

original

6/10

TDAH

TRASTORNO POR DEFICIT DE LA ATENCION CON HIPERACTIVIDAD



Profesores
 Titular: Psicóloga Carmen Talou
 Especialista Gastón Piazzè
 Cátedra Psicopatología II
 Facultad de Psicología
 UNLP
 Año académico 2011

Trastornos de la actividad y la atención

Se constituye en un problema de la Salud Pública. Es una condición con múltiples proble... Actualmente uno de los primeros motivos de consulta en instituciones de salud mental infantil.

Problema infantil que tiene amplia difusión, asistimos a una extensión del tema; actualmente de conocimiento popular; todos acreditan alguna experiencia con... o plantean dudas acerca de... (Impresiones, experiencias, preguntas). Ha entrado en nuestro vocabulario corriente, aunque el status mediático, vehiculiza confusión y abusos

Vidas controversias también con respecto a los criterios e hipótesis etiopatogénicas, así como cuestionamientos acerca de la validez del criterio nosográfico. Se ubica en la frontera móvil de lo normal y lo patológico

Considerado por numerosos autores e incluido en principales sistemas nosológicos como un trastorno del comportamiento, de inicio en la infancia,

Se hacen referencia al mismo a través de crecientes publicaciones cuyo número es estable después de la emergencia de los criterios operacionales.

En Francia, mas alla de los consensos de la comunidad internacional sobre su reconocimiento, desventajas y gravedad, persisten interrogantes sobre su validez diagnóstica y las medidas terapéuticas.

También aparecen artículos haciendo reseña de los famosos con TDAH (Michael Phelps, "nadador mas veloz de la historia", Olimpiadas 2008)

intencional
 precocidad
 y dinámico



CIE-10

Trastornos de la actividad y la atención

Este trastorno implica, primordialmente, una dificultad, generalizada en el espacio y el tiempo (ocurre en cualquier lugar y todos los días), para mantener y regular la atención y una actividad motora excesiva (hiperquinesia o hiperactividad). Se manifiesta en forma de un notable déficit de reflexividad: actúa con impulsividad o con escasa reflexión. Estos tres grupos de síntomas se constituyen como los fundamentales: hiperactividad, el déficit atención, la impulsividad.

- Además tres factores se deben tener muy en cuenta
- la intensidad, es el factor mas subjetivo depende de la tolerancia, exigencias, personales,
 - la frecuencia es la que crea problemas,
 - la duración.



SEMIOLOGIA

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) presenta síntomas importantes en el campo de la atención, el control de los impulsos y la regulación del nivel de actividad. Los síntomas tal como aparecen en el DSM-IV, incluyen:

Falta de atención

- (a) a menudo no pone atención a los detalles o comete errores descuidados en el trabajo escolar, trabajo, u otras actividades;
- (b) a menudo tiene dificultad en sostener la atención en las tareas o actividades de juego;
- (c) a menudo no aparenta escuchar cuando se le habla directamente;
- (d) a menudo no sigue las instrucciones (no se debe al diagnóstico de negativismo desafiante ni la inhabilidad para comprender las instrucciones);
- (e) a menudo tiene dificultad al organizar sus tareas y actividades;
- (f) a menudo esquiva, le disgusta, o es reacio a participar en tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (tales como el trabajo o deberes escolares);
- (g) a menudo pierde las cosas necesarias para las tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, tareas escolares, lápices, libros, o herramientas);
- (h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos ajenos;
- (i) a menudo se olvida fácilmente en las actividades diarias. (American Psychiatric Association, 1994, pag. 83-84)

Se describe, en la literatura especializada un subtipo en el que está ausente la hiperactividad: niños hipocativos permanentemente implicados en ensueños.



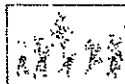
Psicopato II

FOTOCOPIADORA:
 C.E.Psi
 Psicopatología II
 Folio 140 S/F 1 D/F 3

Hiperactividad

El síntoma más visible del AD/HD es la actividad excesiva. El infante/niño pre-escolar hiperactivo se describe como "siempre está en movimiento" o "movido por motor eléctrico". Con la edad, el nivel de actividad puede disminuir. Al madurar como adolescente o adulto, la actividad excesiva puede aparentar una conducta inquieta y nerviosa (American Psychiatric Association, 1994).

- (a) a menudo mueve las manos o los pies o está inquieto en la silla;
- (b) a menudo deja su asiento dentro del salón de clases o en otras situaciones en las cuales se espera que se mantenga en su asiento;
- (c) a menudo corre o se sube a los árboles u otros objetos excesivamente en situaciones en las cuales es inadecuado (en los adolescentes o adultos, esto puede limitarse a un sentimiento de intranquilidad subjetiva);
- (d) a menudo tiene dificultad en jugar o participar en actividades de recreo tranquilamente;
- (e) a menudo esta "en movimiento" o a menudo se comporta como si fuera "movido por motor eléctrico;"
- (f) a menudo habla excesivamente. (APA, 1994)



Impulsividad

Cuando consideramos la impulsividad, pensamos primero en la impulsividad cognitiva, el actuar sin pensar. En niño con AD/HD la impulsividad es algo diferente. Estos niños actúan antes de pensar, porque tienen dificultad en esperar o con el atraso de la gratificación. La impulsividad conduce a estos niños a hablar fuera de turno, a interrumpir a los demás, y a participar en lo que aparenta ser una conducta arriesgada. El niño puede atravesar la calle sin mirar o subirse a un árbol muy alto. Aunque tal conducta es arriesgada, en realidad el niño no desea tomar riesgos sino que tiene dificultades en controlar sus impulsos. A menudo se sorprende al descubrir que él o ella se encuentra en una situación peligrosa y no tiene la menor idea de como salirse de esta.

Los síntomas de la impulsividad, tal como aparecen en el DSM-IV son:

- (g) a menudo deja escapar las respuestas antes de que las preguntas hayan sido completadas;
 - (h) a menudo tiene dificultad en esperar su turno;
 - (i) a menudo interrumpe o se mete en los asuntos de otros (por ejemplo, interrumpe las conversaciones o juegos de los demás).
- En el DSM-IV, la hiperactividad e impulsividad ya no son consideradas como características apartes.

De acuerdo a Barkley (1998), la hiperactividad-impulsividad es un patrón que se origina en una dificultad general para inhibir la conducta.

Otros síntomas

- Baja estima de sí mismo,
- Problemas afectivos diversos, baja tolerancia a frustración, temperamento explosivo, humor depresivo,
- Insistencia excesiva y frecuente en que se satisfagan sus peticiones, testarudez, una actitud autoritaria,
- Dificultad para seguir las reglas,
- Tendencia a la fabulación, tendencia a la negación de la responsabilidad,
- Dificultad para percibir y evaluar los peligros,
- Conducta riesgosa o temeraria,
- Desorganización personal,
- Alternancia entre inhibición y desinhibición,
- Conflictos frecuentes con sus pares, rechazo social,
- Lentitud en la ejecución de la tarea, pobre rendimiento académico,
- Retraimiento social,....

