

AUTORREGULACIÓN EN NIÑOS CON TRASTORNOS CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD UN PROBLEMA EN EL DESARROLLO INFANTIL

Thailena Duran Bejarano, Rafael Gásperi Romero

Departamento de Preventiva y Social. Decanato de Ciencias de la Salud. Universidad Centroccidental
"Lisandro Alvarado". Barquisimeto, Venezuela. Correo electrónico: keelsybb2@gmail.com

RESUMEN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se caracteriza por un patrón de inatención, hiperactividad e impulsividad; derivado de una escasa autorregulación conductual, cognitiva y emocional; que impactan negativamente del quien lo padece y su entorno, y que si nos son atendidas a tiempo puede desencadenar problemas conductuales, emocionales y sociales como trastornos del estado de ánimo, comportamientos antisociales, abuso de sustancias entre otros. Para explicar el TDAH, Barkley (1997), señala que los síntomas claves subyacen a un déficit en el control inhibitorio asociado a disfunciones ejecutivas, que impiden la autorregulación. La presente investigación tuvo como objetivo determinar la autorregulación en niños con TDAH. La investigación se realizó a través de diseño no experimental y transversal. La población estuvo conformada por los padres de los niños (as) con TDAH entre 6 y 8 años de edad que asisten al Centro de Desarrollo Psicoeducativo CEDEPSI, C.A. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario de evaluación de las funciones ejecutivas a través de la conducta BRIEF. Entre los resultados se determinó la existencia de fallas de autorregulación a nivel comportamental, cognitivo y emocional, detectadas en las funciones ejecutivas de control emocional, memoria de trabajo y monitoreo principalmente. Por lo tanto se considera imperiosa la necesidad de estimular el adecuado funcionamiento ejecutivo y capacidades de autorregulación en los niños con TDAH.

Palabras clave. TDAH, autorregulación, funciones ejecutivas

ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is characterized by a pattern of lack of attention, hyperactivity and impulsivity; derived from poor behavioral, cognitive and emotional self-regulation that negatively impacts the patient and their environment, and that if we are treated in time can trigger behavioral, emotional and social problems such as mood disorders, antisocial behavior, substance abuse among others. To explain ADHD, Barkley (1997) points out that the key symptoms underlie a deficit in inhibitory control associated with executive dysfunctions, which impede self-regulation. The objective of the present investigation was to determine self-regulation in children with ADHD. The research was carried out through a non-experimental and transversal design. The population consisted of parents of children with ADHD between 6 and 8 years of age who attend the Psychoeducational Development Center CEDEPSI, C.A. For data collection, the executive function evaluation questionnaire was used through the BRIEF behavior. Among the results, the existence of failures of self-regulation at a behavioral, cognitive and emotional level was detected, detected in the executive functions of emotional control, working memory and monitoring mainly. Therefore, the need to stimulate adequate executive functioning and self-regulatory capacities in children with ADHD is considered imperative.

Key words: ADHD, self-regulation, executive functions

Recibido 28/05/2018. Aceptado 22/06/2018.

INTRODUCCIÓN

La infancia, etapa especialmente sensible del desarrollo humano, posee características propias y, a su vez, determinadas psicopatologías que si no se detectan, tratan o previenen a tiempo compromete su salud mental y su futuro. Dentro de las patologías de inicio en la infancia, ahora conocidas según el DSM-V, como patologías del neurodesarrollo, se encuentra el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), el cual aqueja a padres, cuidadores y docentes, y representa uno de los principales motivos de consulta para los psicólogos infantiles¹, estimándose una prevalencia del 5% en edad infantil².

El TDAH es un trastorno neurobiológico, que evoluciona desde la infancia hasta la adolescencia y la edad adulta, en el 50-70% de los pacientes y que tiene graves repercusiones en la vida del niño, el TDAH afecta entre el 2 al 12% de la población pediátrica mundial³. Así mismo, en Europa, el TDAH afecta a uno de cada 20 niños o adolescentes en edad escolar³. Esta afección se ha convertido por lo tanto en problema de Salud Pública en la esfera psicológica, limitando las capacidades del individuo y de grandes grupos poblacionales como seres bio-psico-social.

