

3. *Evolución y estado actual del Déficit.*

3. Evolución y estado actual del Déficit

3.1	Introducción.....	54
3.2	Evolución conceptual del TDAH.....	55
3.3	Características generales del trastorno.....	57
3.4	Factores que explican el Déficit de Atención.....	59
	3.4.1. Causas biológicas y ambientales.....	60
	3.4.2. Explicaciones psicológicas de la sintomatología del TDAH.....	64
3.5	Diagnóstico del TDAH.....	66
3.6	Resumen.....	69

*"La capacidad de atención del hombre es limitada y debe ser constantemente espoleada por la provocación."
Albert Camus.*

3.1. Introducción.

El Trastorno de Déficit de Atención, a pesar de constituir un problema estudiado desde perspectivas diversas (médicas y psicológicas) y profesionales adscritos a distintos planteamientos teóricos, actualmente continúa siendo un enigma. Aunque actualmente existe un amplio consenso acerca de las alteraciones del Déficit, los niños hiperactivos están lejos de responder a un perfil clínico definido, con una etiología similar, una respuesta de tratamiento uniforme y un pronóstico predecible (Moreno, 2001).

La investigación sobre el Déficit de Atención e Hiperactividad mantiene abiertas varias vías de investigación, más o menos consolidadas. Así los esfuerzos por identificar la comorbilidad asociada al TDAH (Rodríguez- Ramos y otros, 1997), aspectos diferenciales del trastorno respecto a otras alteraciones (Presentación y Miranda , 1996), investigación de tratamientos tradicionalmente aplicados (laboni y otros, 1995), programas de entrenamiento específicos para padres (Barkley, 1995), planteamiento de alternativas para la prevención de la hiperactividad e impulsividad infantil (Ávila, Orjales y Polaino-Lorente. 1997), y por último aquellas investigaciones preocupadas en abordar el Déficit en el medio escolar (DuPaul y Stoner, 1994), incidiendo en la utilidad del análisis para evaluar las alteraciones características dentro de la escuela o evaluando el rendimiento académico de los alumnos afectados (Faraone y otros, 1993).

Desde que a finales del siglo XIX hasta la actualidad el Déficit de Atención ha sufrido una evolución constante, que hoy en día continúa en plena discusión. Las nuevas investigaciones van desarrollando nuevos aspectos del síndrome a todos los niveles, desde la concepción médica del déficit, los nuevos descubrimientos y tratamiento farmacológico, por una parte. Los aspectos

psicológicos y su tratamiento conductual y cognitivo, por otra. De todo ello, la escuela ha de aprovechar tales avances, para aplicarlos en la enseñanza y el control social de estos alumnos. El rápido cambio que en los diferentes campos se va llevando a cabo, obliga al entorno educativo a estar alerta para poder aplicarlo a la realidad diaria de la clase.

Últimamente se constata que la primera causa de fracaso escolar es el debido al déficit atencional. Es por ello de suma importancia el conocimiento de los aspectos del déficit para que tanto el profesor pueda realizar en clase un tratamiento ajustado a las necesidades de estos alumnos como la familia como responsable última de la educación de sus hijos.

En este capítulo analizaremos la evolución conceptual del síndrome y los factores que explican el déficit, para acabar con las características del diagnóstico para estos alumnos.

3.2. Evolución conceptual del TDAH.

Aunque en un comienzo se estudió el déficit como un problema médico, posteriormente han aparecido investigaciones de tipo conductual y cognitivas, que han enriquecido este complejo problema.

Los primeros estudios provienen del campo de la medicina. El médico G.F. Still describió las características del síndrome en el año 1902, como una asociación del síndrome a “fallos de control moral” que no obedecían a deficiencias intelectuales, aunque el doctor Bouneville, cinco años antes ya había descrito un síntoma de niños con inquietud física y psíquica exagerada con leve retraso mental. Hohman y Ebaugh, a principios de los años veinte, hallaron síntomas similares en niños que habían sufrido un proceso de encefalitis, por lo que se denominó “trastorno de comportamiento postencefálico”, asociando al déficit una alteración de tipo neurológico. En 1934, Kahn y Cohen proponen el término de “Síndrome de Impulsividad Orgánica” para explicar el origen orgánico del TDAH.