Atención

Según afirma García (1997): "La atención es un mecanismo implicado directamente en la activación y el funcionamiento de los procesos y/u operaciones de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica" la atención no puede ser considerada como un proceso unitario ya que hay diversos dominios cognitivos vinculados a la atención (Sturm y cols., 1997).

Básicamente se diferencian cuatro dominios cognitivos vinculados a los procesos atencionales:

- atención selectiva, ligada a procesos selectivos;
- atención dividida que se asocia a los procesos de distribución o división;
- tareas de vigilancia, ligadas a procesos de mantenimiento o sostenimiento de la atención; y finalmente lo que se denomina
- alerta fásica, unida a procesos de emisión rápida de respuesta.

Los dos primeros tipos hacen referencia a procesos de selección de información en situaciones en que la capacidad atencional es limitada, mientras que las dos últimas se refieren a procesos que son indicativos de la intensidad o capacidad de la atención en términos generales (Van Zomeren y Brouwer, 1994).

Consideración Terminológica

La existencia de terminologías diferentes contribuyen a la dificultad para construir un consenso. Se usa el término con diferentes significados:

- Como conducta,
- Como temperamento,
- Como síntoma,
- Como síndrome,
- Como enfermedad.

Identificamos a través de la constitución del concepto los diferentes nombres más usados, en los últimos tiempos; para designar este síndrome:

- Síndrome de lesión cerebral mínima, Síndrome de disfunción cerebral mínima, Síndrome hiperquinético, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (DSM-IV, incorporado en DSM III), Trastorno de la actividad y de la atención (CIE-10),

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad según Asociación Americana de Psiquiatría, APA, combina síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad. La sigla TDAH es la correspondiente al idioma español (aparece en DSM-III).

En los países de habla inglesa, son de uso frecuente las siglas ADHD y ADD.

En otros se la reconoce como trastornos de la conducta hiperactiva o hiperquinética.

Consideración Histórica

Los trastornos hiperquinéticos han sido descritos por autores en los últimos 200 años, quizás desde la antigüedad; no siempre han sido denominados de la misma forma, con el curso de los años la noción también ha progresado.

Las bases científicas se comenzaron a establecer a principio siglo XX. Ya se los ve incluido documentos literarios. Hay referencia en Shakespeare, al trastorno de la atención en el rey Enrique VIII.

Según algunos autores el síndrome de la conducta hiperactiva en el niño fue descrito por primera vez, en literatura médica por HEINRICH HOFMANN, 1845; médico alemán, quien escribió un libro en forma de poemas haciendo referencias, entre otros a un niño, que presentaba los síntomas con los que hoy se identifica el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (*The story of Fidgeyt Philip*) (ver página internet)



Siglo XIX

1867, MAUDSLEY, H (1835-1918) en Inglaterra, menciona

1877, IRELAND, W.W. hizo lo propio en su libro *Medical and Education Treatment of various forms of idioy*.

Y otros en siglo XIX

1890- W. JAMES (1890), EUA, en *Principles de Psychology* refiere a variación del carácter que llama "explosivo";

1898, E. KRAEPELIN (1856-1929) habla de los "psicópatas inestables" pero en relación a los adultos, aunque el 5% de los pacientes eran sujetos de 10 a 15 años de edad.

1897, BOURNEVILLE, D. (1840- 1909) es el primer autor francés que describe en su libro "*Le traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie*" a niños débiles leves, inestables, con inquietud física y psíquica

A finales siglo XIX el concepto de hiperactividad infantil surge también de las preocupaciones de las diferentes formas de desviación social, producto más de una ciencia saturada de ideología que de una socialmente neutra y ética.

1902-SIR GEORGE FREDERIC STILL (1868-1941) y la pérdida del control moral. Pediatra y profesor de enfermedades infantiles en el King's College Hospital de Londres; en un ciclo de conferencias analizó 20 niños, alguno de los cuales eran muy semejantes a los descritos hoy, en el síndrome hiperquinético. El habla de síndrome del daño cerebral (Brain damage syndrome). Menciona traumatismos, lesiones encefalitis, como explicando los cambios del comportamiento.

Hace referencia a la pérdida del control moral en tanto control de la actividad, en conformidad con la conciencia moral característica, común a todos esos niños que no pueden controlarse por falla en la moralidad. La conciencia moral eran considerada como innata y formando parte de la inteligencia; fracaso de los procesos inhibitorios.



Siglo XX

- 1901, J. DEMODR, en Alemania, en sus obras sobre la educación infantil, describe la inestabilidad infantil a la que llama "causa mental". Esta inestabilidad puede existir con o sin retraso intelectual.
- 1905, PAUL BONDURANT (relacionado con Bourneville) en su libro "Les anomalies mentales des écoliers", consagra un capítulo al escolar inestable.
- 1908-ALFRED S. TREGOLD (1870-1958) especialista en Retraso Mental. En 1908, en su libro *Mental Deficiency* describió niños con problemas de conducta, clasificándolos dentro del grupo de deficientes mentales débiles e incapaces de recibir beneficios de las enseñanzas ordinarias que se les daban en el colegio, pero capaces de progresar con atención individual y clases especializadas. Estos niños mostraban rasgos físicos peculiares: tamaño y forma anormal de la cabeza, anomalías en el paladar y signos neurológicos leves. Consideraba que la causa de tales problemas era el resultado de una anoxia durante el nacimiento que provocaba un tiempo y produce daño en un área del cerebro, área en la que reside, el sentido de la moral. Las consecuencias de tal daño, de acuerdo con Tregold, podían transmitirse de una generación a otra, y adoptar formas diversas como hiperactividad, migraña, epilepsia, histeria y neurosíndromes disfunción del concepto de LCA.
- 1914, G. HEUYER en "Les enfants normaux et les délinquants juveniles", tesis 1914, retoma la idea desarrollada por Kraepelin (Pag 217).
- Luego de Epidemia de encefalitis en Europa y América 1917-18 los niños que sobrevivieron a infección cerebral presentaban problemas semejantes a los descritos actualmente en TDAH. El análisis de estas causas y otros comorbilidades acerca de trauma del nacimiento, lesiones cerebrales, postinfecciosas... dieron origen al concepto de síndrome de la lesión cerebral, generalmente asociado al RM, a la exposición de toxinas.
- 1917, R. LABDRA, en España detalla también los características clínicas de estos niños sin deficiencias cognitivas, ni sensoriales, nerviosos, desatentos, indisciplinados en constante actividad.
- 1923, G. VERMEYLEN, en Bélgica, realiza un estudio con 50 sujetos débiles mentales a los que divide en armónicos y disarmónicos, entre estos últimos distingue los inestables, los emotivos y los sós.
- 1925, tesis de H. WALLON (1879- 1962) en Francia, habla de "Enfant turbulent" a partir de observaciones sobre casos.
- 1923, SANTE DE SANCTIS (1862-1935), italiano, psiquiatra infantil "El síndrome de la inestabilidad puede ser la expresión de la personalidad en formación del niño."
- 1926-SMITH propone reemplazar el término de lesión cerebral por el de lesión cerebral mínima. La existencia del comportamiento de hiperactividad resulta suficiente para sostener la existencia de una lesión cerebral. A pesar de que la lesión puede pasar desapercibida.

