

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Lesvia Marina González *

RESUMEN

El síndrome déficit de atención con hiperactividad es un trastorno de base neurológica cuya frecuencia de aparición se ha incrementado considerablemente en los últimos años. El impacto que este trastorno ocasiona en las diferentes áreas de desarrollo del niño (a) y adolescente, así como lo perturbador de su manifestación para aquellas personas que conviven con quienes presentan el trastorno trajo como consecuencia la apertura de una inmensa línea de investigación en torno a su etiología, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento. En este artículo se pretende exponer algunos de los elementos más importantes aportados por las disciplinas de la psicología, neurología y psicopedagogía en relación a los aspectos antes mencionados.

Palabras clave: déficit, atención, hiperactividad, niños, niñas.

Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Abstract.

The Attention deficit hyperactivity disorder is a disturbance of base neurological whose frequency apparition has been increased considerably in the last years. The impact that this disorder produce in the different child and teenagers development's areas, as well as the disturber of its manifestation for those people that coexist with who present the disorder brought as consequence the opening of a immense investigation's line around its etiology, clinic manifestations, diagnostic and treatment. In this article it pretends to expose some of the elements more important contributed by the disciplines of the psychology, neurology and psicopedagogy in relation to the aspects mentioned before.

* Psicóloga Infantil. Profesora del Núcleo Universitario Rafael Rangel. ULA-Trujillo
Investigadora del Centro Regional de Investigación Humanística, Económica y Social. CRIHES.

Recibido: 15/10/07

Aprobado: 01/06/08

Key words: deficit, attention, hyperactivity, girls, boys.

Introducción.- Desde comienzos del siglo XX, especialmente en el campo de la medicina, se ha descrito a un grupo de niños que presentan características particulares que llamaron la atención de los doctores por ser excesivamente disruptivas; estos niños (as) se describen como violentos, impulsivos, intranquilos, desobedientes y parecieran no aprender de los castigos o consecuencias de sus conductas. A partir del momento en que se agrupan todas estas características en un síndrome o desorden psiconeurológico se ha pretendido encontrarle una explicación al por qué ocurre? Por qué existen niños que padecen esa condición desde muy temprana edad? Las respuestas a estas preguntas, por supuesto, llevarían a descubrir la solución al problema. Como ya dijimos, la investigación en estos primeros tiempos estuvo guiada por la medicina y los avances fueron aportados desde la neurología y estos trastornos asociados a malformaciones congénitas o lesión neurológica perinatal. Durante muchos años se trató de comprobar la veracidad de estas proposiciones sin lograr una demostración satisfactoria; por lo que comienzan a sustituirse términos y se cambia, por ejemplo, lesión por disfunción cerebral y se proponen explicaciones de alguna manera tautológicas, pero que sin embargo sentaron los cimientos para el estudio moderno de este desorden.

A partir de los años sesenta comienzan a aparecer definiciones en la literatura especializada que hacen más énfasis en otros aspectos del síndrome como el nivel de desarrollo, la inteligencia de estos niños; así como a la edad de inicio, los subtipos en que se puede manifestar y la relación de la conducta del niño (a) con el ambiente en que se encuentra. Así lo señala Kennberg (1.980) como un patrón persistente de excesiva actividad frente a situaciones que requieren de una ejecución motora restringida. Esta definición, como otras similares, tratan de ir más allá del elemento psicológico y por lo tanto la búsqueda de explicación y soluciones va a estar más orientada a los aspectos psicológicos, educativos y socio- afectivos del trastorno.

En la actualidad existe una gran preocupación entre docentes y padres por la alta prevalencia de niños que parecieran padecer el trastorno con Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH); esto ha impulsado la creación en muchos

países de América, específicamente EE.UU, de asociaciones de padres de niños hiperactivos, aprobación de leyes para su protección y otra serie de beneficios. Particularmente los docentes de Educación Básica en Venezuela muestran gran inquietud por el síndrome, ya que, como lo hemos evidenciado en talleres y consultas, están desorientados en la forma de abordar el trabajo educativo con los niños que presentan esta condición; algunos incluso piensan que estos niños (as) deberían estar en escuelas especiales o ser tratados neurologicamente, les espanta lo perturbador de su conducta y/o consideran que no son ellos los profesionales adecuados para atender a estos niños y adolescentes. Sin embargo, se debe tener presente que la complejidad del trastorno ha hecho que surjan gran variedad de definiciones, propuestas de intervención e incluso pronósticos que de alguna manera han contribuido al sobrediagnóstico del síndrome, es decir, a que se consideren niños con ADHD porque son traviesos o presentan problemas de conducta asociados a condiciones particulares de aprendizaje, sociales, familiares y emocionales. Es por ello que consideramos importantes exponer acá algunos aportes de la investigación científica en cuanto a definición, evolución, características, intervención y pronóstico.