Hacia la década de los sesenta, la interpretación de la hiperactividad como un trastorno debido a un daño cerebral se sustituye por el de disfunción cerebral, pasando a cambiarse la perspectiva de lesión orgánica por otra de tipo más funcional.

Clemens (1966) definió la disfunción cerebral mínima como un trastorno de conducta y del aprendizaje que experimentan niños con una inteligencia normal y que aparece asociada con disfunciones del sistema nervioso central, y agrupa niños con deficiencias en el aprendizaje, problemas de hiperactividad, inatención e impulsividad, así como con dificultades sociales y emocionales. Aquí la comunidad educativa y la comunidad médica adoptaron posiciones diferentes, que con algunos matices sigue manteniéndose en la actualidad, ya que mientras la literatura médica aceptó el término de disfunción cerebral mínimo incorporándolo a un modelo médico, la bibliografía educativa se centró en los problemas escolares y de lenguaje y prefirió el término de “niños con dificultades de aprendizaje”.

A partir de aquí, los investigadores (sobretudo psicólogos y pedagogos) se centraron en caracterizar la hiperactividad como un trastorno de comportamiento.

Posteriormente aparece una interpretación cognitiva de la hiperactividad ya iniciada por Still (1902). Los expertos subrayan que es conveniente destacar las deficiencias cognitivas junto a las conductuales en el trastorno hiperactivo. Así Barkley (1981) define la hiperactividad como una deficiencia en el desarrollo de la atención y de la conducta gobernada por reglas que se manifiesta en el niño a partir de los 2-4 años en distintas situaciones y que no puede atribuirse a retraso mental, psicosis, o alteraciones neurológicas graves, sensoriales o motóricas.

3.3. Características generales del trastorno.

Este trastorno o déficit es bastante común y la clasificación de la incidencia varía según estudios - desde un 3% a 5% (Barkley, 1981) a un 5% a 20%, para todos los niños (Serfontein, 1998). Es primordialmente un trastorno de condición masculina: aproximadamente un 90% de los niños afectados son varones.

Las características principales son las siguientes:

a) ***Dificultades en el mantenimiento de la atención durante un periodo razonable de tiempo.*** Estos alumnos tienen dificultades en enfocar y mantener la atención lo suficiente para iniciar y mantener cualquier tarea. Su nivel de concentración es bajo y tienden a distraerse fácilmente de la tarea con otros estímulos, como un ruido o cualquier movimiento, distracción que a veces le conducen hasta el punto de llevarlos a “soñar despiertos”, absortos en su propio mundo.

Investigaciones longitudinales demuestran que las manifestaciones de inatención (a diferencia de otras que pueden ir asociadas al déficit, como hiperactividad e impulsividad) se mantienen constantes y persisten a lo largo del tiempo (Hart, Lahey, Loeber y Applegate, 1995).

Los dominios de atención que hemos de tener en cuenta en las implicaciones educativas son en mayor o menor grado para este tipo de alumnos: la *atención dividida* (incapacidad para realizar dos acciones diferentes al mismo tiempo), la *atención focalizada* (incapacidad para percibir qué ocurre a su alrededor o hacer otras cosas de las que le han indicado), la *atención selectiva* (o incapacidad de seleccionar los estímulos relevantes del ambiente) y la *atención sostenida* (o incapacidad de mantener la misma actividad el tiempo necesario para acabarla).

b) ***La inmensa mayoría tienen un nivel de actividad mayor en comparación con el de sus compañeros.*** A menudo son inquietos y tienen problemas para estar sentados un periodo prudencial. Los que

presentan de una manera exagerada este síntoma se clasifican como hiperactivos. Aquellos que padecen TDASH en cambio son inactivos, lentos, soñadores, apáticos, descuidados y callados.

