

**Valoración de las dimensiones del autoconcepto
en niños con
Trastorno por Déficit de Atención con
Hiperactividad**
Estudio descriptivo en una población escolarizada
Tesis de pregrado

Alumna: María Alejandra Vasarhelyi

Director: Esp. Liliana Bakker
Co-director: Lic. Josefina Rubiales

Fecha: Abril 2010.



FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
REPUBLICA ARGENTINA



4-13
V
21/05

Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Mar del Plata

**VALORACIÓN DE LAS DIMENSIONES DEL AUTOCONCEPTO EN
NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN
CON HIPERACTIVIDAD**

Estudio descriptivo en una población escolarizada

Informe final del trabajo de investigación correspondiente al requisito
curricular conforme O.C.S. 143/89

Alumnos: Vasarhelyi, María Alejandra

Supervisor: Esp. Liliana Bakker

Co-supervisor: Lic. Josefina Rubiales

Cátedra de radicación: Biología Humana

Año: 2010



N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
T-18. V	Pase
	N° INVENTARIO:
	2168

Este informe final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad de los alumnos: María Alejandra Vasarhelyi 5236/00 la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores.

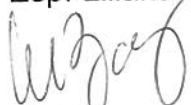


El que suscribe manifiesta que el presente Informe final ha sido elaborado por la alumna María Alejandra Vasarhelyi; conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 30 días del mes de junio del año 2010.

Supervisor : Esp. Liliana Bakker

Firma:

Aclaración:

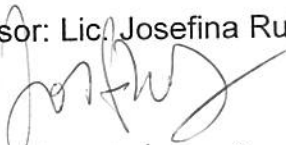

Liliana Bakker

Sello:

Co-Supervisor: Lic. Josefina Rubiales

Firma:

Aclaración:


Josefina Rubiales

Sello:

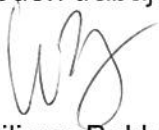
Informe de Evaluación del Supervisor y Co-Supervisor.

La presente investigación se desarrollo con el objetivo de evaluar el autoconcepto en niños con diagnóstico de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Este trabajo forma parte de una investigación más amplia sobre el análisis de interacciones genotipo-ambiente en niños con el trastorno llevado a cabo durante los años 2008-2009 por el Grupo de Investigación Genética, Ambiente y Comportamiento Humano de la Facultad de Psicología.

En calidad de supervisora y co-supervisora del proyecto podemos concluir que los objetivos del trabajo se alcanzaron satisfactoriamente. Los datos obtenidos permiten realizar un diagnóstico de la situación.

Las tareas planteadas en el cronograma se llevaron a cabo sin modificaciones. Cabe destacar la motivación, el esfuerzo realizado y la buena predisposición de María Alejandra en la búsqueda y análisis bibliográfico, como así también en la recolección y análisis de los datos; demostrando una actitud positiva frente a las sugerencias y correcciones realizadas durante el transcurso de la investigación que favoreció el desarrollo de las actividades y el logro de los objetivos.

Quienes suscriben consideran que el presente informe es el resultado de un muy buen trabajo de investigación.

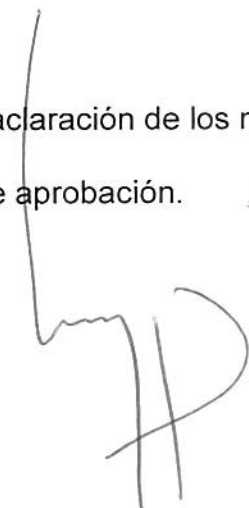

Esp. Lilia Bakker


Lic. Josefina Rubiales


Atento al cumplimiento de los requisitos prescritos en las normas vigentes,
en el día de la fecha se procede a dar aprobación al trabajo de investigación
presentado por la alumna: María Alejandra Vasarhelyi 5236/00

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la comisión asesora.

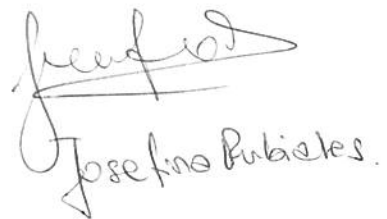
Fecha de aprobación. 13/08/2010



S. J. J. J. J.
9. (Distinguido)



Liliana Becker



Josefino Rubiales.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN –REQUISITO CURRICULAR
PLAN DE ESTUDIOS 1989 OCS 143/89

APELLIDO Y NOMBRES: Vasarhelyi, María Alejandra

CÁTEDRA DE RADICACIÓN: Biología Humana.

SUPERVISOR: Esp. Liliana Bakker

CO-SUPERVISOR: Lic. Josefina Rubiales

EL PROYECTO FORMA PARTE DE: *Autoestima, estrés escolar y ritmo circadiano de cortisol en niños con desórdenes genéticos. Evaluación en Síndrome de Turner y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.*

GRUPO DE INVESTIGACIÓN: Comportamiento humano, genética y ambiente. OCA: 447

TITULO DEL PROYECTO

Valoración de las dimensiones del autoconcepto en niños con
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
Estudio descriptivo en una población escolarizada

PALABRAS CLAVES

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad- Autoconcepto- Edad escolar



DESCRIPCIÓN RESUMIDA

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el trastorno neurocomportamental más común en la infancia, su prevalencia oscila entre el 3-7% en niños en edad escolar con una proporción de 3:1 varones respecto de mujeres. La variabilidad en su manifestación clínica incluye síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad. Estos síntomas son comunes a la población general, por tanto, no es la presencia de ellos lo que determina la disfuncionalidad, sino la intensidad y frecuencia en cada etapa evolutiva; asimismo se debe considerar el contexto en el que se manifiestan y la repercusión que tienen en el funcionamiento social, emocional y cognitivo del niño.

Las manifestaciones del trastorno se hacen más evidentes durante la escolarización, siendo uno de los motivos de consulta psicológica y psicopedagógica más frecuentes. Al incorporarse al ámbito escolar los niños con TDAH presentan dificultades en el proceso de aprendizaje, lo que conlleva a un rendimiento escolar inferior. Las dificultades que presentan para organizarse en las tareas escolares, sumado a sus continuas distracciones y al pobre control que tienen sobre sus impulsos, les originan conflictos en la relación con sus compañeros y maestros, exponiéndolos frecuentemente a respuestas negativas por su comportamiento.

Lo expuesto ubica a los niños con TDAH en una posición de desventaja social y educativa, ya que la retroalimentación que estos niños reciben de sus maestros por su desempeño y la forma en que la ellos la interpretan, influye significativamente en su desarrollo emocional.

Todo niño necesita el refuerzo positivo de sus logros escolares, así como comprensión y ayuda en sus fracasos, la influencia del ambiente escolar es un factor determinante en la construcción de la imagen que tiene de sí mismo. A este respecto es importante reflexionar acerca del impacto que pudiera tener el contexto escolar en niños con TDAH cuyas características los expone a reiteradas situaciones de fracaso. Según Cardo los síntomas del trastorno causan un importante impacto no sólo en el niño, sino también en su grupo de compañeros y su familia.

Asimismo en la etapa escolar las variables motivacionales como el autoconcepto van adquiriendo cada vez más protagonismo, por su influencia sobre el comportamiento, el desempeño escolar y la construcción de la personalidad.

El autoconcepto se define, como el conjunto de pensamientos y sentimientos que el individuo tiene de sí mismo. Pensamientos y sentimientos que, consecuentemente, permiten diferenciar dos componentes o dimensiones de los mismos: los cognitivos y los evaluativos. La dimensión cognitiva hace referencia a las creencias sobre varios aspectos de sí mismo, tales como las habilidades o los rasgos que el individuo considera que posee y los aspectos evaluativos (autoestima) constituidos por el conjunto de sentimientos positivos y negativos que el individuo experimenta sobre sí mismo. En la determinación de la influencia de ambos componentes (cognitivos y evaluativos) representa un papel importante la imagen que el sujeto cree que los demás tienen de él.

Por otro lado Herrero, Musitu y Garcia, consideran el autoconcepto como un constructo de contenidos múltiples acerca del sí mismo, internamente consistente y jerárquicamente organizado, que actúa como filtro y organizador de la información y determina hasta cierto punto la conducta del individuo. Una realidad compleja, integrada por diversos autoconceptos más concretos, como el físico, familiar, social, emocional y académico. Un aspecto importante relacionado con esta multidimensionalidad es la posibilidad de establecer, en un sujeto, la contribución relativa de cada una de las dimensiones al constructo general, posibilitando en los niños con TDAH una valoración de la contribución de la dimensión académica.

Si se aborda la presente investigación desde un modelo general del aprendizaje, donde según Pintrich el autoconcepto debe estar incluido como una de las variables de relevancia en el propio proceso del aprendizaje, los niños con TDAH se constituyen en una población de riesgo. Por lo expuesto evaluar el autoconcepto en niños con TDAH, en edad escolar, analizando la influencia relativa de cada una de las dimensiones del mismo, en especial la académica, podría aportar datos que permitan el diseño de programas de intervención psicoeducativos que favorezcan y promuevan en estos niños la construcción de una imagen positiva de sí mismos.

OBJETIVO GENERAL:

- Evaluar el autoconcepto en niños con TDAH en edad escolar

Objetivos específicos:

- Analizar medidas de autoconcepto en niños con y sin TDAH
- Comparar la contribución relativa de las dimensiones académica, social, emocional, familiar y física en el autoconcepto en niños con y sin TDAH

MÉTODOS Y TÉCNICAS:

El presente proyecto se implementará a través de un diseño no experimental de tipo correlacional (diferencia entre grupos), analítico y transversal. La población estará compuesta por 20 niños con TDAH escolarizados de la ciudad de Mar del Plata con edades comprendidas entre 8-15 años, y sus respectivos controles pareados por sexo, edad y nivel de instrucción. Los controles serán seleccionados de las mismas instituciones educativas a las que concurren los niños con TDAH. Se excluyen sujetos con enfermedades neurológicas o psiquiátricas, con tratamiento farmacológico en el momento de la evaluación y con retraso mental moderado o grave. La participación en el trabajo será voluntaria y sujeta al consentimiento informado de sus padres.

El abordaje metodológico se realizará a través de la aplicación del Test de Autoconcepto Forma 5 (AF5). Esta prueba surge como versión ampliada y actualizada de otra ya existente, el Autoconcepto Forma A o AFA. El cuestionario está compuesto por 30 elementos y evalúa el autoconcepto presente en el sujeto en sus contextos social, académico, emocional, familiar y físico.

Acorde con los objetivos propuestos, los datos serán sometidos a un análisis estadístico descriptivo.

LUGAR DONDE SE REALIZARÁ EL TRABAJO

Facultad de Psicología y Centros de Salud de la ciudad de Mar del Plata
que atienden niños con TDAH

CRONOGRAMA:

ACTIVIDAD	MESES					
	1º	2º	3º	4º	5º	6º
Búsqueda, revisión y análisis de la literatura	X	X	X	X	X	X
Desarrollo del marco teórico	X	X				
Contacto con las Instituciones de Salud y Educativas		X	X			
Selección de los sujetos (casos-controles)			X	X		
Aplicación del instrumento (AFA-5)			X	X		
Análisis de los datos obtenidos				X	X	
Elaboración Informe final					X	X

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- APA. Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSMIV. Barcelona: Masson.
- Barkley R. (1998). Attention déficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment, 2 ed. New York: Guilford Press.
- Cardo, E.; Servera, M. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. Rev. Neurología, 46 (6): 365-372.