En Latinoamérica, se determinó que la prevalencia del TDAH estimada para esta región sería de 5.29%⁴. Por su parte, en Venezuela, en el Estado Zulia el 5,70% cumplía con los criterios suficientes para recibir el diagnóstico de TDAH tipo combinado⁴. En el Estado Lara la prevalencia del TDAH en el Estado es del 6,47%¹. Como se puede evidenciar es de marcado interés para la epidemiología en conjunto con otras disciplinas de las ciencias de salud, caracterizar esta población cada vez en aumento y determinar sus causas, factores de riesgo, forma de abordajes terapéuticos y promoción de la salud mental de este problema.

Además de la prevalencia y frecuencia del trastorno en la etapa infantil, la problemática radica en la significancia clínica del trastorno y cómo éste afecta el desempeño del niño, su ambiente, así como la repercusión a largo plazo de sus condiciones y calidad de vida. Los niños que lo padecen experimentan síntomas importantes de inatención, hiperactividad motora e impulsividad; con una influencia neurológica, que implica, pobre control de impulsos, baja tolerancia a la frustración, con frecuentes episodios de agresividad hacia otros y/o autoagresión, que se traducen en fallas autorregulatorias a nivel conductual/comportamental, cognitivo y emocional.

El TDAH conlleva un gran impacto en la familia y en el desempeño escolar, debido a que es en esos entornos en donde se desarrolla el niño y en los mismos los adultos formadores observan el comportamiento del niño, quienes se ven notablemente afectados, por los comportamientos que los niños ejecutan. Es por ello que resulta fundamental

brindar atención inmediata al niño con TDAH cuando aparecen las primeras señales de alerta y se observan fallas de autorregulación frecuentes e intensas. Atender a tiempo y con los recursos adecuados el TDAH, es prevenir, consecuencias a corto, mediano y largo plazo en el desarrollo del niño, pues se espera que su abordaje le permita adaptarse a las normas sociales y emitir conductas adecuadas que le conduzcan a socializar satisfactoriamente, expresar sus emociones y a su vez alcanzar las habilidades cognitivas para cada momento evolutivo que son inherentes a los procesos atencionales, así mismo, se espera que reduzca el riesgo de desarrollar trastornos cognitivos, socioemocionales y/o conductuales severos.

En el estado Lara, se encuentra el Centro de Desarrollo Psicoeducativo CEDEPSI CA, en cual se encarga de brindar atención psicológica, psicopedagógica, neuropsiquiátrica y terapia del lenguaje, a niños y familias que lo ameriten debido a la presencia de algún trastorno de la infancia o del neurodesarrollo. En este sentido, a CEDEPSI CA, acuden niños que presentan TDAH, ubicándose como el motivo de consulta de mayor frecuencia para los especialistas del centro, lo cual genera preocupación entre los mismos.

Los padres de estos niños pueden describirlos como excesivamente inquietos, con dificultad para permanecer tranquilos, parece que no escuchan cuando se les habla, se les dificulta seguir instrucciones complejas, tienden a mostrarse irritables, agresivos, desafiantes, además de inatentos, distraídos y con dificultades para llevar a cabo sus actividades académicas. Debido al marcado impacto del TDAH en el desarrollo de los niños que lo presentan, resulta fundamental que los padres, cuidadores, docentes y especialistas ahonden en el comportamiento y evolución del trastorno, y contar de esta forma con mejores y mayores herramientas para su abordaje.

Para explicar el TDAH, Barkley⁵ trasciende los síntomas típicos: inatención, hiperactividad motora e impulsividad, y explica que la génesis de estos deriva de un déficit en el control inhibitorio en sus dimensiones: cognitiva, conductual y emocional.