- c) Buena parte de estos alumnos son impulsivos.** Sobretudo, aquellos que adicionalmente presentan hiperactividad. Actúan frecuentemente sin detenerse a pensar las consecuencias de sus acciones (“nunca piensan dos veces lo que están haciendo”) y como resultado se enfrentan a dificultades tanto comportamentales como académicas. A esto se une el hecho de que son desorganizados, poco planificadores de sus tareas diarias.
- d) Desde el punto de vista del aprendizaje, la memoria a corto plazo disminuida parece ser la principal desventaja.** Todo nuevo aprendizaje se ha de sustentar durante un periodo de tiempo de manera que cuando se expone nuevamente a esta información, la primera se refuerce y finalmente sea ubicada en la memoria a largo plazo. Los alumnos con deficiencias de atención tienen dificultad especial en la retención de la información auditiva o verbal. Estos alumnos tienen más dificultad para retener la información oral que la visual. Muchas veces a este tipo de alumnos se les dan instrucciones, pero no pueden retenerlas el tiempo suficiente para realizarlas. A menudo confunden el orden secuencial de éstas.
- e) Un aspecto destacado en gran número de alumnos con este déficit es el comienzo tardío de su lenguaje expresivo.** Aunque desarrollan el habla en forma apropiada en los primeros años, existe un retraso en el desarrollo de la estructura de las oraciones y en la expresión verbal. Gran parte de estos alumnos con problemas de lenguaje continúan más adelante con problemas de desarrollo del lenguaje en la escuela, lo que contribuye a dificultarles la adquisición del lenguaje hablado, leído o escrito.

Estos son algunos de los aspectos fundamentales que adolecen los alumnos con déficit de atención. Existen otros, como pueden ser las perturbaciones de apetito, alteraciones durante el sueño, falta de coordinación, problemas de relación con los compañeros, etc...

Todos estos factores se tendrán en cuenta a la hora de programar los contenidos, planificar una dinámica de trabajo o cualquier otro aspecto que con ellos hayamos de orientar.

3.4. Factores que explican el Déficit de Atención.

El TDAH adquiere en sí misma una entidad clínica compleja y las explicaciones de tipo etiológico hacen referencia a diversos factores causales tanto orgánicos como psicosociales. Las investigaciones al respecto se podrían enmarcar en tres modelos diferentes:

- a) el **modelo médico**, que defiende la existencia de factores etiológicos orgánicos (neurológicos, metabólicos, genéticos, etc..) en la base del trastorno. Desde este planteamiento la hiperactividad constituye un trastorno neuroevolutivo y crónico que tienen un origen básicamente constitucional, no adquirido (Taylor, Sandberg, Thorley y Giles, 1991) destacándose en su etiología los factores biológicos de riesgo relativos al periodo prenatal, perinatal y postnatal.
- b) el **modelo psicopedagógico**, considera que el TDAH es un comportamiento aprendido y provocado por el sistema (familia o escuela) con el que el niño interactúa.
- c) el **modelo interaccionista**, explica la cuestión mediante un producto de la interacción entre el ambiente y las condiciones propias (físicas y psicológicas del alumno).

Estos modelos se basan pues en **causas biológicas y ambientales**, de las que hablaremos a continuación.

3.4.1 Causas biológicas y ambientales.

En este punto incidiremos sobre las causas incidentes en el TDAH, según las posturas de diferentes investigadores que han tratado el tema.

a) Causas biológicas.

A través del modelo médico se defiende la existencia de factores etiológicos orgánicos (neurológicos, metabólicos, genéticos, etc..) en la base del trastorno. Desde este planteamiento la hiperactividad constituye un trastorno neuroevolutivo y crónico que tienen un origen básicamente constitucional, no adquirido (Taylor, Sandberg, Thorley y Giles, 1991) destacándose en su etiología los factores biológicos de riesgo relativos al periodo prenatal, perinatal y postnatal.