- Castellanos, F.; Tannock, R. (2002). Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorders: the search for endophenotypes. *Nat. Rev. Neuroscience*, 3:617-628.
- Fierro, A. (1996). El conocimiento de sí mismo. En Fierro A. (comp). *Manual de Psicología de la personalidad*. Barcelona. Paidós.
- Garza S.; Núñez P.; Vladimírsky A. (2007). Autoestima y locus de control en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Medigraphic Artemisa en línea*, 64: 232.
- Herrero, J.; Musitu, G.; Gracia, E. (1995). Autoestima y depresión: relaciones directas versus indirectas. *Revista de Psicología Social*, 10 (2): 191-204.
- McCrae, R.; Costa, P. (1988). Age, personality and the spontaneous self-concept. *Journal of Gerontology/Social Sciences*, 43 (6): 177-185.
- Musitu, G.; García, F. (2001). *Cuestionario de Autoconcepto Forma – 5 (AF5)*. Madrid: TEA.
- Pintrich, P. (1994). Student motivation in the college classroom. En Pritchard, K. W. y McLaran Sawyer, R. (Eds.), *Handbook Of College Teaching: Theory and application* (pp. 23-24). Westport, CN, Greenwood Press. Ramírez.
- Salguero, M.; Herrera F. (2002) El autoconcepto. *Eúphoros*, 5: 187-204. ISSN 1575-0205.
- Rosan, T. (2003) Evolución del ADHD en las etapas vitales. X Congreso Internacional de Psiquiatría de la Asociación Argentina de Psiquiatras, Buenos Aires.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.

- Shavelson, R., Hubner, J.; Stanton, J. (1976). Self concept: validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46 (3): 407-441.

- Verduzco, M.; Gómez, E.; Duran C. (2004). La influencia de la autoestima en la percepción del estrés y el afrontamiento en niños de edad escolar. *Salud Mental*, 27:18-25.

**Valoración de las dimensiones del
autoconcepto en niños con
Trastorno por Déficit de Atención con
Hiperactividad**

Estudio descriptivo en una población escolarizada

Tesis de pregrado

Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata
Alumna: María Alejandra Vasarhelyi
Director: Esp. Liliana Bakker
Co-director: Lic. Josefina Rubiales
Fecha: Abril 2010.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. DESARROLLO.....	6
II. 1. TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD	
▪ Definición e incidencia.	
▪ Grupo sintomático principal. Criterios diagnósticos. Subtipos	
▪ Etiología	
▪ TDAH y género	
▪ Diagnostico diferencial y comorbilidad	
▪ Recorrido evolutivo del TDAH	
▪ TDAH aspectos neurobiológicos y neuropsicológicos	
▪ TDAH y educación	
II. 2. AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA.....	37
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	49
IV. RESULTADOS.....	54
V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	59
VI. BIBLIOGRAFÍA.....	63
VII. ANEXOS.....	71

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el trastorno neurocomportamental más común en la infancia y en la adolescencia. La variabilidad en su manifestación clínica incluye síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad (DSM IV, 1994). Estos síntomas son comunes a la población general, por tanto, no es la presencia de ellos lo que determina la disfuncionalidad, sino la intensidad y frecuencia en cada etapa evolutiva; asimismo se debe considerar el contexto en el que se manifiestan y la repercusión que tienen en el funcionamiento social, emocional y cognitivo del niño.

Es un trastorno de origen neurobiológico complejo y heterogéneo que se caracteriza no sólo por disfunciones cognitivas sino también por la existencia de importantes alteraciones afectivas, tanto motivacionales como emocionales (López-Martin, 2009).

Sus manifestaciones se hacen más evidentes durante la escolarización, siendo uno de los motivos de consulta psicológica y psicopedagógica más frecuentes. Al incorporarse al ámbito escolar los niños con TDAH presentan dificultades en el proceso de aprendizaje, lo que conlleva a un rendimiento escolar inferior. Las dificultades que presentan para organizarse en las tareas escolares, sumado a sus continuas distracciones y al pobre control que tienen sobre sus impulsos, les originan conflictos en la relación con sus compañeros y maestros, exponiéndolos frecuentemente a respuestas negativas por su comportamiento.

Por su sintomatología, los niños con TDAH manifiestan conductas desorganizadas, agresivas, imprevisibles, opositoras, fuera de lugar, inesperadas e inapropiadas. Debido a ello experimentan dificultades importantes en las relaciones sociales, baja competencia social y generalmente se les rechaza por sus conductas. No es infrecuente que estos conflictos estén ya presentes en los primeros años de vida, y que en gran medida se mantengan en la edad adulta. (Pardo, 2009).

Lo expuesto ubica a los niños con TDAH en una posición de desventaja social y educativa, ya que la retroalimentación que estos niños reciben de sus maestros por su desempeño y la forma en la que ellos la interpretan, influye significativamente en su desarrollo emocional.

A este respecto es importante reflexionar acerca del impacto que pudiera tener el contexto escolar en niños con TDAH cuyas características los expone a reiteradas situaciones de fracaso. Asimismo en la etapa escolar las variables motivacionales como el autoconcepto van adquiriendo cada vez más protagonismo, por su influencia sobre el comportamiento, el desempeño escolar y la construcción de la personalidad (Verduzco Alvarez- Icaza, 2004).

En el presente trabajo se comparó el autoconcepto en niños en edad escolar con y sin diagnóstico de TDAH analizando la influencia relativa de cada una de las dimensiones del mismo.

El análisis de los datos presentados podría contribuir en el diseño de programas de intervención psicoeducativa que favorezcan y promuevan la adaptación social y educativa de los niños con TDAH.

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar el autoconcepto en niños con y sin TDAH en edad escolar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar medidas de autoconcepto en niños con y sin TDAH
- Comparar la contribución relativa de las dimensiones académica, social, emocional, familiar y física en el autoconcepto en niños con y sin TDAH.

**DESARROLLO
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD**

DEFINICIÓN E INCIDENCIA

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un síndrome complejo que se caracteriza por “un patrón persistente de desatención y/o impulsividad que es mas frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar” (DSM-IV, 1994).

Su prevalencia oscila entre el 3-7% en niños en edad escolar con una proporción de 3:1 varones respecto de mujeres (Valdizán, 2007).

Fue descrito por primera vez por George Still en 1902 en la Revista Lancet, donde describe el comportamiento de niños que se asemeja a lo que actualmente se considera como TDAH: niños muy inquietos, desatentos, desobedientes, apasionados, agresivos (Capdevilla-Brophy, 2005; Mediavilla-García, 2003), considerando en ese momento que se debía a una lesión cerebral (Díaz Atienza, 2003).

Los síntomas del TDAH interfieren en el desarrollo del niño y en su funcionamiento social, emocional y cognitivo; las consecuencias que se pueden observar están vinculadas con bajo rendimiento en el aprendizaje, problemas de conducta, dificultades de convivencia en el hogar con irritabilidad de los padres y relaciones tensas con sus hermanos, aislamiento por rechazo, frustración, afectación importante de la autoestima y agresividad (Barkley, 1999; Joselevich, 2003; Cardo, 2008).

GRUPO SINTOMÁTICO PRINCIPAL

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS. SUBTIPOS

La variabilidad en su manifestación clínica incluye síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad.

La desatención se refiere a la dificultad en mantener la atención y completar tareas, cometer errores por descuido, distraerse muy fácilmente, perder elementos con frecuencia, ser olvidadizo y desorganizado.

La hiperactividad se vincula con la inquietud, el movimiento constante y dificultad para permanecer tranquilo y aguardar turnos (Beltrán, 2006).

La impulsividad es la incapacidad no premeditada de una persona para controlar sus actos, hacer antes de pensar en lo que se va a hacer (Gratch, 2009).

Actualmente, no existe marcador biológico alguno que permita realizar el diagnóstico de TDAH con certeza. A él se llega por medio del cumplimiento de criterios diagnósticos clínicos específicos en aquellos niños que presentan síntomas de sospecha del trastorno (Buñuel Álvarez, 2006).

Los criterios diagnósticos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) según el DSM-IVTR (APA, 2002) se describen a continuación.

Criterios DSM IV TR

F90.0. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado: si se satisfacen los criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses

F90.8. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención: si se satisface el criterio A1, pero no el A2 durante los últimos 6 meses

F90.0. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: si se satisface el criterio A2, pero no el A1 durante los últimos 6 meses

F90.9. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado. Esta categoría incluye trastornos con síntomas prominentes de desatención o hiperactividad-impulsividad que no satisfacen los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

A. (1) o (2)

(1) seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención: (a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades; (b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas (c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente (d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones) (e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades (f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos) (g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p.ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas) (h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes (i) a menudo es descuidado en las actividades diarias (2) seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

Hiperactividad (a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento (b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado (c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud) (d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio (e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor (f) a menudo habla en exceso.

Impulsividad: (g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas (h) a menudo tiene dificultades para guardar turno (i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej., se entromete en conversaciones o juegos).

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p.ej., en la escuela, o en el trabajo, y en casa).

Tanto el déficit de atención como la hiperactividad motriz y la impulsividad, presentan manifestaciones comportamentales y cognitivas. Respecto a las manifestaciones cognitivas se observa que el niño no analiza todas las posibilidades de respuesta antes de contestar, muestra un pensamiento desorganizado, estrategias pobres e impulsivas en tareas de solución de problemas, comete más errores o trabaja más lentamente en tareas sencillas y monótonas, lee instrucciones de forma impulsiva, presenta dificultades en retener y manejar datos en la memoria, etc.

Estos síntomas son comunes a la población general, por tanto, no es la presencia de ellos lo que determina la disfuncionalidad, sino la intensidad y frecuencia en cada etapa evolutiva; asimismo se debe considerar el contexto

en el que se manifiestan y la repercusión que tienen en el funcionamiento social, emocional y cognitivo del niño (Cardo, 2008).

Dado que todos los niños presentan en alguna medida labilidad atencional, inquietud motriz e impulsividad y que éstos síntomas pueden deberse a problemas diferentes, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2002), alerta que sólo se puede considerar que un niño tiene un TDAH si se cumplen las siguientes condiciones:

1. Si los síntomas de hiperactividad-impulsividad y los de déficit de atención se manifiestan por encima de lo esperado en un niño o niña de edad cronológica y mental y con educación recibida similar.
2. Si se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo, escuela y casa) aunque pueda manifestarse de forma más moderada en unos lugares que en otros.
3. Si los síntomas dificultan su adaptación escolar, social o familiar. El nivel de desadaptación que reflejan depende de muchos factores: edad, grado de dificultad del curso académico en que se encuentre, tipo de educación proporcionada por la escuela y la familia, presencia o no de apoyo psicopedagógico, medicación utilizada, etc.
4. Si el problema tiene un carácter crónico, es decir, si algunos de los síntomas se observan en el niño o niña antes de los 7 años.
5. Si se ha descartado que los síntomas presentados puedan deberse a otro tipo de trastorno como un Trastorno Generalizado del Desarrollo, un trastorno mental, del estado de ánimo o un problema médico específico.



ETIOLOGÍA

Si bien la etiología del TDAH continúa siendo una cuestión debatida y en estudio constante, existe cierto nivel de consenso sobre la importancia de la interacción entre factores genéticos y ambientales. No ha sido identificada una etiología única y los hallazgos son consistentes con una hipótesis multifactorial. (Ramos Vicente y Gonzalez Seijo, 2007; Barkley, 1999).

Presenta un tipo de herencia poligénica multifactorial; con influencia cuantitativa y expresión variable, dependiendo de factores ambientales diversos, entre los cuales pueden encontrarse: circunstancias perinatales y métodos de crianza y de educación (Cardo, 2008).

Los estudios de asociación genética realizados en gemelos, familias y personas adoptadas han sido fundamentales para comprender más claramente los factores propios del individuo frente a los factores ambientales que pudieran interferir en la expresión clínica de la carga genética (Barkley, 1999; Mulas, 2007). Los mismos han mostrado que el TDAH presenta un elevado grado de agregación familiar (Ramos-Quiroga, 2007).