Es entonces, donde el TDAH se relaciona estrechamente y se explica, a través de fallas en la autorregulación. La autorregulación se define como la capacidad del individuo para inhibir o frenar las respuestas motoras, cognitivas y emocionales, que se producen de forma inmediata a un estímulo, suceso o evento, con el fin de sustituirlas por otras más adecuadas⁵.

Al definir el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), existe un consenso entre los investigadores en que los síntomas nucleares o claves y las manifestaciones clínicas se pueden englobar en la denominada triada diagnóstica del TDAH: hiperactividad, inatención e impulsividad, los cuales se definen de la siguiente forma⁶: a) Hiperactividad: Se manifiesta por un

exceso de movimiento, actividad motriz y/o cognitiva, en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo.

b) Inatención: Hace referencia a las dificultades para mantener la atención durante un período de tiempo, tanto en tareas académicas y familiares, como sociales.

c) Impulsividad: Se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas y para esperar el turno, interrumpiendo con frecuencia a los demás.

Entre los modelos explicativos del TDAH, se encuentra el Modelo Híbrido de las Funciones Ejecutivas de Barkley, el autor señala que el modelo de autorregulación es una teoría de las funciones del lóbulo prefrontal o, en su caso, del sistema de las Funciones Ejecutivas (FE), este modelo analiza las interrelaciones entre la inhibición conductual y las funciones ejecutivas, que darían paso a la autorregulación⁷.

Las Funciones Ejecutivas (FE) son las habilidades cognitivas encubiertas y autodirigidas internamente al servicio de una meta, tienen la tarea de dirigir la conducta y la actividad cognitiva y emocional del individuo⁵. Aunque las FE son procesos independientes, se coordinan e interactúan para la consecución de objetivos y hacen referencia a un amplio conjunto de capacidades adaptativas, que le permiten al individuo analizar qué es lo que quiere, cómo puede conseguirlo y cuál es el plan de actuación más adecuado para su consecución, autoguiados por sus propias instrucciones (lenguaje interior) sin depender de indicaciones externas.

Existen diversas propuestas de modelos del funcionamiento ejecutivo, la capacidad inhibitoria no es un eje central de la metacognición o regulación comportamental sino que es una habilidad mental que interactúa con el resto de funciones ejecutivas en un mismo nivel jerárquico, el control inhibitorio, la regulación cognitiva, emocional y comportamental, interactúan y son interdependientes, y ninguna prevalece sobre la otra⁸.

Todas las habilidades mentales que componen el funcionamiento ejecutivo: Inhibición, Flexibilidad, Control emocional, Iniciativa, Memoria de trabajo, Organización y planificación, Orden y, Monitorización, están relacionados dentro de un sistema general ejecutivo y que su estudio de forma independiente se daría, en cierto grado, en un sentido clínico⁹.

Por consiguiente, dada la significancia clínica del TDAH, partiendo de que los síntomas clave de intención, hiperactividad e impulsividad, se acompañan de una serie de síntomas que limitan el funcionamiento social del niño, al tener serias dificultades para autorregular su conducta y sus emociones surgen las siguientes interrogantes: ¿Cómo es la autorregulación presente en los niños con TDAH que asisten a CEDEPSI CA? y ¿Cuáles son los tipos de fallas autorregulatorias que tienen estos niños?

Para responder estas interrogantes se establecieron en esta investigación como objetivos determinar la

autorregulación y el índice de funcionamiento ejecutivo global en los niños con TDAH que asisten a CEDEPSI CA, igualmente se determinaron los tipos de fallas autorregulatorias específicas que componen este índice global como las fallas a nivel emocional, comportamental y cognitiva, así como los respectivos indicadores dentro de cada una de estos tipos.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación está basada en un diseño no experimental, descriptivo y transversal. Se determinó la autorregulación en niños con TDAH, entre los 6 y 8 años de edad, que asisten al Centro de Desarrollo Ejecutivo CEDEPSI C.A., en Barquisimeto, Estado Lara, en el período de enero a marzo de 2018.