- **Bases neuroanatómicas del TDAH.**

El objetivo del enfoque neuroanatómico consiste en localizar las áreas del cerebro que están subordinadas a aquellos sistemas cuya función interviene en la regulación de la atención (y en la inhibición motriz) que son aquellas dificultades esenciales que manifiestan los sujetos con TDAH.

En este marco revisten interés los conocimientos sobre la anatomía neuroanatomía funcional de los lóbulos frontales relativos a la influencia que éstos ejercen sobre el sistema activador reticular mesencefálico, del que depende la activación óptima para el procesamiento y para la planificación y regulación de la conducta propositiva. PosSner y Dehaene (1994) concluyen que aunque los efectos atencionales parecen estar mediatizados por un principio común de amplificación atencional en todos los niveles del circuito cortical, los orígenes de estos efectos se localizan en áreas corticales de los lóbulos frontales y parietales. También Zametkin y

colaboradores (1990) encontraron un metabolismo de la glucosa reducido en el cortex prefrontal y en las áreas motoras corticales.

Lou, Henriksen y Bruhn (1984), citados por Miranda (1998) encontraron estudiando el flujo sanguíneo cerebral mediante tomografía axial computerizada (TAC), que todos los sujetos de su muestra con TDAH, aunque no presentaban anomalías estructurales, tenían una hipoperfusión periventricular que implicaba una actividad metabólica baja en los lóbulos frontales y en los ganglios basales.

En términos generales, los estudios apuntan a la implicación global del hemisferio derecho en el síndrome disatencional.

- **Bases neuroquímicas de TDAH.**

Otro aspecto a estudiar sobre el trastorno de déficit son las bases neuroquímicas, que tienen una gran importancia para explicar esta deficiencia. Esta idea está centrada en el estudio del papel de los neurotransmisores, especialmente la dopamina y la noradrenalina, que facilitan la comunicación entre los circuitos neuronales que están afectados por el déficit.

La corriente de transmisión de información tiene dos tipos de naturaleza: una eléctrica y la otra de naturaleza química. Cuando la información pasa a través de la neurona, la transmisión de la información es de naturaleza eléctrica, pero en las conexiones sinápticas existe una zona en la que dicha corriente no puede ser transmitida eléctricamente, sino que dicha transmisión es de naturaleza química. Para ello tenemos los neurotransmisores, que son sintetizados por la neurona presináptica, y que una vez llegada del influjo nervioso son liberados a la hendidura sináptica. Allí viaja

hasta el receptor postsináptico y provoca una modificación de la permeabilidad de la membrana, provocando a su vez una despolarización (mediador excitador) o una hiperpolarización (mediador inhibitorio).

Entre la zona sináptica hay un nivel de enzimas que van controlando el nivel de estos neurotransmisores: si se liberan demasiados, una enzima (monoaminoxidasa) se encarga de destruirlos para mantener un nivel constante.

El problema de los niños con Deficiencias Atencionales es que parecen tener una inmadurez en el área afectada del cerebro. En ellos se produce un nivel de neurotransmisores insuficiente, por lo que la transferencia de información disminuye. Además las enzimas destruyen con excesiva rapidez los neurotransmisores liberados en la zona sináptica. Todo ello hace que haya un rompimiento en la transmisión de mensajes entre las neuronas del área afectada.

- **Bases neurofisiológicas del TDAH**

Para los defensores de este enfoque las teorías anteriores son demasiado reduccionistas porque el sistema nervioso central tiene una complejidad enorme. Este enfoque intenta explicar la interacción entre los elementos neuroquímicos y anatómicos como formadores de un conjunto estructural. Este enfoque no obvia que el ambiente modula las interrelaciones entre organismo y comportamiento.

b) Causas ambientales.

Las posturas ambientalistas tratan de explicar las conductas del niño con TDAH como una consecuencia de un ambiente excitado y desasosegado y la necesidad de reacción ante el mismo.