Estudios de gemelos y adopción, evidenciaron una heredabilidad del trastorno algo superior al 70%, cifra que lo convertiría, junto al Autismo, en las alteraciones mentales en niños más heredables (Plomin, 2002).

Aunque no se ha establecido una relación causal entre los modos de vida y el TDAH, es probable que el modelo de la sociedad actual, caracterizada como consumista, materialista, con estímulos que favorecen refuerzos externos inmediatos, podría estar contribuyendo a generar una

mayor disfuncionalidad en el TDAH; ya que presentan pocas oportunidades para favorecer y entrenar la atención sostenida, cultura del esfuerzo, demora de recompensa, estrategias reflexivas, autocontrol, etc. El establecimiento de reglas, límites y pautas de conductas y rutinas organizada supone un importante esfuerzo educativo y requiere inversión de tiempo por parte de los padres, elemento que cada vez es más escaso en los países industrializados (Cardo, 2008).

GÉNERO Y TDAH

Históricamente ha habido una tendencia a considerar una proporción mayor de varones respecto a mujeres que padecen el trastorno. La proporción que se observa en distintos estudios es variable. Algunos autores señalan una proporción 9:1 varones/ mujeres cuando se analizan grupos de niños que acuden a centros de salud o gabinetes psicopedagógicos. Sin embargo, cuando los estudios analizan población escolar general, la proporción se reduce a 4:1. Si bien es posible que en estas cifras incida una mayor predisposición biológica en los varones, se deben tener en cuenta otras posibilidades:

- a) que exista una expresión clínica diferente en ambos sexos, con un predominio de síntomas de falta de atención en niñas respecto a niños.
- b) mayor demanda de atención especializada para los varones debido a que su sintomatología sea más llamativa y cause más problemas a los

adultos tanto en la casa como en la escuela. (Montiel-Nava, Montiel Barbero y Peña, 2007)

La literatura que explora la expresión de síntomas del TDAH para cada uno de los géneros, muestra cuatro categorías de estudios realizados para describir dichas diferencias: neuropsicológicos, clínicos, respuesta a la medicación y de neuroimagen.

En estudios neuropsicológicos se ha reportado que las mujeres con TDAH muestran déficits cognoscitivos y de lenguaje e índices de repetencia en mayor proporción que los varones; sugiriendo que el deterioro cognoscitivo juega un papel clave en la identificación de niñas con TDAH, mientras que las conductas disruptivas son más importantes en la identificación de los varones con TDAH (Montiel Nava, 2007).

Con relación a los tres subtipos diagnósticos del TDAH, los reportes clínicos indican que mientras las niñas con TDAH son más desatentas; los varones despliegan mayor impulsividad e hiperactividad acompañados de mayores problemas de conducta. Los varones con TDAH son referidos a psicoterapia y tratamiento médico con mayor frecuencia, en una proporción de 1:6. En un estudio longitudinal, Achenbach y col. (1995) encontraron que a pesar de que las mujeres exhibían un tipo menos severo de TDAH, la presencia de déficit de atención estaba relacionado con otro tipo de dificultades tales como problemas sociales, delincuencia y conducta agresiva; mientras que en los varones el déficit de atención solo se relacionaba con las dificultades de concentración, atención, e hiperactividad propias de este trastorno. Por su parte Biederman y col. (2002), reportan que

las mujeres con TDAH son más proclives a ser diagnosticadas con el subtipo predominantemente desatento, dificultades de aprendizaje y problemas escolares.

En estudios de respuesta a la medicación, la gran mayoría de los ensayos clínicos para TDAH han sido realizados con una mayor proporción de varones en las muestras, o sólo varones. Los pocos estudios comparativos no muestran diferencia en la respuesta a los estimulantes entre los dos géneros. Ha sido sugerido que la reducción del metabolismo cerebral de la glucosa relacionado con el TDAH es mayor en las mujeres que en los varones con TDAH, tanto en estudios con adultos y con adolescentes; sugiriendo que el metabolismo cerebral de la glucosa en personas con TDAH variará dependiendo del género. (Biederman, 2002)

COMORBILIDAD Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El término comorbilidad se refiere a la presentación en un mismo individuo de dos o más trastornos distintos. En el caso del TDAH representan los trastornos que más frecuentemente se asocian con él; considerando que aisladamente se presenta sin influencia de otros síntomas es decir, limitado a las manifestaciones propias del trastorno. El diagnóstico diferencial es más dificultoso cuando se trata de distinguir el TDHA de otras entidades clínicas comórbidas con el mismo (Artigas-Pallarés, 2003).

Su carácter crónico y el impacto que la sintomatología básica (el déficit de atención y la hiperactividad-impulsividad) tiene sobre la conducta, el rendimiento académico y las relaciones sociales puede conducir al desarrollo de trastornos asociados como el trastorno negativista desafiante, el trastorno disocial, la depresión, la ansiedad, la adicción a las drogas, etc. Las características del cuadro exigen un diagnóstico temprano, realizado por varios profesionales y que implique aspectos médicos, psicológicos y educativos. De ello se derivará no sólo un mejor conocimiento de la entidad, sino, también, probablemente, criterios predictivos sobre pronóstico y respuesta al tratamiento (Cardo, 2008).

Los principales trastornos que presentan comorbilidad con el TDAH son: trastornos de ansiedad, trastornos de estado de ánimo, trastornos de conducta y trastornos de aprendizaje (Fig.1).

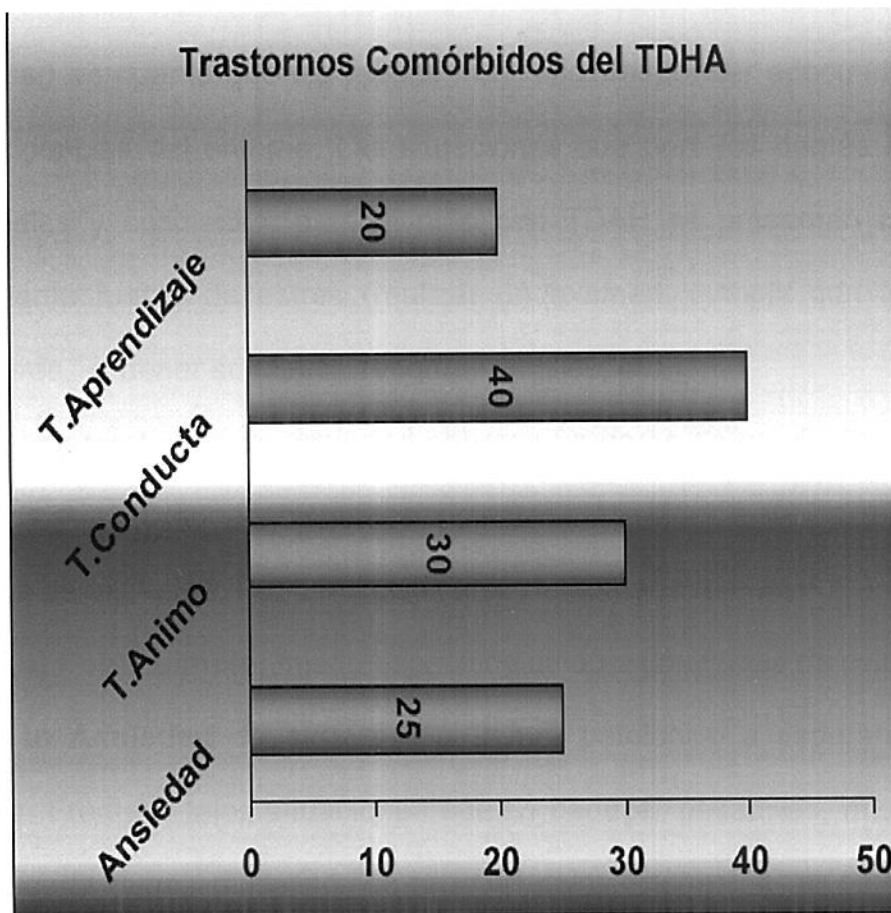


Figura 1. Principales trastornos comórbidos del TDAH expresados en porcentajes (extraído de Menéndez Benavente, 2001).

A continuación se detalla una descripción resumida de dichos trastornos:

. **Trastornos de Ansiedad:** Un 25% de los niños con TDAH padecen trastornos de ansiedad, que pueden ser de separación, ansiedad excesiva o fobias. Los sujetos en los que el déficit atencional no aparece asociado a manifestaciones de hiperactividad es más probable que reciban un diagnóstico de ansiedad o trastorno afectivo, y tiendan a ser evaluados como más ansiosos que los sujetos del subtipo con hiperactividad (Roselló, 2000; Joselevich, 2003).

Los niños con TDAH son más susceptibles de padecer problemas de ansiedad en cuanto que les resulta muy difícil responder adecuadamente a las exigencias del entorno. Las situaciones que para los demás niños son habituales y cotidianas, para el niño con TDAH se presentan como una importante fuente de estrés (realizar un examen, cumplir con las tareas escolares, ordenar su cuarto, recordar detalles, etc.).

Los trastornos de ansiedad abarcan un grupo de patologías como los temores y las preocupaciones persistentes, la evitación fóbica y episodios agudos de ansiedad. Pueden clasificarse de forma resumida en:

a) Fobia simple: miedo específico unido a conductas de evitación.

b) Ansiedad de separación: temor patológico a separarse de los padres. Frente a tales situaciones suelen padecer pesadillas, miedo a que les suceda algo, dificultad en dormir solos, negación a participar en actividades que les obligue a estar fuera de casa.

c) Ansiedad generalizada: manifiestan preocupaciones excesivas y constantes acerca de su rendimiento escolar, con los amigos o los deportes, temor exagerado a quedar en ridículo, presentan tensión y somatización (dolores abdominales, cefaleas entre otros). Estos niños son muy autocríticos y tienen miedo a fallar ante los demás; esto les hace retraerse y a veces se observa que estos niños pueden por ello no demostrar su hiperactividad en el colegio o frente a extraños, y solamente se relajan en el hogar por lo que su hiperactividad se muestra entonces de una forma exagerada al intentar controlarla en el resto de los ambientes (Roselló, 2000).

Cuando un niño presenta ansiedad es posible que presente síntomas de inatención e inquietud, pero la diferencia con el TDAH es que la clínica está asociada con temores, preocupaciones (López-Villalobo, 2004).

Es muy importante diagnosticarlos en el caso de que se presenten junto con el TDAH ya que a veces es contraproducente tratarlos con estimulantes y hay que realizar otra elección farmacológica.

. Trastorno del estado de ánimo: el porcentaje se sitúa alrededor del 30%, colocando a los cuadros depresivos en una alta asociación con el TDAH. Es muy frecuente que en los niños con TDAH aparezcan sentimientos depresivos. Es el subtipo hiperactivo impulsivo el que mayor comorbilidad presenta con el trastorno de depresión (Roselló, 2000).

Este tipo de asociación agrava el pronóstico a medio y largo plazo, y complica la respuesta terapéutica puesto que los estimulantes pueden no tener la misma eficacia, incluso empeorar la depresión.

Los sentimientos que priman en los niños con TDAH, al margen del verdadero síndrome depresivo, son sentimientos de minusvalía, impotencia y baja autoestima, con relación al entorno escolar y social. Sin embargo hasta en un 30%, parecen presentar un síndrome depresivo real.

Si bien suele suceder que un niño con un TDAH diagnosticado, pueda estar decaído y desilusionado porque no puede comportarse, aprender y ser aceptado como los otros niños, el niño con depresión puede llegar a un estado crónico y, por lo tanto se debe confirmar o descartar el diagnóstico.