Conceptualización

La definición del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad presenta tres aristas claves, como son: la falta de atención, la impulsividad y la sobreactividad. En casi todas las dimensiones científicas del trastorno se toman en cuenta estos elementos y aunque no se conoce claramente la causa del problema; algunas investigaciones apuntan hacia la alteración de los mecanismos de reabsorción de los neurotransmisores. Kennberg (2.004) señala que Derryberry y Rothbarth (1.997), de acuerdo con su modelo de los tres sistemas de atención (vigilancia, atención posterior, atención anterior o cortical) formularon una explicación en la que se asocia el TDA a una deficiencia en el funcionamiento de las funciones ejecutivas (controladas por el sistema cortical) que incluyen la capacidad para planear, autorregular la conducta, utilizar funciones cerebrales superiores como memoria o capacidad para resolver problemas. Como es sabido estas funciones son controladas por interconexiones neuronales asentadas en lóbulo frontal de la corteza cerebral. Para estos autores el trastorno déficit de atención pareciera ser una alteración neurológica cortical que podría encontrarse

en el lóbulo frontal en el área de las funciones ejecutivas superiores (Mendoza 2.005). De esta forma los niños con DA no logran inhibir su conducta, reflexionar en lo que han hecho, ni anticipar las consecuencias de sus acciones lo que produce un tipo de interacción inadecuada con las personas que los rodean, especialmente los padres, lo que a su vez influye en el desarrollo de la personalidad del niño. De acuerdo a esta conceptualización la deficiencia en los mecanismos de reabsorción de los neurotransmisores (principalmente DOPAMINA) produce que la persona se distraiga con facilidad y no pueda controlar su conducta y de esta manera se observa una gran discrepancia entre las potencialidades de la persona y la ejecución de la misma. De este planteamiento se concluye que siendo el déficit de atención un problema en el funcionamiento bioquímico del cerebro requiere de medicamentos y/o terapia para ser superado. Como se puede observar la definición que se haga del trastorno señala el camino para el diagnóstico y tratamiento y en este punto no hay una opinión unificada entre los autores. Barkley (1.990) en Caballo y otros (2.005) es uno de los principales investigadores del TDAH lo define como "...trastorno del desarrollo caracterizado por niveles de falta de atención, sobreactividad e impulsividad inapropiado desde el punto de vista evolutivo... Estas dificultades se asocian normalmente a déficits en las "conductas gobernadas por reglas" y a un determinado patrón de rendimiento" (pág. 404) En este caso el autor hace más énfasis en la forma como se manifiesta el comportamiento del niño. Sin embargo estas definiciones no contradicen a las que sustentan la explicación de la deficiencia en las funciones ejecutivas; por el contrario se complementan para mostrar un panorama más amplio sobre lo que es el Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad. Barkley propone una hipótesis basada en el análisis funcional de la conducta en la que resalta el déficit de las personas con trastorno de atención, en respuesta a las consecuencias ambientales, es decir, reforzadores positivos y estímulos aversivos.

Es imprescindible aclarar que nos estamos refiriendo al TDAH en niños y adolescentes porque es nuestro interés en este trabajo, sin obviar que también existen adultos que padecen el trastorno aunque con características o manifestaciones externas muy distintas y que requieren un estudio especial.

Características y evaluación

Es necesario destacar que la población que padece trastornos de atención e hiperactividad no es un grupo homogéneo, frecuentemente las manifestaciones

conductuales varían entre unos y otros. Sin embargo la triada a la que nos referimos con anterioridad es clave para caracterizar y evaluar a los niños (as) y adolescentes que padecen el trastorno.