Miranda y otros (1998) analizan tres variables que inciden en estas causas: el ***clima familiar***, las ***psicopatologías de los padres***, el ***manejo de las técnicas de disciplina***, y el ***estatus socioeconómico familiar***.

Respecto al primer punto el clima psicológico de los padres puede influir de una manera positiva o negativamente en el alumno. De todas maneras, también puede darse el caso de que la dinámica de comportamiento de niños con problemas puede causar una depresión en los padres. Si bien parece que en los hogares con niños hiperactivos existe una desorganización y una mayor incidencia de conflictos entre los padres, también los hay bien adaptados al sistema familiar y evolucionan sin demasiados problemas (Morandé y Lázaro, 1992), en Miranda (1998).

Respecto al segundo punto (psicopatologías de los padres) han sido las características de las madres las más estudiadas. Así, algunos de los primeros trabajos encontraron que las madres con hijos con problemas de comportamiento eran más jóvenes, con un nivel intelectual , alta puntuación en neuroticismo y mostraban en general más síntomas de problemas físicos y psicológicos que el resto (Richman y otros (1982), en Miranda (1998)). Otras investigaciones posteriores, como la de Lahey y otros (1989) comprobaron que las madres de los niños con tratamiento por problemas de conducta obtuvieron puntuaciones más altas relacionadas con conducta antisocial, histeria y desajuste. De todas maneras, el perfil de la historia familiar de un alumno con TDAH, tanto puro como si va asociado a problemas de conducta, se caracteriza por tasas elevadas de hiperactividad infantil en uno de los padres, pero el TDAH no asociado a problemas de conducta no se relaciona con una proporción mayor de psicopatología parental (Schachar y Wachsmuth, 1990, citado por Miranda, 1998).

Por lo que respecta al punto de manejo de las Técnicas de Disciplina, no puede concluirse que el comportamiento de los niños hiperactivos sea peor porque las estrategias educativas de sus madres sean ineficaces o al contrario.

Paternite y Loney (1980), encontraron altos niveles de agresión, baja autoestima y frecuencia delictiva entre los niños hiperactivos de bajo estatus socioeconómico. Schachar (1991) indicó que la adversidad psicosocial

incrementa el riesgo de desarrollar diferentes tipos de psicopatologías, en las que incluye la hiperactividad, pero no parece haber factores ambientales específicos que por sí solos, generen un TDAH.

3.4.2 Explicaciones psicológicas de la sintomatología del TDAH

Durante esta última década los estudios se han dirigido a desarrollar concepciones más unificadas respecto a los déficits de atención. Estas teorías intentan explicar las deficiencias del TDAH, desde el punto de vista psicológico. A continuación describiremos las principales causas que se han descrito.

- **Poca autorregulación del alumno con TDAH.**

Virginia Douglas (1985, 1989), citada por Miranda (1998), investigando los efectos de las escalas de refuerzo sobre la ejecución cognitiva de los niños con TDAH concluye que tienen una fuerte tendencia a buscar recompensas inmediatas, además son extremadamente vulnerables a los posibles efectos distractores y activadores del refuerzo y se frustran con exceso cuando no aparecen las recompensas anticipadas. Argumenta que estas respuestas ante las recompensas, junto a las deficiencias atencionales, en el control inhibitorio y en la activación están provocadas por un fallo en el sistema de autorregulación.

Otras investigaciones (Rosebaum y Baker, 1984) que también sugieren la deficiente ejecución de los niños hiperactivos en tareas cognitivas complejas está determinada por la poca habilidad para solucionar problemas en condiciones difíciles y conflictivas que requieran autocontrol.

