281). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Version IV Text Revision*: American Psychiatric Press.
- Anastopoulos, A.D. (2001). *Assessing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. Hingham, M.A., U.S.A.: Kluwer Academic Publishers.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R. y Bush, T. (2001). Time perception and reproduction in young adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Neuropsychology*, 15(3), 351-360.
- Bello, D. T., Allen, D. N. y Mayfield, J. (2008). Sensitivity of the children's category test level 2 to brain dysfunction. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23, 329-339.
- Birch, H. G. (1964). *Brain damage in children. The biological and social aspects*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Blau, A. (1936). Mental changes following head trauma in children. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 35, 722-769.
- Boncour, P. (1905). *Les anomalies mentales chez les écoliers. Étude médico-pédagogique*. Paris: Alcan.
- Boucugnani, L.L. y Jones, R.W. (1989). Behaviors analogous to frontal lobe dysfunction in children with Attention Déficit Hyperactivity Disorder. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 4, 161-173.
- Bourneville, E. (1897). *Le traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie*. Paris: Alcan.
- Bradley, C. (1937). The behavior of children receiving benzedrine. *American Journal of Psychiatry*, 94, 577-585.

- Bradley, C. y Bowen, M. (1941). Amphetamine (benzedrine) therapy of children's behavior disorders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 11, 92-103.
- Burks, H.F. (1960). The hyperkinetic child. *Journal of Exceptional Children*, 27, 18- 26.
- Chalfant, J.C. y Scheffelin, M.A. (1969). Central processing dysfunction in children: a review of research (Monografía, nº 9). National Institute of Neurological Diseases and Stroke. Washington, D.C.: Government Printing Office.
- Charney, D.S., Barlow, D.H., Botteron, K., Cohen, F.D., Goldman, D., Gur, R.E., Lin, K.M., Lopez, J.F., Meador-Woodruff, J.H., Moldin, S.O., Nestler, E.F., Watson, S.F. y Zalcman, S.F. (2002). Neuroscience research agenda to guide development of a pathophysiologically based classification system. En D. J. Kupfer, M. B. First y D. A. Regier (Eds.), *A research Agenda for DSM-V*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Chess, S. (1960). Diagnosis and treatment of the hyperactive child. *New York State Journal of Medicine*, 60, 2379-2385.
- Clements, S.D. (1966). Minimal brain dysfunction in children: Terminology and identification: Phase one of a three-year project (Monografía, nº 3). Washington, D.C.: National Institute of Neurological Diseases and Blindness. Department of Health, Education and Welfare.
- Clouston, T.S. (1899). Stages of over-excitability, hypersensitiveness, and mental explosiveness in children and treatment by the bromides. *Scottish Medical and Surgical Journal*, IV, 481-490.
- Crichton, A. (1798). *An inquiry into the nature and origin of mental derangement: comprehending a concise system of physiology and pathology of the human mind and history of the passion and their effects (Vol.1)*. Londres: Printed for T. Cadell Jr. y W. Davies in the Strand.
- Demoor, J. (1901). *Die anormalen kinder und ihre erziehliche behandlung in haus und schule*. Altenberg.
- Douglas V. (1972). Stop, Look and Listen: the problem of sustained attention and impulsive control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 4(4), 259-282.
- Dupré, E. (1909). Mythomanie infantile. Un cas de fugue suivie de fabulation. *Encephale*, 8, 117-126.
- Durot, H. (1913). *Les arriérés scolaires*. Conférences médico-pédagogiques, Paris: Nathan.

- Feingold, B. (1975). *Why your Child is hyperactive*. New York: Random House.
- Fernier, D. (1876). *The functions of the brain*. New York: Putnam.
- Herbert, M. (1964). The concept and testing of brain damage in children: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 5, 197-217.
- Heuyer, G. (1914). *Enfants anormaux et délinquants juvéniles*. Tesis de Medicina, Paris.
- Hoff, H. (1956). *Lehrbuch der psychiatry*, vol. II. Basel: Benno Schwabe.
- Hoffman, H. (1845). *Der Struwwelpeter*. Frankfurt: Literarische Anstalt. Ireland, W.E. (1877). *On idiocy and imbecility*. London: Churchill.
- James, W. (1883/1890). *The principles of psychology*. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.
- Johnson, R.C. y Medinnus, G.R. (1969). *Child Psychology: Behavior and Development* (2nd ed). New York: Wiley.
- Kahn, E. y Cohen, L.H. (1934). Organic drivenness. A brain stem syndrome and an experience with case reports. *New England Journal of Medicine*, 210, 748-756.
- Kanner, L. (1957). *Child Psychiatry* (3rd ed). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Kessler, R.C., Adler, L.A., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C.K., Faraone, S.V., Greenhill, L.L., Jaeger, S., Secnik, K., Spencer, T., Üstün, T.B. y Zaslavsky, A.M. (2005). Patterns and predictors of Attention Deficit Hyperactivity Disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1442-1451.
- Kramer, F. y Pollnow, H. (1930). *Hyperkinetische zustandsbilder im kindesalter*. Berliner gesellschaft für psychiatrie und nervenkrankheiten sitzung. *Zentralbl Gesamte Neurol Psychiatr*, 57, 844-845
- Laufer, M., Denhoff, E. y Solomons, G. (1957). Hyperkinetic impulsive disorder in children´s behavior problems. *Psychosomatic Medicine*, 19, 38-49.
- Levin, P.M. (1938). Restlessness in children. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 39, 764-770.
- Mackeith, R.C. y Bax, M.C.O. (1963). *Minimal cerebral dysfunction*. Papers from the International Study Group held at Oxford, September 1962. *Little Club Clinics in Development Medicine*, nº 10. London: Heinemann.
- Makris, N., Biederman, J., Valera, E.M., Bush, G., Kaiser, J., Kennedy, D.N., Caviness, V.S., Faraone, S.V. y Seidman, L.J. (2007). Cortical thinning of the attention and