La depresión infantil puede presentar inatención, problemas de relación con los compañeros, problemas de conducta e hiperactividad, pero

suele acompañarse de tristeza y apatía y es frecuentemente episódica, lo cual no sucede en el TDAH (López-Villalobo, 2004.)

. **Trastornos de conducta:** Los trastornos de conducta son las repercusiones más negativas del TDAH junto con las dificultades escolares (Artigas-Pallares, 2003). Se incluyen el trastorno oposicionista desafiante (TOD) y el trastorno disocial. Estos trastornos se asocian al TDAH en un 40% de los casos. Es el subtipo hiperactivo combinado el que presenta mayor comorbilidad asociada a estos trastornos conductuales (Roselló, 2000).

En general la conducta oposicionista se caracteriza por conductas de desafío y antagonismo con otras personas, y una importante agresividad que es el núcleo de ambos trastornos. La diferencia entre ambos estriba en que en el primero, a pesar de presentar conductas de enfrentamiento y de un sistemático patrón de desobediencia a las pautas impuestas por los adultos, no se trasgreden las normas sociales; esto último se observa en el cuadro antisocial, que presenta además un comportamiento francamente agresivo.

Por otra parte, los niños con TDAH combinado son lo que presentan más problemas emocionales y de comportamiento social, mayor impulsividad y falta de autocontrol.

. **Trastornos del aprendizaje:** La asociación del TDAH con trastornos de aprendizaje se sitúa alrededor del 40%, con la repetición de cursos en los niños afectados; y dependiendo del entorno social y familiar, deserción escolar (Arriada- Mendicoa, 2000.)

Los problemas de rendimiento académico y dificultades de aprendizaje son una de las características más claramente asociadas al TDAH. Todas las áreas académicas se ven afectadas: aritmética, lectoescritura, lenguaje, etc.

Existen diferencias en la prevalencia de los problemas de aprendizaje entre los subtipos. Investigaciones llevadas a cabo señalan que el subtipo combinado y el subtipo predominantemente inatento presentan más problemas académicos que el grupo hiperactivo impulsivo. Además el porcentaje de problemas de lectura es más alto en el subtipo predominantemente inatento; y los problemas de matemáticas son más en el grupo combinado (Roselló, 2000).

Los niños hiperactivos utilizan estrategias memorísticas muy pobres, y existe un déficit cognitivo en cuanto a la resolución de problemas, y en las autoinstrucciones adecuadas para inhibir conductas y controlar la acción.

Una de las manifestaciones más frecuente, señalada por Virginia Douglas en los años 70, es la variabilidad en su rendimiento. Esto se relaciona con la tarea que el niño desempeña, la cual depende del estímulo, del entorno, y del momento del niño ante la actividad; que puede, en determinado momento realizarse sin inconvenientes y fracasar al día siguiente. Consecuentemente se podría pensar que se trata de algo que el niño realiza volitivamente (Martínez León, 2006).

Se considera que al menos un 10 % de la población general puede sufrir de dislexia. En el caso de un niño con TDAH, la probabilidad aumenta hasta un 20%. La dislexia es un trastorno que afecta al desarrollo de la



lectoescritura. Cuando ambas patologías se asocian se potencia el fracaso académico.

En base a investigaciones realizadas, se observa que los tres subtipos diagnósticos muestran diferencias significativas en cuanto a comorbilidad asociada al TDAH. Concretamente, el subtipo predominantemente inatento presenta mayor comorbilidad con trastornos de tipo internalizante como trastornos de ansiedad y afectivos, mientras que el subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo, así como el subtipo combinado, presentan mayor comorbilidad con trastornos de tipo externalizante como TOD y , trastorno disocial (Roselló, 2000).

En la exploración y valoración diagnóstica del paciente, es importante descartar otros síndromes, que aunque pueden coexistir con el TDAH, son entidades diferentes y como tal deben clasificarse.

EVOLUCION DEL TRASTORNO

. Niños en edad preescolar

Numerosas investigaciones han demostrado que más de un 57% de los niños en edad preescolar pueden ser calificados como inatentos y sobreactivos por sus padres (Barkley, 1999). Es común que niños de 2 y 3 años sean inquietos e impulsivos y no mantengan su atención más que por algunos minutos (Joselevich, 2003). De hecho el 60% de niños de esta edad presenta estas características, debido a que es una etapa en la que están descubriendo e investigando su entorno, pero no más de un 50% sigue presentándolas después de los 4 años (Barkley, 1999; Joselevich, 2003).

Los niños preescolares con TDAH están en constante movimiento y requieren un cuidado especial por su predisposición a exponerse a situaciones riesgosas (Gratch, 2009).

. Niños en edad escolar

Es la etapa en la que generalmente se evidencia el trastorno, debido a las dificultades que comienza a presentar el niño en el ambiente escolar (Gratch, 2009). Los niños con TDAH presentan trastornos perceptuales, dificultades en el aprendizaje, trastornos del lenguaje, la comunicación, y alteraciones del sueño. Si bien la mayoría presenta un nivel intelectual normal, un alto porcentaje manifiesta problemas con la lectoescritura, las matemáticas, el dibujo, la lateralidad, la ubicación espacial, la coordinación motora, y discriminación del tamaño de los objetos (Artigas, 2003).

. Adolescencia

Entre un 70 y un 80% de los niños diagnosticados con TDAH es posible que continúen presentando síntomas y entre un 25 y un 35% presentan conductas antisociales o trastorno disocial. Más de un 58% han repetido algún curso escolar. Sus niveles de conocimientos académicos están por debajo de lo normal en tests de cálculo aritmético, lectura o escritura. En ésta época, también puede presentarse tristeza, en algún caso depresión, baja autoestima, desconfianza en el éxito futuro y preocupación por la posibilidad de acabar los estudios y por ser aceptados socialmente (Barkley, 1999).

Sólo un 20% de los niños con TDAH ingresan a la adolescencia con una acentuada declinación sintomática. En cuanto a los demás, algunos, 29% alcanzan esta etapa etaria con signos más o menos evidentes de mejoría; mientras los restantes continúan sin cambios (Rosan, 2003).

. Adultos

Los estudios de seguimiento hasta la edad adulta muestran una persistencia del TDAH superior al 50% (Ramos-Quiroga, 2007; Mediavilla-García, 2003; Biederman, 2000). Este porcentaje de los niños con TDAH continúan teniendo síntomas cuando llegan a la vida adulta. Sólo entre un 10 y un 20% de los niños con TDAH llegan libres a la edad adulta de cualquier trastorno de tipo psiquiátrico, con buen funcionamiento y sin síntomas significativos del trastorno. El resto continúa teniendo muchos de los mismos problemas que tenían cuando eran niños y adolescentes (Barkley, 1999).

Padecer el trastorno en la infancia es condición necesaria para que se considere a una persona con síntomas de TDAH durante la adultez con el diagnóstico definitivo de TDAH (Gratch, 2009).

La tríada sintomática que caracteriza el TDAH en los niños y adolescentes, se expresa en diferentes "proporciones" en la persona adulta: desatención, impulsividad e hiperactividad.

ASPECTOS NEUROPSICOLÓGICOS Y NEUROBIOLÓGICOS

Los hallazgos científicos demuestran un perfil caracterizado principalmente por un déficit en las funciones ejecutivas (Arán Filipetti y Mias, 2009). Las mismas son definidas como un conjunto de habilidades cognitivas que permiten establecer metas, planificar, iniciar actividades, autorregular y monitorizar las tareas, seleccionar los comportamientos y conductas de manera precisa (Pineda, 2000).

Las funciones ejecutivas tienen su base neuroanatómica en la corteza prefrontal (CPF) y sus conexiones recíprocas con otras zonas de la corteza cerebral y estructuras subcorticales, tales como núcleos de la base, núcleo amigdalino, diencéfalo y cerebelo (Sastre-Riba, 2007; Pineda, 2000).

Uno de los modelos más ampliamente aceptado es el propuesto por Barkley. El modelo plantea la existencia de un déficit en la inhibición conductual como característica principal del trastorno, lo que ocasionaría, a modo de efecto cascada, un déficit en las funciones ejecutivas: memoria de trabajo, autorregulación del afecto-motivación-arousal, internalización del lenguaje y reconstitución (Arán Filipetti, 2009).

En varias tareas neuropsicológicas que evalúan una disfunción del lóbulo frontal se ha encontrado una pobre actuación, como en la tarea del *Wisconsin Card Sorting Test*, instrumento para evaluar la flexibilidad cognitiva, el *Stroop Test*, prueba que evalúa la interferencia y la inhibición, el *Tower of Hanoi*, que mide flexibilidad cognitiva y función ejecutiva, y otras tareas de control motor como el *Go/No-Go Test*, utilizado para evaluar la

impulsividad en niños con desórdenes atencionales , tanto en niños como en niñas.

El déficit en estas tareas involucra perseveración de la respuesta, desinhibición motora, dificultades en planeación y atención.

La última década ha sido de gran producción científica en este campo, se reconocen claramente sus síntomas y se pueden evaluar; no obstante, no existe aún un acuerdo total sobre cómo se debe conceptualizar el TDAH, cada uno de los enfoques perfecciona y argumenta empíricamente sus teorías. Queda clara la presencia de déficit neurobiológicos, específicamente a nivel del lóbulo frontal, y comportamentales, que influyen tanto en los niveles atencionales como de actividad, interfiriendo en las áreas social, académica y ocupacional, que impiden un adecuado funcionamiento del niño.

Los hallazgos con relación a las dimensiones neuropsicológicas indican que los niños con subtipo inatento presentarían un perfil caracterizado por un déficit en los mecanismos atencionales selectivos y sostenidos, en la memoria verbal inmediata y diferida y en la flexibilidad cognitiva, sin dificultad en el control de impulsividad.

Por su parte, el grupo de niños con subtipo hiperactivo-impulsivo presenta un déficit en el control de impulsos, en la atención sostenida y en la memoria verbal inmediata y diferida. En el grupo hiperactivo-impulsivo se evidenciaron respuestas perseverativas, pero con una flexibilidad similar a los controles. Estos datos son consistentes con estudios previos que indican que los niños con TDAH manifiestan déficits en la atención sostenida, en el

aprendizaje verbal y en la memoria. Se considera que podrían existir diferentes sustratos neurocognitivos para cada subtipo, en donde el déficit en la “atención sostenida” en el hiperactivo-impulsivo podría claramente explicarse a expensas de un déficit inhibitorio, en coincidencia entonces con la hipótesis disejecutiva de Barkley, no así el subtipo desatento, que manifiesta a su vez un déficit en la atención selectiva (Arán Filipetti, 2009).

TDAH Y EDUCACIÓN

Al abordar esta área de la vida de los niños con trastornos de la atención, lo primero que se quiere señalar es lo que expone Scandar (2009), "... la escuela comienza demasiado a menudo con un fracaso... y desde allí el niño con TDAH continúa cuesta abajo" (p.238). "La trinidad diagnóstica (inatención, hiperactividad e impulsividad) se manifiesta fuertemente en los ámbitos estructurados tanto desde el punto de vista comportamental como cognitivo (p.235).

Gratch (2001) y Bauermeister (2000), entre otros, hacen hincapié en que la dificultad para concentrarse y para mantener bajo control sus impulsos, tiene una relación directa con el rendimiento académico. Para rendir y cumplir adecuadamente en la escuela, es necesario concentrarse largo tiempo en la actividad, aún cuando en el ambiente existan estímulos que pueden provocar distracciones. Esta es la típica situación de un aula regular, donde se halla además de los consabidos estímulos ambientales, una cantidad de personas que tienen intereses y formas de trabajo particulares y que se convierten, en última instancia, en estímulos que el cerebro debe inhibir para poder responder únicamente a aquellos que requieran un enfoque de atención para completar la propuesta de trabajo.