- 1934, KAHN Y COHEN proponen el término Síndrome de impulsividad orgánica, para destacar el origen orgánico del TDAH (disfunción tronco encefálica), sustituido más tarde por la Disfunción Cerebral Mínima de Clements y Peters, sosteniendo la hipótesis de un origen funcional.
- 1937-OAKLEY BRADLEY publica seguimiento de 30 niños de 5 a 14 años cuyos trastornos disminuyeron con administración de anfetaminas. Fue un descubrimiento casual el de los efectos de la droga sobre la conducta y la función intelectual; la prescribió por primera vez en un intento por aliviar a los niños de dolores de cabeza al aumentar la presión sanguínea como consecuencia de exámenes psicomotrices.
- 1944-EL SÍNDROME DE STRAUSS Avanzando en esta línea Strauss y Laitinen (1947) consideran que el trastorno hiperkinético estaba provocado por una lesión cerebral exógena determinada por algún factor ajeno a la dotación genética del individuo. Dentro del "síndrome Strauss" además de la hiperactividad se incluyen otros síntomas fundamentales como impulsividad, labilidad emocional, perseveración, atención escasa y dificultad perceptiva. La aportación más significativa de estos autores fue las recomendaciones que diseñaron para la educación de los niños con lesión cerebral, que aún se mantienen en los planes educativos de niños con DA u TDAH a pesar del escaso apoyo científico que las respalda: ubicación en clases más pequeñas, con mayor control y con pocos estímulos para reducir los distractores ambientales.
- 1957-LAUFER Y DENHOFF describen otras características vinculadas a la hiperactividad lo llamaron el síndrome del comportamiento hiperkinético. Consideraron la hiperactividad como un síndrome médico provocado por un defecto en las estructuras subcorticales del tálamo que ejercen una función homeostática vía las conexiones que mantienen con el sistema límbico que regula la expresión emocional. Los síntomas fundamentales del trastorno (hiperactividad, períodos cortos de atención, escasa concentración, impulsividad e incapacidad de demorar las gratificaciones y dificultades escolares) se explicaban mediante el fallo del tálamo, mientras que la patología secundaria del síndrome obedecía a la interacción entre factores biológicos y sociales. Diferencian entre síntomas primarios y secundarios.

Concluyendo, hacia el final de esta etapa se divulgó la concepción de que la hiperactividad era un síndrome relacionado al daño cerebral, aún careciendo de evidencia al respecto. Su pronóstico era malo y las recomendaciones de intervención se centraban en directrices educativas.

En década de los 60, la interpretación de la hiperkinesia como un trastorno del comportamiento resultante de un daño cerebral se sustituyó por el concepto más sutil de Disfunción Cerebral Mínima. (DCM)

1963-OXFORD INTERNATIONAL STUDY GROUP OF CHILDREN NEUROLOGY proponen reemplazar lesión cerebral mínima por disfunción cerebral mínima (minimal brain dysfunction)

Clemens 1966, dirigió un estudio grupal pag 27

Gomez, 1968, afirma que "Daño cerebral mínimo es igual a máxima confusión neurológica". Otros llegan a afirmar que no debería haberse permitido que la hiperactividad haya sobrevivido a la desaparición de la disfunción cerebral mínima.

En década de los 70, reinaba una gran insatisfacción con respecto por un lado al término DCM, algunos lo encontraban restrictivo ya que la causa no podía ser más que neurológica; otros demasiado amplio ya que podía aplicarse a diferentes problemas de los niños.

1978, Virginia Douglas en Universidad McGill, Montreal, Canadá, tras 15 años de estudio opina que las deficiencias en mantenimiento de la atención y el control de los impulsos tiene mas valor explicativo que hiperactividad. Su investigación tiene un fuerte impacto punto que la APA modifica la forma de nombrar esta condición y considera que el trastorno fundamental reside en el déficit atencional, esto se ve en el DSM-III, Attention Deficit Disorder (ADD). Posteriormente se modifica en el DSM III-R. (Antes en DSM II: Reacción hiperquinética en la infancia).

El déficit atencional se convierte en la piedra angular del trastorno, en los años 70.

Rappoport, 1980, refuta la tesis del efecto paradójico de los estimulantes.

Scandar, R. resume:

1907-1960	Periodo del daño cerebral infantil
1960-1969	Periodo del síndrome hiperquinético y la Disfunción Cerebral Mínima
1970-1979	Periodo de la emergencia del déficit atencional
1980-1990/94	Periodo de la consolidación de las bases diagnósticas del TDAH
1990.....	Década de estudios por neuroimagen, la genética y los adultos con TDAH

Taylor, E., especialista inglés, sostiene que la conducta hiperactiva es considerada como un aspecto importante de los problemas de algunos niños inquietos, pero que tiene causas diferentes y efectos complejos para el desarrollo psicológico infantil. Recomienda usar prudentemente la categoría síndrome de la conducta hiperactiva. A pesar de esto, asistimos a un abuso del diagnóstico.

En la actualidad algunos teóricos reconocidos tienden a « conceptualizar el trastorno como un déficit del control inhibitorio más que como un simple problema de atención».

ETIOPATOGENIA

Modelos explicativos

- Virginia Douglas,
- Russell Barkley,
- Ciencia cognitiva,
- Neuropsicología: Función ejecutiva,
- Neurociencias: Lesión cerebral, Complicaciones perinatales, Maduración cerebral, Disfunción cerebral, córtex prefrontal, sistema reticular,
- Teorías genéticas,
- Hipótesis neuroquímicas de los neurotransmisores responsables: teoría del metabolismo dopamina, de la norpinefrina, serotonina.

Tesis biológicas, genéticas, metabólicas,...