En primer lugar tenemos el proceso de atención, que podría definirse como la capacidad de seleccionar, mantener y distribuir la actividad psicológica de acuerdo a los intereses del individuo en un momento determinado, es decir, la posibilidad que tenemos los seres humanos de concentrarnos en aquellos estímulos que nos interesan y mantener nuestra concentración durante el tiempo necesario para completar la tarea que realizamos; pero además implica la posibilidad de cambiar nuestra concentración a otra situación que ahora requiera nuestro interés.

En la investigación psicológica sobre déficit de atención se han explorado diferentes modalidades del proceso como son la atención selectiva, capacidad de concentración, atención sostenida; y aún cuando los investigadores no han encontrado un déficit específico de atención en el trastorno, la atención sostenida parece ser la más altamente afectada en el TDAH, es por ello que estos niños no culminan las tareas que comienzan, se distraen fácilmente, olvidan lo que estaban haciendo, requieren de constante superación.

Cuando a los niños se les pide que realicen tareas largas, a menudo, manifiestan estar cansados o aburridos y cambian a otra tarea pero sin finalizar ninguna; aunque tengan interés por mantenerse atentos no son capaces de hacerlo. Como señalan Condemarin y otros (2.005) los problemas de atención en los niños con el síndrome déficit de atención con hiperactividad corresponden a dificultades en la atención sostenida, para dirigirla a detalles relevantes de la situación, para escuchar al otro, seguir instrucciones, organizar tareas, recordar compromisos, entre otros.

La impulsividad esa relacionada con la incapacidad de inhibir conductas en una situación determinada hasta esperar el momento oportuno. Severa y otros (2.005) distinguen entre <<impulsividad social>> asociada a incapacidad para esperar turno en juegos o actividades académicas, asumir riesgos innecesarios, poca tolerancia a la frustración, dificultades para trabajar por refuerzos lejanos en el tiempo. El segundo tipo es la <<impulsividad cognitiva>> que se observa

por la ausencia de reflexión cognitiva, por lo que el niño tiene una tendencia a responder apresuradamente, inclusive sin que se haya terminado de formularle la pregunta, se muestran impacientes, ansiosos cuando deben esperar instrucciones o respuestas. La falta de reflexión o de evaluación de las consecuencias de su conducta puede llevar al niño a sufrir con frecuencia accidentes en su vida diaria, así mismo esta característica tiene alta probabilidad de recibir rechazo por parte de padres, maestros y compañeros.

La relación entre la falta de atención y la impulsividad ha sido objeto de estudios en varias investigaciones, en este sentido, Barkely (1.990) considera que los errores sobre las tareas atencionales de rendimiento continuo podrían también considerarse errores de impulsividad.

La sobreactividad o hiperactividad, tercer eje fundamental del TDAH, podría definirse como la presencia de niveles excesivos de actividad motora o verbal considerando la situación y la edad de desarrollo del individuo. La hiperactividad se manifiesta de diferentes maneras de acuerdo a la etapa en que se encuentra la persona; los niños pequeños suelen correr, trepar, y realizar otras actividades motoras gruesas de manera excesiva y fuera del contexto donde comúnmente se considerarían apropiadas. Este tipo de conducta tiende a disminuir con la edad y a ser sustituidas por otro tipo menos disruptivas externamente, como serían, movimientos constantes de piernas y brazos, levantarse, caminar, hablar sin parar y sin tomar en cuenta las reacciones del interlocutor.

Evaluación

Como podemos observar el TDAH es una condición psiconeurológica compleja cuya evaluación y atención debería ser realizada por un equipo interdisciplinario y con aplicación de diversos instrumentos y técnicas que garantizan una óptima intervención y sobretodo mantengan el debido respeto y consideración por la dignidad y estima del niño (a) o adolescente que padece esta condición. Se requiere de estos profesionales una alta condición ética para no diagnosticar a priori o colocar una etiqueta que en lugar de facilitar la recuperación de estas personas los estigmatice y los haga sentir culpables a ellos o a sus padres por tener un niño (a) con esta condición. Evidentemente se hará

referencia a las excelentes condiciones que deben privar en una evaluación diagnóstica cuando se sospecha TDAH, teniendo presente que por diferentes razones de tipo social, político, económico y hasta geográfico, no siempre se pueden cumplir, pero lo ideal es acercarnos lo más posible a ellas.