Para fines de comprensión del TDAH, el déficit en las funciones ejecutivas explica la heterogeneidad del trastorno, permitiendo un punto de unificación y evidencia la tendencia, cada vez más aceptada, de que el TDAH responde menos a un déficit en la atención y más a un trastorno deficitario del control de la inhibición.

Es necesario precisar que en los niños con TDAH, estas funciones están presentes, o sea, no hay carencia de ellas, pero su funcionamiento no es eficiente, y esta puede ser la razón por la cual, el funcionamiento del niño en todos los ámbitos y particularmente en el medio escolar, está por un lado sometido a variaciones frecuentes que dificultan la obtención de un rendimiento estable, previsible u homogéneo en el trabajo cotidiano y en las evaluaciones y, por otro lado, un comportamiento predecible frente a la tarea por desarrollar.

Para mantener un comportamiento y un rendimiento estable en las tareas, se requieren procesos de control que involucren la capacidad inhibitoria, la demora en el tiempo de respuesta que posibilite al individuo iniciar, mantener, detener y cambiar los procedimientos mentales para lo cual debe establecer prioridades, organizarse y poner en práctica una estrategia. Estas habilidades también dependen del nivel de control que el individuo posea sobre su nivel de arousal, o estado de alerta mental, en función de responder a las demandas de la situación.

La actuación del docente en educación es fundamental, ya que en esta etapa del desarrollo, se produce la maduración de las funciones ejecutivas. En la edad comprendida entre los 6 y los 8 años la mayoría de los niños adquiere la capacidad de autorregular sus comportamientos y conductas, lo que les permite fijarse metas y prever y adelantarse a las situaciones, sin depender necesariamente de las disposiciones, advertencias, órdenes o sugerencias externas.

Bauermeister (2001), señala que alrededor de los nueve años, los niños logran internalizar las guías externas y la ayuda del adulto no es tan necesaria. Desde la cotidianeidad del aula se enfocará en la propuesta teórica de las siguientes funciones ejecutivas: memoria de trabajo, desarrollo del lenguaje interno, habilidad para autorregular las emociones y motivación y habilidad para la solución de problemas.

• **Memoria de trabajo:** Ciertos aspectos clarifican la importancia que tiene esta función ejecutiva, particularmente si se sitúa en el ámbito educativo.

La memoria de trabajo es la información en que uno se concentra en un momento dado, es el 'banco de labores' del sistema de memoria, el componente en el que la nueva información permanece temporalmente y se combina con los conocimientos de la memoria a largo plazo. Esta porción de la memoria de trabajo debe estar disponible para la realización de operaciones mentales, cuando se piensa o bien cuando se debe solucionar un problema (Venegas Cubero, 2006).

En el caso de los niños con el trastorno, muchas de las habilidades que requieren para tratar la información en la memoria de trabajo, parecen funcionar intermitentemente, a veces pueden desagregar una tarea y atender sus partes y lograr mantener la atención enfocada o focalizada durante un tiempo; dirigirla y organizarla e invertir esfuerzo en sostenerla para no distraerse y llegar a cumplir con la meta propuesta o solicitada. Otras veces la internalización de los procedimientos o las habilidades para la ejecución de la tarea, no son homogéneas o no persisten el tiempo suficiente, como para lograr llegar a la meta. No se trata de que carece de

los recursos para que la memoria de trabajo funcione adecuadamente, sino que la alteración en las estructuras cerebrales, no le permite funcionar con la precisión que lo hacen quienes no presentan TDAH.

Como puede apreciarse, el papel de la memoria de trabajo, es central en el comportamiento y en el logro de las metas de las personas. En el caso de un niño o de una niña que está en la escuela, esta función ejecutiva le permite guiar las acciones en el momento que se requieren o más adelante, si es del caso. Por ejemplo, llevar el libro y el cuaderno de matemáticas de la escuela a la casa; leer las páginas que le ha asignado el profesor; resolver los ejercicios de práctica y entregar esa tarea en la clase siguiente. Esta función es indispensable para recordar hacer las cosas en el futuro cercano.

En el caso de las personas con TDAH, la dificultad para inhibir impulsos entorpece la función ejecutiva de la memoria de trabajo. El resultado de esto es que los niños, niñas, adolescentes o personas adultas se manifiestan como distraídos; olvidadizos para hacer las cosas o llevar algún material, cumplir una orden; seguir una instrucción o, bien, se muestran desorganizados. Esta misma inhibición de los impulsos, los hace propensos a no terminar las tareas; a no pensar en las consecuencias de lo que hacen o piensan; a no aprovechar las experiencias pasadas y capitalizar esa experiencia en el futuro. También esta es la explicación para la problemática en el manejo del tiempo que tienen estas personas.

- **Desarrollo del lenguaje interno:** Los niños al acercarse al pensamiento operacional, van desplazando su discurso interno hacia la tarea que se debe cumplir y, en forma creciente, parecen estar hablando consigo mismos. En

edades de la infancia y la niñez temprana, es común escuchar a los niños verbalizar sobre lo que están haciendo o pensando. Más tarde, su discurso se vuelve más ininteligible, debido a que el niño ha desarrollado las habilidades para manejar la mayor parte del pensamiento en forma silenciosa.

El pensamiento es una función auxiliar temporal del aprendizaje, al igual que se utiliza transitoriamente, contar con los dedos para enfrentar la aritmética y pasar a formas de funcionamiento más complejas. Cuando ya el niño no necesita la verbalización en voz alta, comienza a murmurar y, por último, a pensar en silencio.

Se deduce que a partir de los siete años, el lenguaje interno de los niños esté incorporado, asumiendo el papel de autorregulador del comportamiento. Los niños con TDAH, no tienen adecuadamente desarrollado el lenguaje interno. Para cualquier tarea que necesiten cumplir, requieren que se le enseñe a valorar todas las alternativas de la misma, que pueda analizar, concentrarse y pueda comprobar parcial y globalmente, los resultados una vez finalizada. No es el pensamiento interno el que lo hace, sino más bien, es la acción la que conduce el pensamiento y, para esto, requiere la verbalización.

• **Habilidad para autorregular las emociones y la motivación:** la autorregulación es la capacidad cognoscitiva a través de la cual, mediamos el aprendizaje. El modelamiento y los procesos de socialización son significativos para el desarrollo de las normas concernientes a la conducta

que es aceptable o inaceptable. Algunas de las normas responden a ideales universales y, otras, son de carácter personal.

Para las personas con TDAH, el desarrollo de la función ejecutiva de la autorregulación es fundamental para su éxito personal y académico. Ya se han señalado las dificultades que tienen los niños para cumplir, sostener, mantener y completar una tarea, lo cual lastima mucho su autoestima y, por supuesto, se refleja en los reportes de calificaciones. Si se logra que los estudiantes se sientan seguros y capaces, con un nivel adecuado de autoeficiencia para adquirir una habilidad o para ejecutar una tarea, tienen una mayor disposición hacia el trabajo; mayores recursos para mantener la motivación al logro, trabajan más fuerte y con mayor persistencia y presentan mejores rendimientos.

• **Habilidad para la solución de problemas:** La habilidad para resolver problemas permite la superación de los obstáculos que se presentan. En los niños con TDAH, la dificultad manifiesta de inhibir algunos impulsos, obstaculiza esta función y, por tanto, aumenta la frustración y el no llegar a buscar alternativas para vencer y superar las dificultades. Las dificultades que presentan los niños en esta función ejecutiva, se derivan de las dificultades en el mantenimiento de la atención y en la impulsividad, prioritariamente. Ambos procesos, al estar ausentes en la mayoría de las ocasiones, provocan que el niño no pueda identificar que está ante una dificultad y que debe utilizar el conocimiento y la experiencia que tiene para poder resolverlo y seguir adelante. En muchas ocasiones, estas personas se quedan dando vueltas a las situaciones conflictivas sin poder remediarlas,

porque no han podido identificarlas, al no poder enfocarse y mantener la atención el tiempo suficiente, como para analizar y reflexionar sobre ellas.

AUTOCONCEPTO

AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA

La autoestima es uno de los conceptos más antiguos de la psicología científica. Williams James fue el primero en introducir este término en 1890 y desde entonces su estudio se ha caracterizado por una gran diversidad de formulaciones teóricas e investigaciones empíricas (Góngora, 2008).

El término autoestima expresa el concepto que uno tiene de sí mismo, según unas cualidades que son susceptibles de valoración y subjetivación (Musitu, Román y Gracia, 1988). El sujeto se autovalora según unas cualidades que provienen de su experiencia y que son consideradas como positivas o negativas. El concepto autoestima se presenta como una conclusión final del proceso de autoevaluación; el sujeto tiene de sí mismo un concepto, si después pasa a autoevaluarse e integra valores importantes, esto es, se valora en más o en menos, se infra o sobrevalora, decimos que tiene un nivel concreto de autoestima. Es decir, la autoestima es el grado de satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una actitud evaluativa de aprobación que siente hacia sí mismo.

AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA

La delimitación conceptual del autoconcepto y de la autoestima no es clara, hasta el punto, que ambos conceptos se utilizan indistintamente para referirse al conocimiento que el ser humano tiene de sí mismo. Defendiendo esta postura de la "no diferenciación" algunos autores señalan que las afirmaciones descriptivas y evaluativas acerca de uno mismo se relacionan



empíricamente. No obstante, otros autores partidarios de la "diferenciación" afirman que el autoconcepto y la autoestima se pueden diferenciar nítidamente.

La falta de claridad en la delimitación puede atribuirse a que gran parte de la investigación relativa al autoconcepto se ha refugiado en los aspectos evaluativos, incapaz de superar las dificultades que plantea una evaluación independiente de ambos aspectos del "yo". Sin embargo todos coinciden en que el término autoconcepto incluye autodescripciones abstractas que se pueden diferenciar, al menos teóricamente, de las reflexiones sobre la autoestima, puesto que no implican necesariamente juicios de valor.

El autoconcepto es producto de la actividad reflexiva que el sujeto realiza respecto a la actitud evaluativa de aprobación que siente hacia sí mismo. Es el concepto que el individuo tiene de sí mismo como un ser físico, social y espiritual; es "la totalidad de los pensamientos y sentimientos de un individuo que hacen referencia a sí mismo como un objeto

Un modelo teórico alternativo, que ha gozado de gran aceptación, es el modelo jerárquico y multifacético de Shavelson, Hubner y Stanton (1976). Estos autores conciben el autoconcepto como la percepción que el individuo tiene de sí mismo, la cual se basa directamente en sus experiencias en relación con los demás y en las atribuciones que él mismo hace de su propia conducta. Desde este modelo se plantea que el autoconcepto del adolescente puede dividirse en autoconcepto académico y autoconcepto no-académico, configurándose este último por componentes emocionales –son

los más subjetivos e internos-, sociales y físicos. Estos autores definen siete características básicas del autoconcepto:

1. Está organizado.
2. Es multifacético.
3. Su estructura puede ser jerárquica.
4. El autoconcepto global es relativamente estable.
5. Es experimental (se va construyendo a lo largo del ciclo vital).
6. Tiene un carácter evaluativo que varía en importancia y significado dependiendo de los individuos y las situaciones.
7. Es diferenciable de otros constructos con los cuales está teóricamente relacionado. (ej. habilidades académicas, autocontrol).

Uno de los aspectos más conflictivos y polémicos en los últimos años, es el relacionado con la multidimensionalidad del autoconcepto, el cual ha sido objeto de dos aproximaciones diferentes: algunos autores como Coopersmith plantean una dimensión única, haciendo hincapié en los aspectos más globales (Coopersmith, 1967); mientras que otros autores consideran que se trata de una estructura multidimensional y jerárquica (Shavelson et al 1976; Musitu, García y Gutiérrez, 1991).