En el estudio se midió la variable autorregulación y las fallas de la misma en los niños con TDAH, a través de un instrumento de recolección de datos, denominado Evaluación del Funcionamiento Ejecutivo a través de la Conducta BRIEF, que fue cumplimentado por los padres de los niños (as) que formaron parte del estudio.

La población del estudio estuvo conformada por los padres de escolares con edades comprendidas entre los 6 y 8 años, que asisten a atención psicológica en el Centro de Desarrollo Psicoeducativo CEDEPSI, C.A. Se utilizó una muestra censal, por conveniencia, trabajando con el total de la población de padres y sus respectivos escolares, veinticinco (25) en total, que presentan Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, que asisten regularmente al Centro de Desarrollo Psicoeducativo CEDEPSI, C.A. Estos padres, firmaron un consentimiento informado para autorizar a la investigadora a hacer uso de la información suministrada en el instrumento de recolección de datos con fines educativos.

Para la realización de esta investigación se empleó un instrumento estandarizado tipo escala de frecuencia Likert, denominado *Inventario de Evaluación del Funcionamiento Ejecutivo a través de la Conducta BRIEF* (en inglés, Behavior Rating Inventory of Executive Function, versión original). Fue estandarizada en un estudio normativo en el año 2000, realizado por sus autores Gioia, Isquith, Guy, y Kenworthy, basados en los resultados obtenidos por los niños en los protocolos de 1.419 padres y 720 profesores de las áreas rurales, suburbanas y urbanas de Estados Unidos⁹.

La escala BRIEF de Gioia y otros¹⁰, ha sido una de las más ampliamente empleada, contando con numerosos estudios que aportan datos sobre su fiabilidad y validez, como lo son el realizado en 2008 por Kenworthy, Yerys, Anthony, y Wallace, en 2010 por Donders, Den Braber, y Vos y, en 2012 por Anderson y Reidy¹⁰. Esta escala es aplicable desde los 5 hasta los 18 años y presenta varias formas, incluyendo auto-informe¹⁰.

Este instrumento explora ocho áreas básicas de las funciones ejecutivas: Inhibición, Flexibilidad, Control emocional, Iniciativa, Memoria de trabajo, Organización y planificación, Orden y, Monitorización. Estos componentes se agrupan a su vez en dos índices básicos: el Índice de Regulación Comportamental (Behavior Regulation Index o BRI) y el Índice de Metacognición/Regulación Cognitiva (Metacognition Index o MI). Ambos índices se agruparían en el llamado Índice Global de la Función Ejecutiva (GEC). Puntuaciones elevadas en estos componentes e índices, es decir ≥ 65 , representan una significancia altamente clínica, son indicativas de fallas y dificultades en el área que representa la escala.

Posterior a la recolección de datos, se procedió a organizar en cuadros con frecuencias porcentuales los sujetos de la investigación una vez aplicado el instrumento y se presentan en gráficos que muestran los resultados obtenidos, estas frecuencias fueron medidas, tabuladas y graficada a través del programa de Microsoft Excel 2013. Para todas las escalas clínicas y los índices que estas componen se señala si se encontraron resultados sin significancia clínica $S/SC < 65$, o, resultados con significancia altamente clínica $C/SAC \geq 65$ debido a que es en esos entornos en donde se desarrolla el niño y en los mismos los adultos formadores observan el comportamiento del niño,

RESULTADOS

El cuadro 1 y gráfico 1, muestran los totales relacionados con las dimensiones control/autorregulación emocional, regulación/autorregulación comportamental y metacognición/autorregulación cognitiva.

El índice de autorregulación emocional, se toma en cuenta como un componente fundamental de la autorregulación, debido a que comprende la forma que los sujetos modulan, regulan o manejan sus emociones, encontrándose que el 60% de la población estudiada obtuvo puntuaciones que alcanzan la significancia altamente clínica, lo que constituye uno de los indicadores principales medidos en el presente estudio y que afirma que los niños con TDAH participantes en la investigación presentan fallas autorregulatorias a nivel emocional.