"No se ha comprobado de forma concluyente ninguna causa, si varios factores con valor causal"

- Factores estudiados en TDAH en los 30 años últimos, apuntan hacia un fundamento biológico.
- No hay evidencia que sea el resultado de estructura cromosómica anormal (como 5,Down), de su fragilidad (X frágil), de transmutación o material cromosómico extra. Sin embargo la mayoría de investigaciones sugieren que TDAH es altamente hereditario. Factores hereditarios: estudios con gemelos, filias con TDAH y niños adoptados.
 - TDAH es 4 veces mas frecuente en filias con un miembro; en gemelos idénticos es aun mas alta.
 - 60 % niños presentan anomalía en un gen que es responsable de codificar receptores de dopamina.
 - Lesiones sobre SNC: prenatales, paranatales y posnatales (solo 5% de casos).
 - Alcohol y tabaco: prenatal intoxicación por nicotina y/o alcohol en las madres.
 - Intoxicaciones por aditivos y plomo,
 - Estudios anatómicos: Cerebros estudiados a través de resonancia magnética (NIMH), diferencia de tamaño en tres áreas del cortex frontal, zona orbita frontal, núcleo caudado y globo pálido. También del cuerpo calloso.
 - Hemisferio derecho de niños con TDAH, 5,2% mas pequeño: asimetría anormal de hemisferios
 - Sistemas cerebrales mas vulnerables zona frontal responsable de funciones ejecutivas íntimamente relacionados con TDAH, otra zona sería la del LO, localizada en hemisferio izquierdo especialmente la capacidad de procesamiento fonológico;

Perspectiva neuroquímica: Estudios del flujo sanguíneo cerebral en cortex frontal y su vinculación con Núcleo caudado y Globo pálido, estaría disminuido.

- Estudios con tomografía de emisión de positrones mas recientes, sobre consumo de glucosa, que sería como un "combustible de la actividad cerebral", muestran disminución de la actividad cerebral, zona orbito frontal: fuerte asociación entre actividad metabólica cerebral de ciertas regiones y síntomas de TDAH.
- Investigación Neuroquímica : Dos neurotransmisores: dopamina y norepinefrina tienen un papel importante Dopamina en el control actividad motora y la norepinefrina en la determinación del nivel de arousal y orientación hacia estímulos Ambos trabajan en forma estrecha para lograr un adecuado nivel atencional, control inhibitorio, planeamiento comportamental. Serotonina tendría un papel secundario (Scandar 2007)

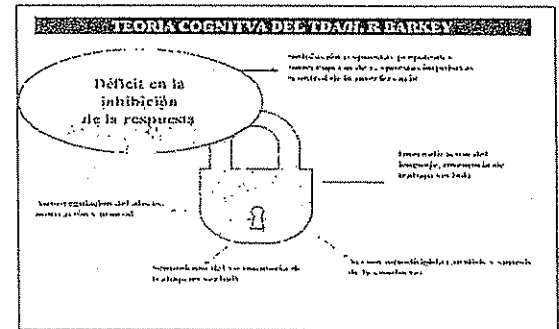


COMPORTAMIENTO GOBERNADO POR REGLAS

Efectivamente, el comportamiento gobernado por reglas está alterado en buena medida en los pacientes con TDAH, ya que presentan dificultades en obedecer consistentemente las órdenes de padres y docentes, en seguir las normas establecidas por el formato hogareño o escolar en especial si el respeto de ellas implica demorar la gratificación de algo vivido como necesario por el niño.

COMPORTAMIENTO TEMERARIO

La inquietud y la impulsividad tienen altas posibilidades de asociarse en los niños con TDAH, con lo que se denomina comportamiento temerario que es un comportamiento expuesto a los peligros o comportamiento orientado a tomar riesgos. Existe consenso en torno de que la tendencia de los niños, adolescentes y adultos con TDAH a buscar situaciones de gran estímulo es, potencialmente, uno de los aspectos más peligrosos y destructivos que presenta el TDAH en la sociedad contemporánea (T.Hartman, 1995; E. M. Hallowell & J. Ratey, 1994).



Motivación y mantenimiento estable de una performance

La variabilidad en el desempeño concreto frente a las tareas es otra característica fuertemente asociada con el cuadro desde hace ya muchos años (V. L. Douglas, 1972). Tanto padres como docentes certifican que el rendimiento puede cambiar significativamente de una situación a otra o incluso evidenciarse dicho cambio en el curso de una actividad.



Efectivamente, los síntomas relacionados con el control ejecutivo: la motivación, los sistemas de premios y castigos y la capacidad para trabajar en función de objetivos de largo alcance parece comprometida en un buen número de estos niños.

"De hecho, los niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad tienen problemas en hacer tareas que les desagradan, en planificar actividades en que el premio es visto como algo muy alejado del presente, parecen necesitar premios a instancias temporales muy cortas para que efectivamente se sientan motivados, de lo contrario se frustran y desalientan con facilidad, etc..."

Aunque no se menciona específicamente en la descripción primaria, el trastorno motivacional ha sido un aspecto central en la comprensión del TDAH. De hecho ha dado lugar a la llamada "teoría motivacional del ADHD" (V. L. Douglas, 1993), que como veremos también se emparenta con la teoría del déficit inhibitorio.

fuentes

Déficit en las Funciones ejecutivas

La presentación heterogénea del TDAH ha impulsado una búsqueda intensa sobre el posible sustrato neuropsicológico del trastorno. Las funciones ejecutivas han comenzado a ocupar un lugar central. Cuando tenemos que relacionarnos con el mundo, externo o interno, de una forma que requiere un esfuerzo sostenido requerimos de un apropiado funcionamiento de las funciones ejecutivas. El módulo cerebral que más íntimamente se relaciona con estas funciones es una parte del lóbulo frontal, el Área Prefrontal, íntimamente conectada y vinculada con los Ganglios de la Base y el Cerebelo.

Como sintetiza E. H. Jacobs (1998):

"Las tareas que implican un esfuerzo sostenido requieren la inhibición y el control de varias procesos cognitivos y comportamentales a la vez. Estos exigen que el individuo mantenga la atención todo el tiempo necesario para completar la tarea (R. J. Schachar & R. Yoncoski, 1993). Este tipo de tareas, también necesitan de la habilidad para formular planes o estrategias mentales se inhiben las respuestas predominantes o impulsos (S. M. Riccio & J. A. Maglieri, 1992). Estas habilidades también dependen del nivel de control que el individuo posee sobre su nivel de arousal, o estado de alerta mental, en función de responder a las demandas de la situación."

"Estos requerimientos se entrecruzan a través de la habilidad del individuo para organizar su tiempo y su ambiente físico circundante, para regular su comportamiento y funcionamiento cognitivo, para ensayar o practicar soluciones a los problemas, y para practicar flexibilidad en la consideración de respuestas alternativas a los desafíos que las situaciones le van poniendo enfrente (M. J. Roeders & L. Harris, L. J. & R. O., 1990; R.M. Robbins, P. M., 1992). Las tareas que exigen a las funciones ejecutivas o menudo requieren memorización y computación (R. A. Dykman & R. Y. Ackerman, 1993)"

En síntesis, las funciones ejecutivas son procesos de control que involucran capacidad inhibitoria, demora en el tiempo de respuesta que permite al individuo iniciar, mantener, detener y cambiar sus procesos mentales para lo cual debe establecer prioridades, organizarse y poner en práctica una estrategia (M. B. Denckla, 1980).