Numerosos estudios han encontrado evidencia de la estructura multidimensional del autoconcepto en adolescentes y preadolescentes. La diferencia entre otras investigaciones anteriores que no apoyaban esta evidencia, está en el tipo de diseños utilizados. Los instrumentos más

antiguos consistían en ítems de autoinformes y el análisis factorial utilizado era de tipo exploratorio para localizar factores significativos.

García, Musitu y Gutiérrez (2001) consideran la multidimensionalidad del constructo entendiendo el autoconcepto como la percepción que el individuo tiene de sí mismo, a partir de las experiencias propias con los demás y con las atribuciones de su conducta. Considerándolo un esquema complejo construido a partir de las experiencias previas y de la percepción de sí mismo, dando como resultado la opinión que cada quien tiene de su valía, bajo un juicio de capacidad o incapacidad, que favorece o no la creación de actitudes y por consiguiente el desarrollo de capacidades y potencialidades. Estos autores analizan el autoconcepto según cinco dimensiones: emocional, social, familiar, físico y académico laboral.

El autoconcepto emocional hace referencia a la percepción del sujeto de su estado emocional y de sus respuestas a situaciones específicas, con cierto grado de compromiso e implicación en su vida cotidiana. Un autoconcepto emocional alto significa que el sujeto tiene control de las situaciones y emociones, que responde adecuadamente y sin nerviosismo a los diferentes momentos de su vida y lo contrario sucede normalmente con un autoconcepto bajo. El autoconcepto emocional correlaciona positivamente con las habilidades sociales, el autocontrol, el sentimiento de bienestar y la aceptación de los iguales; y, negativamente, con la sintomatología depresiva, la ansiedad, el consumo de alcohol y cigarrillo, y con la pobre integración social en el aula y en el ámbito laboral.

El autoconcepto social se refiere a la percepción que tiene el sujeto de su desempeño en las relaciones sociales y correlaciona positivamente con el ajuste psicosocial, el bienestar psicosocial, el rendimiento académico y laboral, la estima de profesores y superiores, la aceptación y estima de compañeros, la conducta prosocial y los valores universalistas; y negativamente, con los comportamientos disruptivos, la agresividad y la sintomatología depresiva.

El autoconcepto familiar se refiere a la percepción que tiene el sujeto de su implicación, participación e integración en el medio familiar. Correlaciona positivamente con el rendimiento escolar y laboral, el ajuste psicosocial, el sentimiento de bienestar, la integración escolar y laboral, la conducta prosocial, los valores universalistas y con la percepción de salud física y mental. Correlaciona negativamente con la sintomatología depresiva, la ansiedad y el consumo de drogas.

El autoconcepto físico hace referencia a la percepción que tiene el sujeto de su aspecto físico y de su condición física. Un autoconcepto físico alto, significa que se percibe físicamente agradable, que se cuida físicamente y que puede practicar algún deporte adecuadamente y con éxito. Lo contrario se podría decir de un autoconcepto físico bajo. Correlaciona positivamente con la percepción de salud, el autocontrol, la percepción de bienestar, el rendimiento deportivo, la motivación de logro y la integración social y escolar. Asimismo, correlaciona negativamente con el desajuste académico, la ansiedad y, en menor grado, con la presencia de problemas con los iguales.

El autoconcepto académico-laboral se refiere a la percepción que el sujeto tiene de la calidad del desempeño de su rol como estudiante o trabajador. Un autoconcepto académico alto correlaciona con alto rendimiento académico y satisfacción en el estudio.

Desarrollo del Autoconcepto

Respecto al desarrollo del autoconcepto autores como Shaffer, Papalia, Wendokos y Duskin, refieren que el mismo comienza a desarrollarse en la infancia con la autoconciencia y la comprensión acerca de la independencia de otras personas, lo que permite reflexionar sobre las propias actitudes y comportamientos en relación con los estándares sociales (Musitu et al, 2001). Un autoconcepto positivo ayuda a enfrentar desafíos al ser consciente de las habilidades propias para alcanzar las metas propuestas, en cambio un autoconcepto negativo, es el resultado de la falta de confianza en sí mismo e implica una visión distorsionada de sus propias capacidades y fortalezas para enfrentar determinadas situaciones.

Es así, como el autoconcepto favorece el sentido de la propia identidad, constituyendo un marco de referencia para interpretar la realidad externa e interna y que a la vez influye en el rendimiento académico, condiciona las expectativas y la motivación, ayudando al equilibrio psíquico (Urquijo, 2002).

En la década de los noventa, se han llevado a cabo investigaciones en torno a la temática cuyos resultados ponen en evidencia la importante relación que existe entre la implicación activa del sujeto en su proceso de

aprendizaje, su autoconcepto y el rendimiento académico. Vicuña (2004) investigó la motivación de logro y el autoconcepto en estudiantes universitarios, encontrando una clara correlación entre estos dos términos en tanto que son procesos bidireccionales.

Los planteamientos actuales más relevantes presentan al autoconcepto como una entidad con múltiples facetas o como un conglomerado de múltiples concepciones en el que conviven aspectos estables con otros cambiantes y maleables. Sin embargo, no han faltado autores que han presentado el autoconcepto como un constructo simple y estático. Esta forma de interpretarlo es un obstructor para el análisis de las relaciones del autoconcepto con la regulación conductual, debido a la gran dificultad que supone explicar cómo una estructura indiferenciada puede mediar y reflejar la diversidad de la conducta con la que supuestamente está relacionada.

Autoestima: estable o cambiante

Otras de las características más sorprendentes y controvertidas junto con la de la multidimensionalidad del autoconcepto es su capacidad de permanecer estable o cambiante.

Autoestima es un constructo estable, similar a una característica de personalidad. Sobre esa base estable que se desarrolla en el tiempo a través de experiencias personales, existen fluctuaciones. Las mismas son consideradas como aumento en la sensibilidad y la vulnerabilidad de la persona (Góngora, 2008).

Factores Intervinientes en la Autoestima

Góngora establece diversos factores, a partir de hallazgos en estudios empíricos, que intervienen en la autoestima:

1. Factores parentales: dentro de los cuales se enumeran varios que pueden conllevar buen desarrollo de la autoestima o problemas con ella. Los mismos son: la influencia genética, el soporte y apoyo parental, la aceptación de los padres hacia su hijo, las expectativas y las consistencias en las puestas de límites claros, el estilo parental, el orden de nacimiento dentro de los hermanos, la cantidad de hermanos y el ejemplo o modelado que proveen los padres.
2. Valores: valores sociales y personales.
3. Género: existen diferencias en la autoestima entre mujeres y varones. Las mujeres tienden a orientarse a ser valoradas por otros en término de aceptación o rechazo; en cambio los varones tienden a orientarse a la competencia en término de éxito o fracaso.
4. Factores étnicos y económicos: ciertas investigaciones proponen que existen diferentes niveles de autoestima en los diversos grupos étnicos.
5. Orientación cultural y autoestima: existen diferencias entre las culturas individualistas, las cuales resaltan el valor de competencia, y las colectivistas, las cuales resaltan el valor de las relaciones (Góngora, 2008).

AUTOCONCEPTO EN EL TDAH

El relevamiento de la bibliografía mostró muy pocos estudios sistematizados en autoestima y autoconcepto en niños con TDAH, a pesar de que la literatura de divulgación respecto al trastorno hace referencia al bajo autoconcepto o autoestima como una característica de los niños con el diagnóstico.

Orjales (2004) refiere que los niños con TDAH tienen más posibilidades de desarrollar baja autoestima, sentimiento de indefensión aprendida, sentimiento depresivo, ansiedad, mayor intolerancia al estrés, dificultad para mantener relaciones, y sensación de no haber dado de sí todo su potencial, entre otros.

En un estudio de Garza Morales (2007) las escalas generales de autoestima no lograron diferenciar entre casos y controles, probablemente asociado a un tamaño de muestra pequeño, aunque sí se identificaron calificaciones de autoconcepto menores en los niños con TDAH.

Slomkowski (1995), mediante un diseño prospectivo analizó, si los niños hiperactivos sufren de baja autoestima en la adolescencia, si la baja autoestima se asocia con un mal funcionamiento en la adolescencia; si los niños hiperactivos presentan un sesgo positivo ilusorio, en la que la autoestima es independiente del nivel de funcionamiento, y si la autoestima en la adolescencia se asocia con un mal funcionamiento en la edad adulta. La muestra clínica reportó menor autoestima y ajuste general en la adolescencia y bajo rendimiento escolar y un menor rango de trabajo en la edad adulta, en comparación con los controles.

Un estudio que comparó los niveles de autoestima en niños con TDAH con y sin tratamiento con estimulantes mostraron que los estimulantes se asociaron significativamente con mayor autoestima. Los autores sugieren la necesidad de un estudio bien controlado para determinar si los estimulantes fueron los responsables de las diferencias observadas en la autoestima (Franke et al, 1999).

Por otro lado, un número creciente de estudios sugiere que muchos niños con TDAH sobreestiman su propia competencia, encontrándose que las autopercepciones de los niños con frecuencia no se corresponden con las medidas de rendimiento manifestadas por sus padres o maestros. Este fenómeno se ha denominado sesgo ilusorio positivo y se define operacionalmente como una disparidad entre la autopercepción de su competencia y la competencia real, en la que el autoreporte es sustancialmente más alto que la competencia real. Curiosamente, la investigación en psicología social ha documentado la existencia de ilusiones positivas semejantes en la población en general. Algunas revisiones sugieren que los individuos mentalmente sanos tienen evaluaciones positivas poco realistas de sí mismos, creencias exageradas de poder sobre el medio ambiente, y aumentado optimismo sobre el futuro. Por lo tanto, las creencias ilusorias moderadamente positivas parecen ser algo normal. Sin embargo, este sesgo ilusorio positivo en los niños con TDAH difiere de los encontrados en la población general. Por un lado, la discrepancia entre percepción y competencia real es de mayor magnitud en las muestras de los niños con TDAH en comparación con niños sin TDAH, y

por tanto se desvía de las cogniciones positivas normales. Por otro lado si bien se sugiere que las ilusiones positivas moderadas son adaptativas mejorando la motivación, el rendimiento y la persistencia en las tareas, en los niños con TDAH la gran discrepancia con la competencia real lo aleja como factor adaptativo (Shaw-Zit, 2005).

MATERIALES

Y

MÉTODOS

Tipo de estudio

Ex post facto, descriptivo, retrospectivo dos grupos, uno cuasi control.

Participantes

Se conformaron 2 grupos de niños escolarizados residentes en la ciudad de Mar del Plata. La muestra clínica estuvo compuesta por 10 niños con diagnóstico de TDAH y la muestra control compuesta por 10 niños sin diagnóstico de TDAH con edades comprendidas entre los 8 y 14 años.

La participación fue voluntaria y sujeta al consentimiento informado de sus padres y maestros.

Los niños de la muestra clínica fueron niños derivados por médicos Neurólogos de Instituciones de Salud de la Ciudad de Mar del Plata.

Se utilizó como criterio de inclusión la confirmación del diagnóstico utilizando la Escala SNAP IV versión adaptada a los criterios del DSM IV para padres y docentes (Grañana et al, 2007) y el listado de síntomas *Child Behavior Checklist CBCL* (Samaniego, 1998).

Se excluyeron niños con antecedentes de enfermedades neurológicas o psiquiátricas y trastornos del aprendizaje, sujetos con tratamiento farmacológico, en el momento de la evaluación y sujetos con retraso mental moderado o grave.