En primer lugar debemos considerar el equipo de profesionales que debe realizar la evaluación en forma INTERDISCIPLINARIA, es decir, comunicando resultados, observaciones, impresiones y manteniendo contacto unos con otros, de ser posible realizar reuniones para discutir el caso. Entre los miembros del equipo se incluye a los padres sean estos profesionales o no.

Existe diversidad de esquemas a seguir cuando se planifica la evaluación de un niño o adolescente con TDAH. El modelo multimodal que propusieron Atkis y Pelhan en 1.991 (Condemain et al, 2.005) es bastante completo ya que contempla el uso de múltiples medidas para evaluar la variedad de síntomas que se asocian al desorden de la atención con hiperactividad. Se recomiendan diferentes técnicas para recabar la información: entrevistas con padres y maestros, observaciones directas sobre el comportamiento del niño en diferentes ambientes, reportes sobre su rendimiento académico, entre otros. El proceso de evaluación transcurre por diferentes fases que pueden seguir el orden que a continuación se describe o modificarse de acuerdo las necesidades del equipo.

En primer lugar es imprescindible realizar una historia clínica personalizada que abarque los antecedentes hereditarios y prenatales del niño. Lo ideal es recabar esta información en entrevista con ambos padres. Cada equipo puede elaborar su propio modelo para realizar la anamnesis, pero existen en el mercado modelos bastante integrales, como por ejemplo el de Bakley para niños.(Gratch,2005).

Las entrevistas con los padres tienen una doble utilidad, por un lado nos permiten conocer la forma como se inició y cual ha sido la evolución del trastorno; así como también visualizar el tipo de relación e interacción parental y familiar; para ello es necesario que la persona que realiza la entrevista desarrolle excelentes habilidades de observación activa. Conjuntamente se pueden entregar cuestionarios estandarizados que los padres respondan en casa y luego sean

discutidos en consulta. La entrevista de los padres conjuntamente con los niños puede brindarnos información interesante de la forma como se maneja la situación del niño. Es importante aclarar que en muchas ocasiones otros problemas de la familia se solapan detrás del paciente identificado con TDAH y es éste el depositario o responsable de todos los “males” que ocurren en casa. De allí que cuando se comienza la intervención sea necesario definir la pertinencia de la terapia familiar y evitar que de alguna forma los padres se resistan (quizá en forma inconsciente) a los progresos del niño y saboteen la terapia para evitar afrontar otras “problemáticas” existentes en la familia. Hay que recordar que el niño o adolescente no es solo con su trastorno, él pertenece y se relaciona con un ecosistema que lo afecta a la vez que se transforma por su actuación.

Es recomendable que al niño(a) se le practique un *examen médico general* que permita evaluar su salud, descartar enfermedades, problemas auditivos, visuales, de desarrollo o alguna condición que pudiera interferir con una medicación futura. Esta evaluación debe incluir el conocimiento de accidentes y consecuencias de los mismos que haya sufrido el niño durante su desarrollo, p.e intoxicación con kerosene, pérdida de conocimiento o eventos similares.

Entre los elementos del diagnóstico es de gran utilidad la **evaluación neuropsicológica** para definir el perfil específico de los niños a la vez que detectar posibles alteraciones psicológicas o neurológicas. Para realizar esta evaluación lo recomendable es hacer uso de una batería de pruebas estandarizadas que miden diferentes funciones psicológicas; p.e Escala de Inteligencia Wechsler, Test de Percepción Visual y motriz, de ejecución verbal, de atención, etc. Además del uso de estas baterías que siempre deben ser administradas y evaluadas por profesionales capacitados para tal fin, preferiblemente psicólogos y/o neurólogos infantiles, se pueden utilizar escalas comportamentales. La evaluación psicológica incluye además el desarrollo emocional del niño(a), cuadros ansiosos, depresivos, de baja autoestima, autolesivos que pudieran estar asociados al TDAH. El Psicólogo(a) contribuye con su evaluación a realizar el diagnóstico diferencial y comorbilidad del trastorno, es decir, establecer con claridad si el niño padece algún otro síndrome que pudiera confundirse con TDAH, como podrían ser oposicionismo desafiante, asperger, autismo, trastornos de conducta, trastorno bipolar. Existen numerosos instrumentos de evaluación que permiten explorar