Al estudiar el déficit de las funciones cognitivas, la heterogeneidad del TDAH adquiere un punto de unificación y de comprensión renovada. Es por ello que los principales estudiosos del TDAH en la actualidad tienden a ver al trastorno como un déficit de control inhibitorio, más que como un déficit de la capacidad de atención.

fuentes

Dificultades psicosociales

Los niños con TDAH que presentan importantes síntomas de hiperactividad e impulsividad tienen algunas características personales que pronto les traerán dificultades con sus familiares, compañeros de juegos y de estudio. Las principales son las siguientes: excesivo liderazgo, baja tolerancia a la frustración, reacciones impulsivas para obtener ventajas inmediatas, poco respeto a las reglas, abandono del juego cuando éste se vuelve desfavorable, mentiras, y ciertas dificultades para resolver problemas interpersonales. Los dos escenarios donde inicialmente y preferentemente se plantean los problemas son: el hogar y la escuela.

La socialización se torna difícil; si consideramos la dinámica de la familia, vemos que a veces no pueden organizar el desarrollo del niño, así como la organización familiar. Los padres y hermanos se quejan de la conducta del pequeño, al que a veces dicen "no aguantar más". Igual los maestros

Estas dificultades relacionales son muy importantes a la hora de analizar los múltiples determinantes y elaborar tratamientos.

Magnitud del problema

En los estudios epidemiológicos las variaciones de información dependen

- Los sistemas que se recogen como fundamentales, que hacen a la definición de caso: Los métodos de recolección de información; Las fuentes; a quien se pide información, padres, maestros, niños, clínicos; - la restricción de los criterios diagnósticos ¿se incluye comorbilidad?
- "Prevalencia se sitúa entre el 3% y 5% de los niños en edad escolar, los datos para adolescentes y adultos son imprecisos" (DSM IV)
- El trastorno es mucho más frecuente en varones que mujeres varía entre: 4:1; 9:1 (en función de si la población es general o clínica).
- Siguiendo un razonamiento estadístico se puede sostener que 1 niño por aula bien puede presentar TDAH y existan posibilidades en relación de 3 a 1 de que sea varón.
- Se presenta en distintas culturas (variaciones en prevalencia en países occidentales, en función de prácticas diagnósticas diferentes).
- Este es un trastorno clásicamente diagnosticado en niños, pero la investigación actual justifica la descripción del síndrome para cada momento evolutivo: infancia, adolescencia y adultez (Barkley, 1998).
- Más difícil el diagnóstico en niños menores de 4-5 años, en función de la variabilidad de su comportamiento, en función de los contextos, pues no se les plantean idénticas exigencias de atención sostenida, como es el caso de los niños escolarizados "Aunque los pequeños con trastorno de déficit de la atención con hiperactividad, en general se mueven excesivamente y suelen ser difíciles de contener y controlar".

Diagnostico

Diferentes técnicas e instrumentos así como sujetos a consultar: niños, maestros, padres,

Técnicas e instrumentos

- Escala de evaluación de Conners para maestros, padres, cuidadores; grilla de observación muy conocida basado en DSM II (1968)
- Escala de evaluación de Achenbach,
- Escala Magallanes Se han construido de acuerdo con el Modelo Conceptual de los TDA elaborado por los mismos autores, dando preferencia a los criterios diagnósticos de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), frente a los de la American Psychiatric Association (DSM-IV).
- Entrevista
- Clínica
- Test del desarrollo cognitivo
- Test del lenguaje
- Test de problemas de conducta
- Evaluación psicopedagógica

Curso y pronóstico

- La mayor parte de padres observan por primera vez la sobre actividad motora con el comienzo y desarrollo de la locomoción independiente, aunque esta no siempre persiste.
 - Habitualmente se lo diagnostica en los primeros años de la enseñanza elemental cuando afecta la adaptación escolar.
 - Se sostiene que constituyen un grupo vulnerable en relación al desarrollo personal, comportamiento antisocial y fracaso escolar. La hiperactividad grave y permanente parece ejercer influencia en desarrollo posterior
 - El TDAH es concebido tradicionalmente y conocido como un trastorno en la infancia, pero la investigación reciente demuestra que es una condición de carácter permanente que evoluciona con el paso del tiempo y por ende, se puede describir un síndrome TDAH para cada período evolutivo: infancia, adolescencia y adultez.
 - Los niños y jóvenes con TDAH sufren dificultades que perjudican su vida escolar, social y emocional; sus padres y docentes luchan con situaciones difíciles tratando de armonizar la necesaria estructura del hogar y de la escuela con las características y necesidades del niño. Es frecuente la dificultad en habilitarle un adecuado proceso de aprendizaje, socialización.
 - En la mayoría de los casos el trastorno se mantiene relativamente estable a lo largo de los primeros años de la adolescencia, se atenúa con el avance de la adolescencia. Al final de la infancia y en adolescencia son menores los síntomas de actividad motora excesiva, pueden limitarse a inquietud motora o sentimiento interno de desazón.
 - El cuadro puede persistir atenuado en la adultez, algunos presentan síntomas que causan alteraciones funcionales. En vida adulta la inquietud puede dar lugar a dificultades para participar en actividades sedentarias así como evitación de tareas, de pasatiempos que impliquen limitaciones en el movimiento espontáneo.
 - Es necesaria la comprensión evolutiva de continuidades/discontinuidades a fin de determinar la dirección de las intervenciones.
- En adolescente con frecuencia, las tres dimensiones claves persisten
Deficiencia atencional, problemas escolares; Impulsividad paroxística; Búsqueda de sensaciones, conductas de riesgo; Apetencia particular por sustancias ilegales; Comportamiento antisocial

Comorbilidad

A mayor comorbilidad peor pronóstico. Otros problemas asociados en 60%

- Trastornos de conducta: Trastornos de oposición con provocación 35-66%
- Trastornos del aprendizaje escolar, los más frecuentes,
- Torpeza psicomotora,
- Trastornos adquisición lenguaje oral,
- Trastornos por ansiedad 30-40%,
- Trastorno Obsesivo Compulsivo 6-10%,
- Trastornos depresivos,
- Sínd de Gilés de la Tourette,
- Retraso mental de grado leve que no explica TDAH,...

Consecuencia comorbilidad

- Persistencia del trastorno a más largo plazo,
- Pronóstico más desfavorable,
- Resistencia al tratamiento.