En el índice de regulación comportamental el 40 % de la población obtuvo puntuaciones T inferiores a 65 frente a un 60% de la población con puntuaciones $T \geq 65$, lo que indica que el 60% de los sujetos estudiados presentan una alta significancia clínica en el índice de autorregulación comportamental.

Por último, en el cuadro 1 y gráfico 1, se observa, que el 36% de los participantes no alcanzan la significancia clínica (<65), mientras que se encontró que el 64 % de la población estudiada presentan una SAC (significancia altamente clínica), ya que las puntuaciones encontradas

son ≥ 65 , en el Índice de Metacognición (MI)/Autorregulación Cognitiva, lo cual indica la presencia de importantes fallas de autorregulación cognitiva, que se observa en las dificultades del niño para clasificar, iniciar, planificar, organizar, automonitorear y usar la memoria de trabajo sostenida; así mismo, se relaciona directamente con la dificultad del niño de resolver problemas de manera activa en una variedad de contextos⁹.

En el cuadro 2, se evidencia que un 52% de los sujetos de estudio presentan puntuaciones inferiores a 65 en la escala de inhibición, mientras que un 48% obtuvo puntuaciones mayores a 65, lo que indica que este segundo grupo, presentan fallas con significancia altamente clínica en sus habilidades para resistir impulsos y la habilidad para detener el propio comportamiento en el momento adecuado⁹, por ejemplo, emiten comportamientos como: “dice las cosas bruscamente, se desespera en momentos inoportunos, tiene problemas para controlar sus acciones” entre otros. Para la escala de inhibición, es menor el porcentaje (48%) de los escolares altamente afectados frente a un 52 % de escolares que no alcanza la significancia clínica para esta escala.

Así mismo, en cuanto al indicador flexibilidad, un 68% de los escolares estudiados no alcanza la significancia clínica mientras que el 32% alcanza una significancia altamente clínica para este indicador, lo que representa, que estos sujetos presentan dificultades para cambiar a voluntad de una situación, actividad o aspecto de un problema a otro en función de las demandas del contexto, para realizar transiciones y para solucionar problemas de manera flexible⁹, por ejemplo: “intenta resolver de la misma manera una y otra vez un problema aun cuando no lo logra”.

Por último, dentro de las escalas que componen el índice de regulación comportamental, se encuentra el control emocional, en esta escala se encontró que un 40% de los sujetos obtuvieron puntuaciones que no alcanzan la significancia clínica, mientras que el 60% de los escolares presentan significancia altamente clínica en la escala de control emocional, descrita previamente como una dimensión de la autorregulación.

En el cuadro 3, gráfico 3, se presentan los resultados en frecuencias y porcentajes de la dimensión metacognición/autorregulación cognitiva, mostrando los resultados totales de cada uno de sus indicadores.

De los resultados de estas escalas se entiende, que la mayoría de los niños que participaron en el estudio no presentan alteración con significancia clínica en los indicadores de iniciativa (60%), planificación y organización (52%) y organización de materiales (80%) que componen el índice de metacognición o regulación cognitiva, mientras, que en los indicadores de memoria de trabajo (84%) y monitoreo (56%), si alcanzan una significancia altamente clínica, siendo estas dos escalas de

suma importancia para que lo escolares puedan realizar sus tareas de manera continua, a través de una secuencia de pasos y además monitorear si la cumplen apropiadamente, así mismo, las fallas en el automonitoreo le impiden al escolar darse cuenta de cómo las consecuencias de sus actos pueden interferir en sus relaciones interpersonales⁹.