todas las áreas de desarrollo adaptadas a cada nivel étareo con el que se esté trabajando, sin embargo son los profesionales que atiendan al niño quienes deciden cuáles mecanismos son los apropiados para utilizar en cada caso. No tiene sentido utilizar gran cantidad de pruebas psicológicas si no son pertinentes al caso que nos incumbe en esos momento. Recordemos que la población con TDAH y su entorno no es una población homogénea; además los instrumentos por sí solos no proveen un diagnóstico o tratamiento a seguir, son herramientas que nos permiten obtener información importante y resumida para utilizar al tomar decisiones relacionadas con la intervención.

Ningún proceso podría considerarse completo sin la **evaluación psicopedagógica**, la cual incluye una cantidad de aspectos relacionados con los estilos de aprendizaje, dificultades generales y específicas, hábitos de estudio, rendimiento. Esta evaluación tiene una importancia fundamental ya que el área académica es una de las afectadas en el caso del niño(a) con TDAH y el (la) docente necesita conocer cuales son los procesos cognitivos más comprometidos para planificar la acción educativa de acuerdo a las necesidades del niño(a) o adolescentes En este punto se debe aclarar que el trabajo en equipo implica diagnóstico, evaluación e intervención lo que se interpreta como que no es el docente en solitario quien debe elaborar y llevar a cabo la planificación que se establezca como forma de intervención. Esta planificación tiene que ser fruto del trabajo **interdisciplinario** de todos los miembros del equipo, si bien el docente como gerente del aula es quien ejecuta con el niño las diferentes actividades y reprograma objetivos de acuerdo a los avances o no que el alumno(a) muestre; el resto del equipo permanece en contacto y brinda asesoría permanente y tanto apoyo como el caso requiera. Estas observaciones son válidas para los padres que como miembros del equipo planifican conjuntamente con el resto de los profesionales, ejecutan en su entorno y requieren asesoría y andamiaje para reprogramar objetivos, variar actividades y resolver cualquier situación imprevista o novedosa que afecte considerablemente la condición del niño(a). Cuando el nivel de desarrollo y la edad del paciente lo permitan, éste debe participar como miembro activo del equipo, reconociendo la importancia de su cooperación en el proceso de evaluación; así como su participación en la planificación, aceptación y compromiso en la ejecución del plan de intervención. Aunque cada miembro del equipo requiera información específica para realizar su evaluación; es

importante que en la(s) entrevista(s) inicial(es) se recoja la mayor información posible y se comparta entre todos los profesionales con la finalidad de que los padres no tengan que repetir los mismos datos a cada uno lo cual produce en ellos (padres) desánimo y la impresión de que no se trabaja en equipo; p.e la información sobre la concepción y el desarrollo prenatal que se recoge en la primera entrevista debe ser conocida por todos los miembros del equipo y cada uno de ellos decidir si necesitan profundizar en un aspecto particular de este periodo.

Aquí hemos querido proponer lo que debería ser una evaluación estandar cuando se sospecha la presencia de un trastorno por déficit de atención con hiperactividad; sin embargo esto podría variar dependiendo de la disponibilidad de profesionales con que cuente la institución donde se realiza la evaluación, como mínimo se debería realizar la evaluación pedagógica y psicológica antes de pasar a la fase de tratamiento o intervención.

Intervención

Se podría afirmar que el llamado período de intervención o tratamiento es un vestigio de lo que fue el modelo médico adoptado por la psicología en sus inicios y que aún tiene utilidad desde el punto de vista didáctico y organizativo en la formación de profesionales y funcionamiento de ciertas instituciones; pero realmente desde el momento que comienza el interés por observar, evaluar y entrevistar al niño con TDAH ya se está interviniendo en el proceso de dicho trastorno. La mayoría de los autores concuerdan en que el tratamiento más exitoso hasta el momento es aquel que incluye el manejo farmacológico, a la par de la intervención psicofamiliar y pedagógica. Según Condemarín y otros (2005) el apoyo farmacológico, de manera particular los psicoestimulantes, es un tratamiento muy eficaz porque ayuda a controlar la hiperactividad y los trastornos de la atención al actuar sobre el sistema nervioso y permitir un mejor funcionamiento del sujeto. Los psicofármacos han demostrado gran utilidad a corto plazo: aunque no existe suficiente evidencia de los efectos a largo plazo. En lo que coinciden los resultados de numerosas investigaciones realizadas en diferentes países es en el éxito y mejor pronóstico que se obtiene al combinar el tratamiento farmacológico con la intervención psicopedagógica y familiar, es