Sistemas nosológicos

Asociación Americana de Psiquiatría: DSM-IV (1994)

TRASTORNOS POR DÉFICIT /DEFICIENCIA DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

- [Criterio A] "la característica esencial del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un persistente patrón de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un desarrollo similar".
- [Criterio B] "algunos síntomas de hiperactividad, impulsividad o desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad. Sin embargo bastantes sujetos son diagnosticados, habiendo estado presente los síntomas durante varios años".
- [Criterio C] "algún problema relacionado con los síntomas deben producirse en dos situaciones por lo menos (en la casa, en la escuela, en el trabajo por ejemplo)".
- [Criterio D] "debe haber pruebas de interferencias en la actividad social, académica y laboral propia del primer nivel de desarrollo".

SUBTIPOS en DSM-IV:

- *Trastorno con déficit de la atención con hiperactividad, tipo combinados
- *Trastorno con déficit de la atención con hiperactividad, con predominio del déficit de atención
- *Trastorno con déficit de la atención con hiperactividad, con predominio hiperactividad-impulsividad



Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente (CFTMEA-R 2000, Eje I)

- 7-Trastornos de la conducta y del comportamiento
- 7.00-Hiperquinesia con trastorno de la atención. Trastorno descritos en Francia como "inestabilidad psicomotora".
- "En la vertiente psíquica: dificultad para fijar atención, falta de constancia en actividades que exigen participación cognitiva, tendencia actividad desorganizada, no coordinada y excesiva, cierto grado de impulsividad".
- "En el plano motor: hiperactividad o agitación motora incesante"
- A menudo se acompañan de una alteración de las funciones cognitivas y de un retraso específico en desarrollo motricidad y del lenguaje
- 7.08-Otros trastornos hiperquinéticos (en CIE-10, otros trastornos hiperquinéticos)
- 7.09-Trastornos hiperquinético no especificado (CIE-10, otros trastornos hiperquinéticos)



Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10,1992)

Más utilizada en el ámbito europeo, allí se lo denomina "Trastorno de la actividad y la atención", se lo incluye dentro del grupo de Trastornos hipercinéticos.



Glosario:

- Atención:** "proceso psicológico implicado directamente en los mecanismos de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica"
- Autoregulación:** "define la autorregulación o autocontrol; para él, términos sinónimos- como cualquier respuesta a cada una de respuestas del individuo que altera la probabilidad de que ocurra una respuesta que normalmente sigue a un evento, y que además altera a largo plazo la probabilidad de sus consecuencias asociadas. En la autorregulación la conducta se centra más en el individuo que en el evento, se altera la probabilidad de que ocurra de modo subyacente al evento, se trabaja para resultados a largo plazo -a veces frente a ganancias inmediatas-, se desarrolla una capacidad para la organización temporal de las consecuencias de la conducta, para "proyectar el futuro"
- Comportamiento temerario:** comportamiento expuesto a los peligros o comportamiento orientado a tomar riesgos.
- Concentración:**
- Distraibilidad:** frecuencia con que el niño interrumpe la actividad y se orienta hacia otra actividad en cada una de las situaciones disciplinadas. Se orienta hacia aspectos irrelevantes
- Función ejecutiva:** capacidad para mantener un conjunto de estrategias de resolución de problemas adecuadas para conseguir una meta futura, capacidad que se asocia con el lóbulo frontal (Happé, F. pag 95)
- Función simbólica:** implica el empleo de significantes diferenciados (acciones, pautas limitativas, palabras, dibujos, formas de juego) para representar significativamente objetos, situaciones, acontecimientos y propiedades ausentes (Rivière, pag 188)
- Hiperactividad:** conducta desorganizada y caótica. "una pauta motora incoordinada y que se asocia con la producción de movimientos ociosos" ("Impulsividad social" de una "impulsividad cognitiva")
- Hiperquinesia:** síndrome
- Impulsividad:** tendencia a actuar rápido, sin reflexión. El déficit para inhibir conductas en respuesta a demandas situacionales (Misch y Kramer, 1995)
- Sobreactividad:** excesiva cantidad de movimientos; resulta más perjudicial si comprende el movimiento del todo el cuerpo; se la puede medir de diferentes formas. Heterogeneidad del niño hiperactivo, debido a la diversidad de patrones de actividad, actividad sin modular habitualmente se la denomina inquietud que no sería un exceso de movimiento en todos los ámbitos sino no poder inhibir los movimientos en las condiciones en las se requiere quietud. Podríamos definirlo como la presencia de niveles excesivos para la edad del niño de actividad motora o verbal.

Referencias

- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (1995). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- BARKLEY, R. (2002). Consenso Internacional sobre TDAH. On line.
- MISES, R. QUEMADA, N. BOTBOL, M. y otros (2002). Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA R-2000). Buenos Aires: Polemos - AFAPSAM, 1ª edic. castellana, 2004
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. Ginebra, Madrid.
- SCANDAR, R. (2007). *El niño que no podía dejar de portarse mal*. Buenos Aires: Distal
- TAYLOR E. (1991). *El niño hiperactivo*. Barcelona: Martínez Roca

Consenso Internacional sobre TDAH, Russell A. Barkley, Ph.D. (enero 2002)

El grupo abajo firmante de científicos internacionales, estamos profundamente preocupados en la falta de representación periódica e inexacta del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en los medios de comunicación. Este es un trastorno con el cual estamos familiarizados y al que muchos de nosotros, hemos dedicado no sólo nuestros trabajos de investigación científica, sino toda nuestra carrera. Tenemos que las historias inexactas que presentan al TDAH como mito, fraude, o condición benigna puedan llevar a millones de víctimas a no buscar tratamiento. Esto también deja al público con un sentido general de que este trastorno no es válido o verdadero y que consiste en una aflicción bastante trivial

Hemos creado esta declaración consensuada sobre el TDAH como referencia del estado de los resultados científicos vinculados con este trastorno, su validez, y su impacto adverso en las vidas de las personas diagnosticadas con el trastorno, al momento de escribirse el presente Consenso (enero de 2002) On line

Otras recomendaciones

- Opinión del Grupo Pampidou -Grupo de Cooperación para Combatir el Abuso y Tráfico Ilícito de Fármacos (PGC) un acuerdo parcial del Consejo de Europa- sobre la Recomendación 1562 (2002) de la Asamblea Parlamentaria sobre el "Control del diagnóstico y tratamiento de los niños hiperactivos en Europa" On line
- Reunión E33 - 25 de Marzo 2003 Apéndice 26 (Punto 6.4) Respuesta a la Recomendación 1562 (2002) de la Asamblea Parlamentaria sobre el control del diagnóstico y tratamiento de los niños hiperactivos en Europa. (Aprobada por el Comité de Ministros el día 26 de Marzo de 2003 en la reunión de Diputados nº E33) On line
- "El TDAH: una condición real" Recomendación de la Asociación Española de Trastornos por Déficit de Atención; AES-TDA en función de los conocimientos científicos actuales. On line

Dificultades psicosociales

Los niños con TDAH que presentan importantes síntomas de hiperactividad e impulsividad tienen algunas características que pronto les traerán dificultades con sus familiares, compañeros de juegos y de estudio. Las principales son las siguientes: excesivo liderazgo, baja tolerancia a la frustración, reacciones impulsivas para obtener ventajas inmediatas, poco respeto a las reglas, abandono del juego cuando éste se vuelve desfavorable, mentiras, y ciertas dificultades para resolver problemas interpersonales. Los dos escenarios donde inicialmente y preferentemente se plantean los problemas son: el hogar y la escuela.