Se considera que los niños con fallas en memoria de trabajo, también conocida como habla interna, tienen dificultades en su autodiscurso, se les dificulta darse instrucciones a sí mismos, o mantener información en su mente acerca de las tareas que debe llevar a cabo⁸. Así mismo, las fallas en monitoreo indican que se les dificulta supervisar que la tarea que realizan lleva una secuencia, que se esté realizando apropiadamente y si los resultados obtenidos son los esperados o no, por otro lado, el niño con dificultades en el automonitoreo, muestra fallas para determinar si su comportamiento es el adecuado en el relación con el contexto, así como para prever las consecuencias de sus actos.

DISCUSIÓN

Una vez procesados y analizados los datos recolectados a través de la escala de evaluación del funcionamiento ejecutivo a través de la conducta BRIEF, el cual fue cumplimentado por los padres de los niños (as) con TDAH que asisten a CEDEPSI, CA, se concluye que existen importantes fallas de autorregulación en la población estudiada.

Se encontró que los niños que forman parte del estudio presentan fallas de autorregulación emocional, es decir, se le dificulta modular, regular y autodirigir sus emociones de forma apropiada y acorde a las demandas del momento y contexto⁹.

Así mismo, se encontraron fallas con alta significancia clínica en el índice de regulación comportamental/autorregulación comportamental, lo cual indica que los niños que forman parte del estudio presentan fallas en las habilidades para inhibir su comportamiento en función de las demandas del contexto⁹. Las fallas en la autorregulación comportamental observadas en el alto índice de regulación comportamental, el cual está comprendido por tres escalas clínicas, una es el control emocional/autorregulación emocional, y las otras dos son la inhibición y la flexibilidad, en las cuales los sujetos en estudio no alcanzaron la significancia clínica, sin embargo, al sumar las puntuaciones directas de las tres escalas y convertirlas en puntuaciones T se encontró que el índice de regulación comportamental es deficitario en la mayoría de los participantes, debido a que las puntuaciones directas obtenidas son altas. Por lo tanto se concluye, que se deben estimular todas las funciones ejecutivas que componen el índice de autorregulación comportamental. Estos

resultados plantean retos importantes de tipo social a sus familiares y las instituciones educativas, ya que son niños que no se controlan, son impulsivos y pueden emitir conductas violentas y agresivas, cometer maltratos a otros niños y a los docentes. La transcendencia de este tema desde el punto de vista de la Salud colectiva es muy importante ya que a largo plazo en la adolescencia o adultez si estas conductas no se detectan y tratan oportunamente pudiera generar en delincuencia, consumo de drogas, violencia domestica entre otras.

Por su parte, también se encontraron fallas en el índice de metacognición/regulación cognitiva, ya que la mayoría de la población obtuvo puntuaciones $T \geq 65$, es decir que los niños que participaron en el estudio, posee fallas en los procesos cognitivos que le permiten llevar a cabo las tareas que se le presentan de forma secuencial, planificada y automonitoreada⁹. Este índice obtuvo alta significancia clínica en las funciones ejecutivas de memoria de trabajo y automonitoreo, que los escolares presentan fallas en la capacidad para mantener la información en mente, con el objetivo de completar una tarea, codificar la información o generar metas, planes o pasos secuenciales para alcanzar metas. Y presentan fallas en el trabajo de comprobación de hábitos y, automonitoreo o la conciencia interpersonal⁹. Siendo estas dos escalas clínicas las que arrojaron puntuaciones altas y además mayor frecuencia de las mismas en comparación con el resto de las escalas clínicas o funciones ejecutivas valoradas.

Por su parte, las funciones ejecutivas que componen el índice de metacognición/autorregulación cognitiva, son planificación y organización, organización de materiales e iniciativa, las cuales no alcanzaron la significancia clínica, pero al sumar sus puntuaciones directas en conjunto con las de monitoreo y memoria de trabajo, y convertirlas en puntuaciones T, arrojan un índice de metacognición/autorregulación cognitiva con alta significancia clínica. Por lo tanto se concluye que existen fallas en la autorregulación cognitiva en el grupo estudiado.