- **Fallos motivacionales.**

Otro reciente planteamiento defiende que la hiperactividad puede radicar en deficiencia en la sensibilidad al refuerzo o a otros factores motivacionales. Así Barkley argumenta como explicación sobre el conjunto de deficiencias que

presentan los sujetos hiperactivos es su incapacidad para seguir un patrón de comportamiento gobernado por reglas, debido a un fallo de motivación. Si así fuese, el trastorno hiperactivo no consistiría en una deficiencia de atención sino en una anomalía en la sensibilidad del niño hacia los reforzadores del ambiente que le motivan para realizar su trabajo.

- **Psicopatología Desinhibitoria**

Conecta con la teoría neurobiológica y en ella se destaca el papel de la desinhibición en el TDAH, más bien que las deficiencias atencionales. Quay (1988,1993) ha desarrollado una teoría basada en la hipoactividad o hiperactividad de dos sistemas cerebrales: el sistema de inhibición conductual y el sistema de activación conductual, subrayando la importancia del equilibrio entre estos sistemas cerebrales.

- **Respuesta Demorada Alterada.**

Barkley (1994) ha elaborado una explicación integradora de la hiperactividad cuyo fundamento consiste en la interpretación de la impulsividad conductual como un indicador significativo de un proceso de desinhibición más general. Para ello Barkley ha realizado un planteamiento de una teoría global sobre el TDAH, que supere los tres déficits del trastorno (inatención, impulsividad e hiperactividad).

La teoría se fundamenta en el concepto de capacidad de demora, que es un proceso automático que aparece pronto en el desarrollo del niño, que ocurre sin control consciente y que constituye el fundamento de cuatro capacidades exclusivamente humanas: separación del afecto, prolongación del estímulo, internalización del lenguaje y análisis-síntesis. Por ello el TDAH no consistiría en una deficiencia de habilidades o conocimiento, sino en la alteración de la inhibición de la respuesta que disminuye las posibilidades de utilización de estas cuatro capacidades. La disminución de la capacidad de separar el afecto

o la carga emocional de lo que están estudiando explica la baja tolerancia a la frustración, la tendencia a tener tensiones emocionales y ansiedad.

- **Disfunción en la respuesta motora.**

Autores como Sergeant y Van der Meere (1990) han explicado el TDAH no sólo contemplando el funcionamiento atencional sino su dimensión energética, fundamentándose en el modelo propuesto por Sanders (1983).

En este modelo el primer estadio de procesamiento de la información se asocia con un recurso energético (arousal), que está influido por variables como la intensidad de la señal y la novedad de los estímulos.

Cuando la estructura de la tarea se diseña, de manera que el intervalo entre los estímulos es breve, los niños hiperactivos pueden ser tan rápidos y adecuados en su ejecución que los niños no hiperactivos, pero si la tarea se estructura mediante intervalos ampliar de presentación de los estímulos, se detecta un declive mayor en la ejecución de las respuestas.

3.5. Diagnóstico del TDAH.

Habitualmente, suele ser la escuela el lugar donde se plantea la detección del Déficit, habitualmente por un comportamiento, bien por la hiperactividad que demuestra el alumno, en la mayoría de los casos. En opinión de la doctora Idiazábal, neuróloga cognitiva, el hecho de que tradicionalmente la detección de casos con TDA sea minoritaria en las niñas, comparado con los niños, responde a que estos presentan una hiperactividad, que induce a los profesores a derivar a los niños al profesional para el diagnóstico por su mal comportamiento en las clases.

La edad de diagnóstico es en el comienzo de Primaria, aunque antes el alumno pueda dar muestras de un posible TDAH.

Los profesionales encargados del diagnóstico, pueden ser médicos especialistas en trastornos neurocognitivos (pediatras, psiquiatras, neurofisiólogos) y psicólogos.

Bajo un diagnóstico neurológico, es imprescindible un estudio neurofisiológico y es conveniente realizar un encefalograma basal para descartar otras patologías.

Uno de los estudios para el diagnóstico del TDAH es el referido a los Potenciales Evocados Cognitivos P300 auditivo y visual ya que estudian la actividad neuronal, responsable de los diferentes procesos cognitivos y qué nos aportan en vistas al diagnóstico de detección del TDAH y son imprescindibles para el diagnóstico ya que tendremos información acerca de la atención y memoria del niño.