Instrumento

Para evaluar el autoconcepto de los niños, se utilizó el cuestionario multidimensional AF5 (García, Musitu 1999), que incluye 30 ítems.

El mismo evalúa 5 dimensiones del autoconcepto (social, académico, emocional, familiar y físico) conformadas por 6 ítems cada una de ella.

Los niños utilizan entre 5 y 10 minutos para completar los 30 ítems. La consigna a la que responden es: *“A continuación se presentan una serie de frases, debes responder con una cruz en el casillero correspondiente según el grado de acuerdo con cada una de ellas.”*

Aunque la escala original de los autores oscila entre 0 y 99 (100 puntos) en este caso se ha utilizado una escala likert de 1-4 (desde “nunca” a “siempre”) de más fácil comprensión para los niños y adolescentes de la muestra. La escala Likert es un tipo de escala aditiva que corresponde a un nivel de medición ordinal. Consiste en una serie de ítems o afirmaciones ante las cuales se le solicita al niño que indique la alternativa que más se acerca a su opinión, escogiendo una de las respuestas ofrecidas (Padua, 1982).

El niño expresa su grado de acuerdo o desacuerdo con la afirmación seleccionando una alternativa de respuesta (Nunca, A veces, Muchas veces y Siempre). A cada una de estas alternativas se le asigna un valor numérico. De esta manera cada niño obtiene una puntuación respecto a cada afirmación y una puntuación total de la suma de las puntuaciones, la cual es interpretada como la posición de cada niño en la escala de actitudes que expresa un continuo con respecto al objeto de estudio (Ver anexo 1).

El puntaje cuantitativo total (que oscila entre 1-4) fue transformado a un valor cualitativo resultando en:



- autoconcepto bajo: puntaje 1-2.
- autoconcepto medio: puntaje 2,1 a 3.
- autoconcepto alto: 3,1 a 4.

Descripción de las Dimensiones del Cuestionario de Autoconcepto

Autoconcepto académico: Se refiere a la percepción que la persona tiene de la calidad del desempeño de su rol como estudiante. Semánticamente, la dimensión gira en torno a dos ejes: el primero se refiere al sentimiento que el estudiante tiene del desempeño de su rol a través de sus profesores (buen estudiante) y el segundo, se refiere a cualidades específicas valoradas especialmente en ese contexto (inteligente, buen estudiante).

Autoconcepto social: Se refiere a la percepción que tiene el niño de su desempeño en las relaciones sociales. Dos ejes definen esta dimensión: el primero hace referencia a la red social y a su facilidad o dificultad para mantenerla y ampliarla; el segundo eje, se refiere a algunas cualidades importantes en las relaciones interpersonales (amigable, alegre).

Autoconcepto emocional: Hace referencia a la percepción del niño de su estado emocional y de sus respuestas a situaciones específicas, con cierto grado de compromiso e implicación en su vida cotidiana. El factor tienen dos fuentes de significado: la primera hace referencia a la percepción general de su estado emocional (soy nervioso, me asusto con facilidad) y la segunda a situaciones más específicas (cuando me preguntan, me hablan, etc.), donde la otra persona implicada es de un rango superior (profesor, director, etc.).

Autoconcepto familiar: Se refiere a la percepción que tiene el niño de su

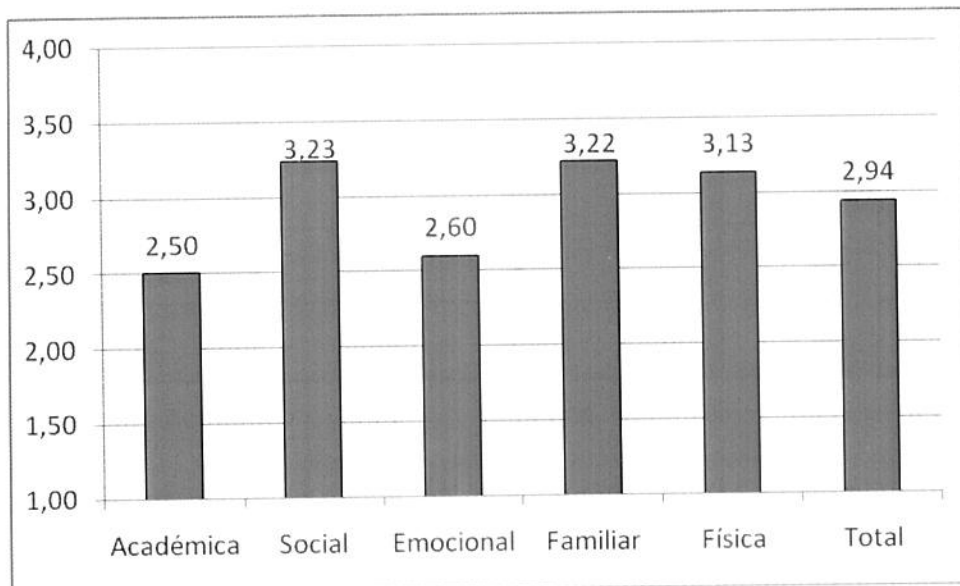
implicación, participación e integración en el medio familiar. El significado de este factor se articula en torno a dos ejes. El primero se refiere específicamente a los padres en cuanto a las relaciones familiares como son: la confianza y el afecto. El segundo eje hace referencia a la familia y al hogar en variables formuladas positivamente que aluden al sentimiento de felicidad y de apoyo, y variables formuladas negativamente que hacen referencia al sentimiento de no ser aceptado por los miembros de la familia.

Autoconcepto físico: hace referencia a la percepción que tiene el niño de su aspecto y condición física. El factor gira en torno a dos ejes que son complementarios en su significado. El primero alude a la práctica deportiva en su vertiente social (me buscan para hacer deporte), física y de habilidad (soy bueno). El segundo hace referencia al aspecto físico (atracción, gustarse, elegante).

RESULTADOS

El análisis de los datos muestra que los niños con TDAH presentan un autoconcepto general medio (Gráfico1).

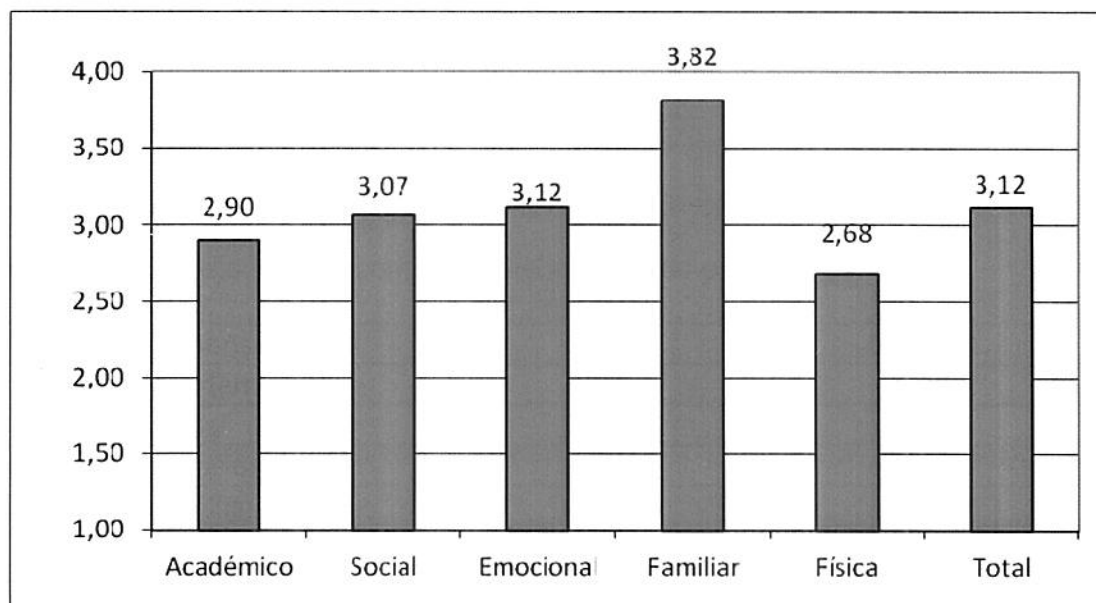
GRÁFICO 1. *Autoconcepto promedio para cada dimensión de los niños con TDAH*



Respecto a las diferentes subescalas los valores muestran un autoconcepto alto en las dimensiones social y familiar y medio en las dimensiones emocional, físico y académico; observándose el puntaje más bajo en la última dimensión (Gráfico 1).

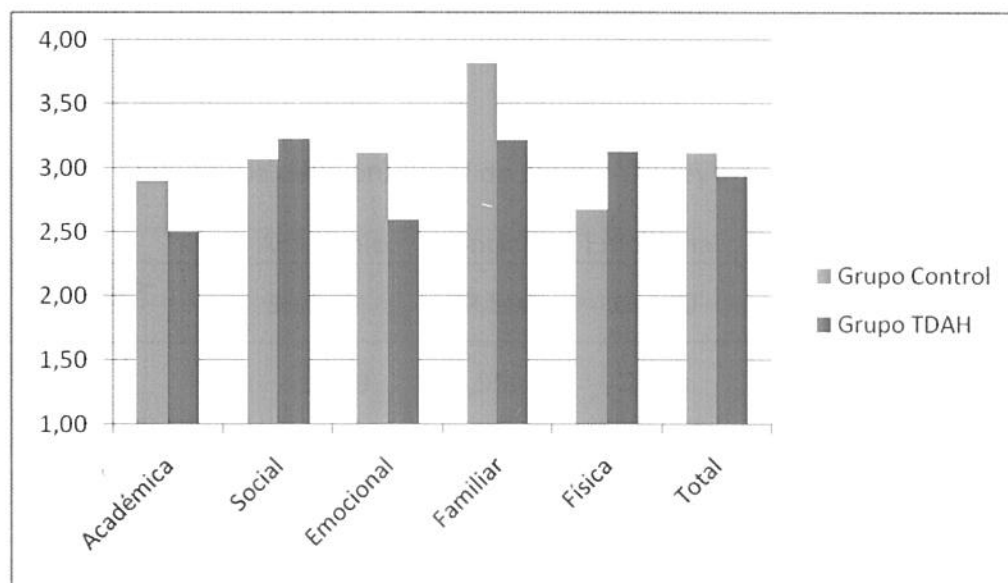
En el gráfico 2 se observa el promedio de autoconcepto para cada dimensión de los niños del grupo control. Los resultados para este grupo indican que presentan un autoconcepto general alto. Los valores más altos se observan en la dimensión familiar y emocional. En la dimensión académica, social y física, el nivel es medio, siendo esta última la más baja.

GRÁFICO 2. Autoconcepto promedio para cada dimensión de los niños control.



En el gráfico 3 se muestran los datos comparativos para el autoconcepto entre la muestra clínica y la muestra control.

GRÁFICO 3. Comparación del autoconcepto entre la muestra del grupo control y el grupo de niños con TDAH.



En la tabla 1 se presentan los estadísticos descriptivos para autoconcepto total y cada una de las 5 dimensiones en función de la pertenencia al grupo con TDAH o al grupo control.

TABLA 1. Estadísticos descriptivos discriminados por grupos

Grupos	Dimensiones	Media	Desv. típ.
Control	Académico	2,9000	,52869
	Social	3,0670	,34439
	Emocional	3,1170	,31542
	Familiar	3,8160	,24199
	Físico	2,6840	,35318
	Total	3,1170	,22940
Clínico	Académico	2,4990	,66184
	Social	3,2320	,82362
	Emocional	2,5990	,42511
	Familiar	3,2170	,59382
	Físico	3,1340	,66448
	Total	2,9370	,36954

Con el propósito de comparar los resultados de ambos grupos y determinar si estas diferencias resultan estadísticamente significativas, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney y los resultados se presentan en la tabla 2.