La socialización se torna difícil; si consideramos la dinámica de la familia, vemos que a veces no pueden organizar el desarrollo del niño, así como la organización familiar. Los padres y hermanos se quejan de la conducta del pequeño, al que a veces dicen "no aguantar más". Igual los maestros

Estas dificultades relacionales son muy importantes a la hora de analizar los múltiples determinantes y elaborar tratamientos.

Magnitud del problema

En los estudios epidemiológicos las variaciones de información dependen

- Los síntomas que se retoman como fundamentales, que hacen a la definición de caso; Los métodos de recolección de información; Las fuentes a quien se pide información, padres, maestros, niños, clínicos; la restricción de los criterios diagnósticos (¿se incluye comorbilidad?)
- "Prevalencia se sitúa entre el 3% y 5% de los niños en edad escolar, los datos para adolescentes y adultos son imprecisos" (DSM IV)
- El trastorno es mucho más frecuente en varones que mujeres varía entre: 4:1; 9:1 (en función de si la población es general o clínica).
- Siguiendo un razonamiento estadístico se puede sostener que 1 niño por aula bien puede presentar TDAH y existen posibilidades en relación de 3 a 1 de que sea varón.
- Se presenta en distintas culturas (variaciones en prevalencia en países occidentales, en función de prácticas diagnósticas diferentes).
- Este es un trastorno clásicamente diagnosticado en niños, pero la investigación actual justifica la descripción del síndrome para cada momento evolutivo: Infancia, adolescencia y adultez (Barkley, 1998).
- Más difícil el diagnóstico en niños menores de 4-5 años, en función de la variabilidad de su comportamiento, en función de los contextos, pues no se les plantean idénticas exigencias de atención sostenida, como es el caso del niño escolarizado "Aunque los pequeños con trastorno de déficit de la atención con hiperactividad, en general se mueven excesivamente y suelen ser difíciles de contener y controlar".

Diagnostico

Diferentes técnicas e instrumentos así como sujetos a consultar: niños, maestros, padres,

Técnicas e instrumentos

- Escala de evaluación de Conners para maestros, padres, cuidadores; grilla de observación muy conocida basado en DSM II (196.)
- Escala de evaluación de Achenbach,
- Escala Magallanes Se han construido de acuerdo con el Modelo Conceptual de los TDA elaborado por los mismos autores, dando preferencia a los criterios diagnósticos de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), frente a los de la American Psychiatric Association (DSM-IV).
- Entrevista
- Clínica
- Test del desarrollo cognitivo
- Test del lenguaje
- Test de problemas de conducta
- Evaluación psicopedagógica

Curso y pronóstico

- La mayor parte de padres observan por primera vez la sobre actividad motora con el comienzo y desarrollo de la locomoción independiente, aunque esta no siempre persiste.
- Habitualmente se lo diagnostica en los primeros años de la enseñanza elemental cuando afecta la adaptación escolar.
- Se sostiene que constituyen un grupo vulnerable en relación al desarrollo personal, comportamiento antisocial y fracaso escolar. La hiperactividad grave y permanente parece ejercer influencia en desarrollo posterior
- El TDAH es concebido tradicionalmente y conocido como un trastorno en la infancia, pero la investigación reciente demuestra que es una condición de carácter permanente que evoluciona con el paso del tiempo y por ende, se puede describir un síndrome TDAH para cada período evolutivo: Infancia, adolescencia y adultez.
- Los niños y jóvenes con TDAH sufren dificultades que perjudican su vida escolar, social y emocional; sus padres y docentes luchan con situaciones difíciles tratando de armonizar la necesaria estructura del hogar y de la escuela con las características y necesidades del niño. Es frecuente la dificultad en habilitarlo en adecuado proceso de crecimiento, aprendizaje y socialización.
- En la mayoría de los casos el trastorno se mantiene relativamente estable a lo largo de los primeros años de la adolescencia, se atenúa con el avance de la adolescencia. Al final de la infancia y en adolescencia son menores los síntomas de actividad motora excesiva, pueden limitarse a inquietud motora o sentimiento interno de decepción.
- El cuadro puede persistir atenuado en la adultez, algunos presentan síntomas que causan alteraciones funcionales. En vida adulta la inquietud puede dar lugar a dificultades para participar en actividades sedentarias así como evitación de tareas, de pasatiempos que impliquen limitaciones en el movimiento espontáneo.
- Es necesaria la comprensión evolutiva de continuidades /discontinuidades a fin de determinar la dirección de las intervenciones.

En adolescente con frecuencia, las tres dimensiones claves persisten

Deficiencia atencional, problemas escolares; Impulsividad paroxística; Búsqueda de sensaciones, conductas de riesgo; Apetencia particular por sustancias ilegales; Comportamiento antisocial

Comorbilidad

- A mayor comorbilidad peor pronóstico. Otros problemas asociados en 60%
- Trastornos de conducta: Trastornos de oposición con provocación 35-56%
 - Trastornos del aprendizaje escolar, los más frecuentes,
 - Torpeza psicomotora,
 - Trastornos adquisición lenguaje oral,
 - Trastornos por ansiedad 30-40%,
 - Trastorno Obsesivo Compulsivo 6-10%,
 - Trastornos depresivos,
 - Sínd de Gilles de la Tourette,
 - Retraso mental de grado leve que no explica TDAH,...

Consecuencia comorbilidad

- Persistencia del trastorno a más largo plazo,
- Pronóstico más desfavorable,
- Resistencia al tratamiento.

Sistemas nosológicos

Asociación Americana de Psiquiatría: DSM-IV (1994)

TRASTORNOS POR DÉFICIT /DEFICIENCIA DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

- (Criterio A) "la característica esencial del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un persistente patrón de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un desarrollo similar".
- (Criterio B) "algunos síntomas de hiperactividad, impulsividad o desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad. Sin embargo bastantes sujetos son diagnosticados, habiendo estado presente los síntomas durante varios años".
- (Criterio C) "algún problema relacionado con los síntomas deben producirse en dos situaciones por lo menos (en la casa, en la escuela, en el trabajo por ejemplo)"
- (Criterio D) "debe haber pruebas de interferencias en la actividad social, académica y laboral propia del primer nivel de desarrollo".