- executive function networks in adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Cerebral Cortex*, 17(6), 1364-1375.
- Maudsley, H. (1867). *The Physiology and pathology of the mind*. London: Macmillan.
- McBurnett, K., Lahey, B.B. y Pfiffner, L.J. (1993). Diagnosis of attention deficit disorders in DSM-IV: Scientific basics and implications for education. *Exceptional Children*, 60(2), 107-117.
- Nigg, J.T. (2006). *What causes ADHD? Understanding what goes wrong and why*. New York (USA): Guilford Press.
- Organización Mundial de la Salud (1975). *CIE-9: Novena revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Meditor.
- Paine, R., Werry, J. y Quay, H. (1968). A study of minimal cerebral dysfunction. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 19, 505-520.
- Pine, D.S., Alegria, M., Cook, E.H. Jr., Costello, E.J., Dahl, R.E., Koretz, D., Merikangas, K.R., Reiss, A.L. y Vitiello, B. (2002). Advances in developmental science and DSM-V. En D. J. Kupfer, M. B. First y D. A. Regier (Eds.), *A research Agenda for DSM-V* (pp. 85-122). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Reese, H.W. y Lipsitt, L.P. (1970). *Experimental Child Psychology*. London: Academic Press.
- Robertson, M.M. (2000). Tourette syndrome, associated conditions and the complexities of treatment. *Brain*, 123, 425-462.
- Rounsaville, B.J., Alarcon, R.D., Andrews, G., Jackson, J.S., Kendell, R.E. y Kendler, K. (2002). Basic nomenclature issues for DSM-V. En D. J. Kupfer, M. B. First y D. A. Regier (Eds.), *A research Agenda for DSM-V* (pp. 1-29). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Sandberg, S. y Barton, J. (2002). Historical development. En Sandberg, S. (Ed.), *Hyperactivity and Attention Disorders of Childhood*. West Nyack, NY, USA: Cambridge University Press.
- Spearman, C. (1937). *Psychology down the ages* (1). London: Macmillan.

- Spencer, T.J., Biederman, J. y Mick, E. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, Comorbidities, and Neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 631-642.
- Still, G.F. (1902). Some abnormal psychological conditions in children: a coulstonian lectures. *Lancet*, 1, 1008-1012.
- Strauss, A.A. y Kephart, N.C. (1955). *Psychopathology and education of the brain-injured child*. Vol. 2: Progress in theory and clinic. New York: Grune and Stratton.
- Strauss, A.A. y Lehtinen, L.E. (1947). *Psychopathology and education of the brain injured child*. New York: Grune & Stratton.
- Tredgold, A.F. (1908). *Mental deficiency (Amentia)*. New York: W. Wood.
- Vermeulen, G. (1926). *Los débiles mentales*. Madrid: Hernando.
- Wallon, H. (1925). *L'enfant turbulent*. Paris: Alcan.
- Warren, R.J., Karduck, W.A., Bussaratid, S., Stewart, M.A. y Sly, W.S. (1971). The hyperactive child syndrome. Normal chromosome findings. *Archives of General Psychiatry*, 24(2), 161-162.
- Winkler, A., Dixon, J. y Parker, J. (1970). Brain function in problem children and controls: Psychometric, neurological, electroencephalographic comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 127, 634-645.

Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	scholar.googleusercontent.com Fuente de Internet	4%
2	www.scribd.com Fuente de Internet	3%
3	es.m.wikipedia.org Fuente de Internet	1%
4	docplayer.es Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Catolica de Avila Trabajo del estudiante	1%
6	repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	www.clubensayos.com Fuente de Internet	1%
8	www.anagmendez.net Fuente de Internet	1%
9	entline.free.fr Fuente de Internet	<1%

10	Submitted to Universidad de Málaga - Tii Trabajo del estudiante	<1 %
11	www.fundaicyl.org Fuente de Internet	<1 %
12	Submitted to Universidad Internacional Isabel I de Castilla Trabajo del estudiante	<1 %
13	drupal.uneatlantico.es Fuente de Internet	<1 %
14	moam.info Fuente de Internet	<1 %
15	diposit.ub.edu Fuente de Internet	<1 %
16	salud.medicinatv.com Fuente de Internet	<1 %
17	www.paginamedica.com Fuente de Internet	<1 %
18	Kenneth R. Kaufman, Anita Bajaj, John F. Schiltz. "Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in gymnastics: preliminary findings", Apunts. Medicina de l'Esport, 2011 Publicación	<1 %
19	www.mec.es Fuente de Internet	<1 %
		
tejedordehistorias.wordpress.com		

20

Fuente de Internet

<1 %

Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 15 words



Oscar Calixto La Rosa Feijoo
Asesor.