Para la evaluación del procesamiento del lenguaje en estos niños, se estudian el Potencial Evocado Cognitivo N400 visual y el Potencial Evocado Cognitivo N450 visual.

En un diagnóstico psicológico se realizan a los niños diferentes exploraciones: mediante test de inteligencia (pruebas intelectuales), otras basada en pruebas que evalúan su rendimiento académico comparándolo con su grupo de edad (pruebas pedagógicas y cognitivas), etc...

A los padres y profesores se les entrega unos cuestionarios que valoran mediante situaciones cotidianas el grado de Impulsividad- Atención y Hiperactividad.

La Sociedad de Psiquiatría Americana en el DSM-IV, normaliza los criterios de diagnóstico, para el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, articulándolo de la siguiente manera:

Falta de atención

- a) A menudo no presta atención a detalles o hace sin cuidado los deberes, el trabajo, u otras actividades.
- b) A menudo tiene dificultad para sostener la atención en las tareas o en las actividades.
- c) A menudo no parece escuchar cuando se le habla directamente.

- d) A menudo no lleva a cabo las instrucciones y no termina los deberes del colegio o los deberes en el lugar de trabajo (no debido a un comportamiento oposicional ni por no entender las instrucciones).
- e) A menudo tiene dificultad para organiza tareas y actividades.
- f) Evita a menudo, o siente aversión o es reacio a comprometerse en tareas que requieren esfuerzo mental sostenido (como deberes o tareas).
- g) A menudo pierde las cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, la escuela, las asignaciones, lápices, libros, o herramientas).
- h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos extraños y a menudo se olvida de las actividades diarias.
- i) Seis (o más) de los síntomas siguientes de hiperactividad / impulsividad han persistido durante por lo menos 6 meses en un grado que es mal adaptado e incoherente con el nivel de desarrollo.

Hiperactividad

- a) A menudo está inquieto con manos o pies o se retuerce en el asiento.
- b) A menudo se levanta de su asiento en el aula o en otras situaciones en las que debe permanecer sentado en espera.
- c) A menudo corre o escala excesivamente en situaciones en las que es impropio (en adolescentes o adultos, puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- d) A menudo tiene dificultad para jugar o comprometerse en actividades de ocio silenciosas.
- e) A veces actúa como un «allá voy» y otras como si fuera «manejado por un motor».
- f) A menudo habla excesivamente.

Impulsividad

- g) A menudo dice las respuestas bruscamente antes de que se hayan completado las preguntas.
- h) A menudo tiene dificultad para esperar el turno.

- i) A menudo interrumpe o estorba a otros (por ejemplo, irrumpe en las conversaciones o juegos).
- Algunos síntomas hiperactivos-impulsivos o de inatención que causaron el deterioro estaban presentes antes de la edad 7 años.
 - Los síntomas están presentes en dos o más escenas (por ejemplo, en la escuela o trabajo y en casa).
 - Debe haber evidencia clara de deterioro clínico significativo en el funcionamiento social, académico, o profesional.
 - Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso de un trastorno penetrante del desarrollo, esquizofrenia, u otro trastorno psicótico y no se considera mejor explicado por otro trastorno mental (por ejemplo, desorden de humor, desorden de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de personalidad).

3.6. Resumen.

Además de presentar la evolución conceptual del Déficit, hemos visto en este capítulo las características del trastorno que de manera generalizada pueden presentar los alumnos con TDAH. También de han analizado los factores que tratan de explicar el Déficit, desde los diferentes puntos de estudio, médicos y psicológicos, aunque el cambio de concepciones puede verse alterada, ya que los avances en los diferentes campos se van sucediendo de manera rápida y constante, no teniendo hoy una explicación totalmente segura de los factores que determinan el trastorno.

El capítulo acaba con los aspectos observables para el diagnóstico del TDAH.