TABLA 2. Resultados de la prueba U de Mann-Whitney

	Académico	Social	Emocional	Familiar	Físico	Total
U de Mann-Whitney	36,000	37,500	13,500	17,000	27,000	38,000
Z	-1,069	-,952	-2,791	-2,544	-1,751	-,911
Sig. asintót. (bilateral)	,285	,341	,005	,011	,080	,363

Como se observa, las diferencias entre los grupos para autoconcepto total no son estadísticamente significativas si bien, como se expuso anteriormente los valores numéricos son inferiores en la muestra clínica.

Respecto a las dimensiones, tanto la emocional como la familiar presentan diferencias estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES



La presente investigación tuvo como objetivo evaluar el autoconcepto en niños con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Los resultados alcanzados son concordantes con la poca bibliografía encontrada en cuanto a que los niños con TDAH presentan una autoestima general más baja, aunque las diferencias encontradas no resultaron estadísticamente significativas, probablemente debido al tamaño muestral reducido. Sin embargo si se encontraron diferencias significativas en la dimensión emocional y familiar del autoconcepto.

El autoconcepto emocional que hace referencia a la percepción del sujeto de su estado emocional correlaciona negativamente con una pobre integración en el aula por lo cual resulta de importancia indagar esta relación. Por otro lado el autoconcepto familiar que se refiere a la percepción que tiene el niño de su implicación, participación e integración en el medio familiar muestra en el presente trabajo un lugar de importancia en la construcción de un autoconcepto negativo.

Entre las limitaciones que afectan a nuestra investigación destacaríamos básicamente tres por su relevancia. La primera de ellas está relacionada con el tamaño muestral. El reducido número de participantes aconseja la utilización de análisis estadísticos no paramétricos que tienen un menor poder de discriminación. Una segunda limitación se refiere a la naturaleza puramente descriptiva de nuestros hallazgos.

BIBLIOGRAFÍA

- Achenbach T.M; Howell C. T; McConaughy S. H; Stanger C. (1995) Six-year predictors of problem in a national sample of children and youth: I cross-informant syndrome *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34 (3): 457-467.
- American Psychiatric Association (2000) *Diagnosis and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-RT (4th ed., text revision)*. Washington DC: Author APA.
- Aras Filippetti, V., Mías, C, D., (2009). Neuropsicología del Trastorno por Déficit de atención/Hiperactividad: subtipos predominio Déficit de Atención y predominio Hiperactivo-Impulsivo. *Revista Argentina de Neuropsicología* 13, 14-28.
- Arriada Mendicoa A., Otero Siliceo, E. (2000). *Revista de neurología* 31 (9), 845-851.
- Artigas Pallarés J., (2003) Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36 (Supl 1), S68-S78.
- Barkley, R., (1999) *Niños Hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. España: Ed. Paidós.
- Barkley, R., (2003) *Niños hiperactivos, cómo comprender y atender sus necesidades escolares*. Editorial Paidos Ibérica.
- Bauermeister J. (2000) *Hiperactivo, impulsivo, distraído ¿Me conocés? Guía acerca del déficit atencional para padres, maestros y profesionales*. San Juan Puerto Rico: Atención-

→ Beltrán, R. A., (2006). Neurobiología del TDAH. Consultado el 6/09/2009 en www.abcpediatrica.com

Biederman J, Heiligenstein J, Faries D, Galil N, Dittman R, Emslie G, Kratochvil C, Laws H, Schuh K. (2002) Efficacy of Atomoxetine *versus* Placebo in school-age girls with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* 2002; 10(6):75.

Buñuel Álvarez, J.C., (2006). Diagnóstico del trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad. Una visión desde la evidencia científica. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, (8), Suplemento 4, S25-37.

Capdevila Brophy, C., Artigas Pallarés, J., Ramírez Mallafré, A., López Rosendo, M., Real, J., Obiols Llandrich, J. E., (2005). *Revista de Neurología*, 40, Suplemento 1, S17-S23.

Cardo E., Servera M., (2008) Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Revista de Neurología*, 46 (6), 365-372.

Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.

Cubero Venegas, C. (2006) Los trastornos de la atención con o sin hiperactividad: una mirada teórica desde lo pedagógico. *Actualidades investigativas en educación*. 001 (6), 39.

Díaz Atienza, J., (2003) Manual sobre hiperactividad. Almería. Consultado el 3/10/2009 en paidopsiquiatria.com

Frankel, F., Cantwell, D., T Myatt, R. & Feinberg D. (1999) Do Stimulants Improve Self-Esteem in Children with ADHD and Peer Problems? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 9(3), 185-194.

Garza-Morales S., Nuñez-Villaseñor P.S. & Vladimirsky-Guiloff H. (2007) Autoestima y locus de control en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Bol Med Hosp Infant Mex* 64:231-239.

Grañana, Richaudeau, Robles Gorriti, Scotti, Fejerman, Allegri. (2007) Prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Argentina: estudio de campo. *Revista Argentina de Neuropsicología*; 10, 8 – 21.

→ Gratch, L. O. (2009) *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD)* Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2° edición.

Góngora, V. (2008). La autoestima En Casullo M. y otros. *Prácticas en psicología positiva*, Lugar Editorial, Buenos Aires.

Joselevich E., Bernaldo De Quiroz G., Moyano M., (2003) *AD/HD que es, que hacer. Recomendaciones para padres y docentes*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

López Villalobo, (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con los trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema*, 16, (3), 402-407.

Martinez- León N.C. (2006) Psicopatología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad *International Journal of Clinical and Health Psychology* Vol. 6 (2): 379-399

- Mediavilla García, C., (2003). Neurobiología del trastorno de hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36 (6), 555-565.
- Menéndez Benavente, I. (2001) Trastorno de déficit de atención con hiperactividad: Clínica y diagnóstico. *Revista Psiquiatría y Psicología niños y adolescentes* 4 (1), 92-102.
- Montiel Nava, C., Montiel Barbero, I., Peña, J. (2007) Presentación clínica del trastorno por déficit de atención-hiperactividad como función del género. *Invest Clin* 48:459-468.
- Mulas F, Mattos L, et al (2007) trastorno por déficit de atención/hiperactividad: a favor del origen orgánico. *Revista de Neurología*; 44 (Supl 3):S47-S49.
- Musitu, G., Román, J.M. y Gracia, E. (1988). *Familia y educación. Prácticas educativas de los padres y socialización de los hijos*. Barcelona: Labor.
- Musitu, G.; García, F. y Gutiérrez, M. (1991). *Autoconcepto forma A (AFA)*. Madrid: TEA, Ediciones, S.A.
- Musitu, G.; García, F. y Gutiérrez, M. (1999). *Autoconcepto forma 5 (AF5)*. Madrid: TEA, Ediciones, S.A.
- Orjales, I. (2004) Impacto y detección de niños con trastorno por déficit con hiperactividad. Consultado el 30/10/2009 en <http://www.cesdonbosco.com>
- Pineda, D. A., (2000). La función ejecutiva y sus trastornos. *Revista de Neurología*, 30 (8), 764–768.



- Plomin, R; DeFries, J; McClearn, G.E; McGuffin, P (2002). *Genética de la conducta*. Barcelona: Ariel.
- Ramos- Quiroga J.A; Ribasés-Haro M; Boich R; Cormand-Rifá B; & Casas M. (2007) Avances genéticos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev. Neurol* 44 (Supl.3) S51-S52.
- Ramos Vicente & Gonzalez Seijo J.C. (2007) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una actualización. *Bol. Pediatr* 47:116-124
- Rosan, TA. *Evolución del ADHD en las etapas vitales. Trabajo presentado en el X congreso internacional de Psiquiatría de la A.A.P., Buenos Aires; 2003.*
- Roselló, B., Amado, L., Bo R. M., (2000). Patrones de comorbilidad en los distintos subtipos de niños con trastorno por déficit de atención con Hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*, 1, 181-92.
- Samaniego, V. (1998). El Child Behaviour Checklist: su estandarización y aplicación en un estudio epidemiológico. Problemas comportamentales y sucesos de vida en niños de 6 a 11 años. En *Informe Final UBACYT*. Buenos Aires: Mimeo
- Sastre Riba, S., Merino Moreno, N., Poch Olivé, M. L.,(2007). Formatos interactivos y funciones ejecutivas en el desarrollo temprano. *Revista de Neurología*, 44 (2), S61 S65.
- Scandar, R. (2009) El niño que no podía dejar de portarse mal. TDAH: Su comprensión y tratamiento. Ed. Distal.

- Shavelson, J., Hubner, J.J. & Stanton, G.C. (1976). Self-concept: validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-442.
- Shaw-Zirt, B., Popali-Lehane, L., Chaplin, W., Bergman A (2005), Adjustment, social skills, and self-esteem in college students with Symptoms of ADHD, *Journal of Attention Disorders*, 8 (3), 109-120.
- Urquijo S. (2002) Auto-concepto y desempeño académico en adolescentes. Relaciones con sexo, edad e institución Psico-USF 7 (2): 211-21.
- Valdizán, J.R; Mercado, E; Mercado-Undanivia, A. (2007) Características y variabilidad clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en niñas, *Revista de Neurología*; 44 (Supl 2): S27-S30.
- Verduzco Alvarez- Icaza, MA, Gómez-Maqueo, EL y Duran Patiño, C. (2004). La influencia de la autoestima en la percepción del estrés y el afrontamiento en niños de edad escolar. *Salud Mental*, vol.27:18-25.
- Vicuña, L. (2004). La motivación de logro y el autoconcepto en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos *Revista de investigación en psicología del Instituto de Investigaciones Psicológicas*, 7 (2), 136-149.
- Slomkowski, Ch., Klein R.G & Mannuzza S. (1995) Is self-esteem an important outcome in hyperactive children? *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 23 (3), 303-315.
- A. Pardos a, A. Fernández-Jaén b, D. Martín Fernández-Mayoralas. (2009) Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*; 48 (Supl 2): S107-111.

ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO - AF5

A continuación se presentan una serie de frases, debes responder con una cruz en el casillero correspondiente según el grado de acuerdo con cada una de ellas. Lee con atención cada frase, y por favor contesta con sinceridad, considerando que:

- No existen respuestas buenas o malas, cada opción solo indica una forma diferente de pensar.
- En caso de duda entre varias opciones señala aquella que se acerque mas a tu forma de pensar.

	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
1. Hago bien las tareas escolares.				
2. Hago fácilmente amigos.				
3. Tengo miedo de algunas cosas.				
4. En casa me critican mucho.				
5. Me cuido físicamente.				
6. Mis maestros o profesores me consideran un buen estudiante				
7. Soy una persona amigable.				
8. Muchas cosas me ponen nervioso/a.				
9. Me siento feliz en casa.				
10. Me buscan para realizar actividades deportivas.				
11. Trabajo mucho en clase.				
12. Para mí es difícil hacer amigos.				
13. Me asusto con facilidad.				
14. Mi familia está decepcionada de mí.				
15. Me considero elegante.				
16. Mis maestros o profesores me aprecian.				
17. Soy una persona alegre.				
18. Cuando los adultos me dicen algo me pongo nervioso.				
19. Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas.				
20. Me gusta como soy físicamente.				
21. Soy un buen estudiante.				
22. Me cuesta hablar con desconocidos.				
23. Me pongo nervioso cuando la maestra o profesor me pregunta.				
24. Mis padres me dan confianza.				
25. Soy bueno haciendo deportes.				
26. Mis maestros o profesores me consideran inteligente y trabajador.				
27. Tengo muchos amigos.				
28. Me siento nervioso.				
29. Me siento querido por mis padres.				
30. Soy una persona atractiva.				