decir, cuando el niño recibe un apoyo integral para su recuperación. Queda claro que los fármacos no son curativos para la hiperactividad o falta de atención pero optimizan la intervención para lograr un mejor funcionamiento interpersonal, rendimiento académico y manejo social a todo nivel.

En lo que concierne a la intervención psicológica, ésta se inicia con programa de modificación conductual que buscan extinguir las conductas desadaptativas, manejar de manera adecuada la hiperactividad e impulsividad e incrementar la atención y concentración, buenos hábitos de estudio, apropiadas relaciones interpersonales. Para lograr estos objetivos se proponen diferentes estrategias conductuales que han demostrado una alta efectividad en la práctica como son la organización de ambientes entretenidos tanto en la escuela como en el hogar, manejo de las contingencias materiales y/o sociales (tiempo fuera-extinción- reforzamiento diferencial, entre otros), entrenamiento en hábitos de estudio. El uso de todas estas técnicas requiere la participación del psicólogo, del educador y de los padres quienes deben participar como equipo en la planificación, ejecución y reprogramación de la intervención, pues no funcionan de la misma manera para todos los niños; debe hacerse una planificación individualizada para cada caso. Es conveniente que los padres y maestros de ser necesario, participen en un programa de entrenamiento para obtener el mayor provecho en la aplicación de las técnicas. Necesario es acotar que el manejo conductual se inicia con una amplia estructura externa que sirve de soporte a los cambios conductuales del niño, pero esos elementos exteriores se van reduciendo en la medida que el niño (a) logra autorregular su comportamiento que es el fin último de la terapia. Se incluye en el tratamiento el entrenamiento en técnicas de relajación, autocontrol, automonitoreo, terapia de asertividad, uso de estrategias cognitivas y metacognitivas. La terapia de apoyo emocional es indispensable para que el niño mantenga un buen nivel de autoestima, conocimiento y relaciones afectivas consigo mismo y con sus semejantes; así como también que desarrolle conciencia de sus propios recursos para recuperar la condición que padece. La terapia familiar es igualmente imprescindible en este tipo de intervención, pues en la mayoría de los casos, los padres se sienten desorientados, deprimidos y exhaustos por el comportamiento de su hijo (a) con trastorno por déficit de atención e hiperactividad y se forma una especie de círculo destructivo entre ellos y el niño o entre la pareja y en ocasiones con la familia extendida y/o

docentes. Por el impacto que el niño con TDAH produce en la casi totalidad de los ambientes en que se desenvuelve, así como por la frecuencia de cuadros comorbidos que lo acompañan la intervención es bastante compleja y requiere de mucha sistematicidad y perseverancia porque es un tratamiento largo que puede ser agotador para padres y docentes pero requiere de éstos la mayor preparación sobre el conocimiento del trastorno así como también una gran motivación y aceptación del niño (a) o adolescente, a la vez que una sólida estructura externa que le permita internalizar y manejar con más facilidad su impulsividad, hiperactividad y falta de atención.

Referencias Bibliográficas

CABALLO, V. y SIMÓN, M (2.005). Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente. Madrid: Pirámide.

CONDEMARIN, M. GOROSTEGUI, M y Mitcis, N. (2005). Déficit atencional. Santiago de Chile: Planeta.

GRATCT, L (2005), El trastorno por déficit de atención. Buenos Aires: Médica Panamericana.

KERNBERG, P. (1.980). Disfunción cerebral mínima. En Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. Santiago: Galdoc.

LÓPEZ, C. y GARCÍA, J. (2002). Problemas de atención en el niño. Madrid: Pirámide.

MENDOZA, M (2005) ¿Qué es el Trastorno de Déficit de Atención? Guía para padres y maestros. México: Trillas.