Finalmente, se encontró que el 64% de los padres de los escolares con TDAH que formaron parte del estudio arrojaron resultados que los ubican dentro de un funcionamiento ejecutivo deficitario, es decir, la autorregulación o bien la capacidad que poseen las estos niños para detener o inhibir respuestas, que se producen inmediatamente ante un estímulo o situación determinada, con la finalidad de emitir respuestas más adaptativas en función de las demandas del momento y contexto, requiere ser estimulada para alcanzar su desarrollo.

Tomando en cuenta las fallas del funcionamiento ejecutivo global encontradas, y las fallas en la autorregulación emocional, comportamental y cognitiva, se considera el TDAH como un problema del desarrollo infantil, ya que se encuentran estrechamente ligadas a su desarrollo neurobiológico y son sensibles a su estimulación para

procurar disminuir el impacto a la salud mental del niño que la padece y de su entorno.

En este sentido, se hace imperiosa la necesidad de proponer medidas de intervención para prevenir más daño psicológico y social en estos niños y jóvenes, así como planes y programas sobre promoción de la salud mental a fin de informar en instituciones educativas, formadores de recursos humanos, pedagogos, especializaciones que difundan esta información y aborden con seriedad y argumentos científicos este problema de salud Pública en el área psicológica. Por lo tanto se recomienda sobre este aspecto, entre otras medidas un programa para el desarrollo de la autorregulación en los niños con TDAH que participaron en el estudio, brindara soluciones ante las fallas encontradas y es necesario realizar la propuesta de un programa con tales fines, que beneficie a los niños en estudio y a sus familiares, docentes y su contexto en general.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- González V. Propuesta de Modelo de Apoyo Psicosocial dirigido a padres o representantes de niños (as) con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) consulta de neuropsiquiatría, servicio desconcentrado. Hospital Pediátrico Universitario “Dr. Agustín Zubillaga”, Barquisimeto.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), 2014. Editorial Panamericana.
- Hidalgo M. Revista de Pediatría Integral. VOLUMEN XVIII NÚMERO 9. Documento en línea disponible en: <http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/01/Pediatr%C3%ADa-Integral-XVIII-9.pdf#page=12>. Consultado el 22 de marzo de 2016.
- Barragán-Pérez E, de la Peña-Olvera F, Ortiz-león S, Ruiz-García M, et al. 2007. Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Vol. 64, septiembre-octubre 2007. MediaGraphic Artemisa en línea. Documento en línea disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2007/hi075i.pdf>. Consultado el 24 de marzo de 2016.
- Barkley R. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD 1997; 121: 65-94.
- Espina y Ortego, (2006). Guía Práctica para los Trastornos de Déficit Atencional con/sin Hiperactividad. Documento en línea disponible en: <http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf/Guia%20TDAH.pdf>. Consultado el 06 de abril de 2016.
- Servera-Barceló. Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. Publicado en la revista de Neurología 2005; 40: 358-68.
- Lepec N, Ramos C, Pérez-Salas C. 2015. Control inhibitorio, monitorización y habla autodirigida en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Wímb lu, Rev. electrónica de estudiantes Esc. de psicología, Univ. de Costa Rica. 11 (1): 73-97, 2016 / ISSN: 1659-2107. Documento en línea disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/24426>. Consultado el 12 de enero de 2018.
- Goia G, Isquith P, Guy S, Kenworthy I. (2000). Behavior Rating Scale of Executive Function BRIEF Professional Manual. Editorial PAR.
- García, González-Castro, Areces, Cueli y Rodríguez. Funciones Ejecutivas en niños y adolescentes: Implicaciones del tipo de medidas de evaluación empleadas para su validez en contextos clínicos y educativos. Documento en línea disponible en: www.papelesdel psicologo.es/pdf/2442.pdf. Consultado el 24 de marzo de 2016.