SUBTIPOS en DSM-IV:

- * Trastorno con déficit de la atención con hiperactividad, tipo combinados
- * Trastorno con déficit de la atención con hiperactividad, con predominio del déficit de atención
- * Trastorno con déficit de la atención con hiperactividad, con predominio hiperactividad-impulsividad



Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente (CFTMEA-R 2000, Eje I)

- 7- Trastornos de la conducta y del comportamiento
- 7.00-Hiperquinesia con trastorno de la atención. Trastorno descritos en Francia como "inestabilidad psicomotora".
 - "En la vertiente psíquica: dificultad para fijar atención, falta de constancia en actividades que exigen participación cognitiva, tendencia actividad desorganizada, no coordinada y excesiva, cierto grado de impulsividad".
 - "En el plano motor: hiperactividad o agitación motora incesante"
- A menudo se acompañan de una alteración de las funciones cognitivas y de un retraso específico en desarrollo motricidad y del lenguaje
- 7.08-Otros trastornos hiperquinéticos (en CIE-10, otros trastornos hiperquinéticos)
- 7.09-Trastornos hiperquinético no especificado (CIE-10, otros trastornos hiperquinéticos)



Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10,1992)

Más utilizada en el ámbito europeo, allí se lo denomina "Trastorno de la actividad y la atención", se lo incluye dentro del grupo de Trastornos hipercinéticos.



Glosario:

- Arousal** es tanto preparación fisiológica para percibir estímulos del ambiente interno o externo Regular del tono en Luria. En Teóricos cognitivos matriz subyacente o estado de la función de la A (Mesulam) el arousal hace referencia al efecto de alerta de los sistemas sensoriales, sistema límbico frontal bajo la influencia primordial de los neurotransmisores noradrenalina y serotonina, mientras que el sistema de activación se localiza en los ganglios basales, bajo la influencia fundamental de la dopamina y la acetilcolina.
- Atención:** "pensamiento psicológico implicado directamente en los mecanismos de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica"
- Autocontrol Barkley [4]** define la autorregulación → autocontrol para el término sinónimo- como cualquier respuesta a cadena de respuestas del individuo que altera la probabilidad de que ocurra una respuesta que normalmente sigue a un evento, y que además altera a largo plazo la probabilidad de sus consecuencias asociadas. En la autorregulación la conducta se centra más en el individuo que en el evento, se altera la probabilidad de que ocurra de modo subsecuente al evento, se trabaja para resultados a largo plazo → a veces frente a ganancias inmediatas-, se desarrolla una capacidad para la organización temporal de las consecuencias de la conducta, para "conjeturar el futuro"
- Comportamiento temerario:** comportamiento expuesto a los peligros o comportamiento orientado a tomar riesgos.
- Concentración:**
- Diversidad:** frecuencia con que el niño interrumpe la actividad y se orienta hacia otra actividad en cada una de las situaciones descritas. Se orienta hacia aspectos irrelevantes
- Difusión cerebral mínima**
- Función ejecutiva:** capacidad para mantener un conjunto de estrategias de resolución de problemas adecuadas para conseguir una meta lejana, capacidad que se asocia con el lóbulo frontal (Barkley, p. pag 93)
- Función simbólica:** implica el empleo de significativos diferenciados (acciones, palabras implícitas, palabras, dibujos, formas de juego) para representar significativamente objetos, situaciones, acontecimientos y propiedades abstractas (Riviere, pag 188)
- Hiperactividad:** conducta desorganizada y caótica, "una pauta motora incrementada y que se asocia con la producción de movimientos ociosos" ("impulsividad social" de una "impulsividad cognitiva")
- Hiperquinesia:** hiperactividad
- Impulsividad:** tendencia a actuar rápido, sin reflexión. El déficit para inhibir conductas en respuesta a demandas situacionales (Milich y Kramer, 1985)
- Sobreactividad:** excesiva cantidad de movimientos; resulta más perjudicial al comprende el movimiento de todo el cuerpo; se la puede medir de diferentes formas. Heterogeneidad del niño sobreactivo, debido a la diversidad de patrones de actividad; actividad motora habitualmente se la denomina inquietud que no sería un exceso de movimiento en todos los ámbitos sino no poder inhibir los movimientos en las condiciones en las se requiere quietud. Podríamos definirla como la presencia de niveles excesivos para la edad del niño de actividad motora o verbal.

Referencias

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- BARKLEY, R. (2002). Consenso Internacional sobre TDAH. On line.
- MISES, R. QUEMADA, N. BÓTBOL, M. y otros (2002). *Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA R-2000)*. Buenos Aires: Polemos - AFAPSAM, 1ª edic. castellana, 2004
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. Ginebra, Madrid.
- SCANDAR, R. (2007). *El niño que no podía dejar de portarse mal*. Buenos Aires: Distal
- TAYLOR E. (1991). *El niño hiperactivo*. Barcelona: Martínez Roca

Consenso Internacional sobre TDAH, Russell A. Barkley, Ph.D. (enero 2002)

El grupo abajo firmado de científicos internacionales, estamos profundamente preocupados en la representación periódica e inexacta del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en los medios de comunicación. Este es un trastorno con el cual estamos familiarizados y al que nosotros, hemos dedicado no sólo nuestros trabajos de investigación científica, sino toda nuestra carrera. Tememos que las historias inexactas que presentan al TDAH como mito, fraude, o condición benigna puedan llevar a millones de víctimas a no buscar tratamiento. Esto también deja al público con un sentido general de que este trastorno no es válido o verdadero y que consiste en una aflicción bastante trivial.

Hemos creado esta declaración consensuada sobre el TDAH como referencia del estado de los resultados científicos vinculados con este trastorno, su validez, y su impacto adverso en las vidas de las personas diagnosticadas con el trastorno, al momento de escribirse el presente Consenso (enero de 2002) On line.

Otras recomendaciones

- Opinión del Grupo Pompidou - Grupo de Cooperación para Combatir el Abuso y Tráfico Ilícito de Fármacos (PUG) un acuerdo parcial del Consejo de Europa - sobre la Recomendación 1562 (2002) de la Asamblea Parlamentaria sobre el "Control del diagnóstico y tratamiento de los niños hiperactivos en Europa" On line.
- Reunión 832 - 26 de Marzo 2002 Apéndice 26 (Punto 6.4) Respuesta a la Recomendación 1562 (2002) de la Asamblea Parlamentaria sobre el control del diagnóstico y tratamiento de los niños hiperactivos en Europa. (Aprobada por el Comité de Ministros el día 26 de Marzo de 2003 en la reunión de Diputados nº 833) On line.
- "Autismo, Síndrome de Asperger y Trastorno de la Atención" Descripción clínica y otros trastornos relacionados Elaborada por la Asociación Española para el Estudio Interdisciplinario de los Trastornos por Déficit de Atención AESNTDA en función de los conocimientos científicos actuales. On line