TABLA 1

Distribución de las frecuencias y porcentajes de los totales de la dimensiones autorregulación emocional, Índice de regulación comportamental (BRI)/autorregulación comportamental e Índice de Metacognición (MI)/autorregulación cognitiva en niños con TDAH, entre 6 y 8 años de edad, que asisten a CEDEPSI, CA, en Barquisimeto, estado Lara, en 2018.

Autorregulación emocional				Autorregulación Comportamental				Regulación Cognitiva			
S/SC <65		C/ASC ≥65		S/SC <65		C/ASC ≥65		S/SC <65		C/ASC ≥ 65	
F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
10	40	15	60	10	40	15	60	9	36	16	64

Fuente: Duran (2018)

FIGURA 1

Representación de los porcentajes de los totales de las dimensiones control emocional (cem)/autorregulación emocional, Índice de regulación comportamental (BRI)/autorregulación comportamental e Índice de Metacognición (MI)/autorregulación cognitiva en niños con TDAH, entre 6 y 8 años de edad, que asisten a CEDEPSI, CA, en Barquisimeto, Estado Lara, en 2018.

Totales de la dimensiones: control emocional, regulación comportamental y regulación cognitiva

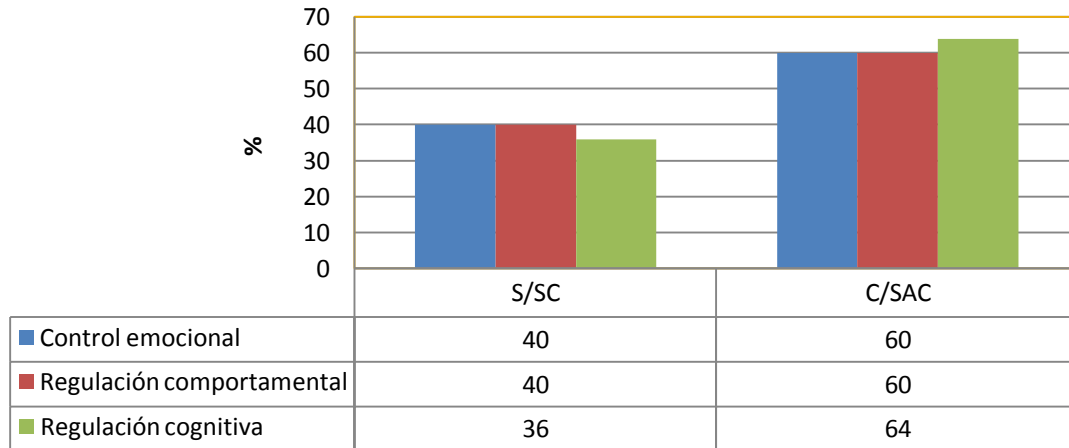


TABLA 2

Distribución de frecuencia y porcentaje de las escalas inhibición, flexibilidad y control emocional, que componen el Índice de Regulación Comportamental

en niños con TDAH, entre 6 y 8 años de edad, que asisten a CEDEPSI, CA, en Barquisimeto, estado Lara, en 2018.

Inhibición				Flexibilidad				Control emocional			
S/SC < 65		C/SAC ≥ 65		S/SC < 65		C/SAC ≥ 65		S/SC < 65		C/SAC ≥ 65	
F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
13	52	12	48	17	68	8	32	10	40	15	60

Fuente: Duran (2018)

TABLA 3

Distribución de las frecuencias y porcentajes de las escalas: iniciativa, memoria de trabajo, planificación y organización, organización de materiales y monitoreo, que conforman el Índice de Metacognición/Autorregulación Cognitiva.

Iniciativa		Memoria de trabajo				Planificación/ Organización				Organización de materiales				Monitoreo			
S/SC < 65		C/SAC ≥ 65		S/SC < 65		C/SAC ≥ 65		S/SC < 65		C/SAC ≥ 65		S/SC < 65		C/SAC ≥ 65		S/SC < 65	
F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
15	60	10	40	4	16	21	84	13	52	12	48	20	80	5	20	11	44

Fuente: Duran (2018)