

Neva Milicic M.
María Elena Gorostegui
Mabel Condemarán

Déficit atencional

**Estrategias para el diagnóstico
y la intervención psicoeducativa**

 Planeta

Antecedentes

La literatura ofrece gran variedad de definiciones que intentan atrapar la esencia del síndrome de déficit atencional con hiperactividad. Cada definición teórica representa una línea de estudio y una concepción sobre el cuadro que determina distintas formas de evaluación, intervención y tratamiento. La definición con que se trabaje no es un tema irrelevante, ya que determinará si un niño será o no considerado como portador del cuadro, así como la forma en que se le deberá tratar y el tipo de intervención que se considerará más adecuado.

Aunque hay algunos acuerdos en las definiciones, todas ellas enfatizan diferentes aspectos, agregan o desechan características, restringiendo o ampliando su significado. Las diferentes definiciones apuntan a lo que consideran características y sintomatología propias del cuadro, su origen y pronóstico, y tienen bastante importancia a la hora de realizar diagnósticos diferenciales. Las diferentes definiciones, muchas veces no son excluyentes. Sucede que se focalizan en distintos aspectos del síndrome, lo que impide comprender el fenómeno en su totalidad. Al centrarse en un aspecto del cuadro, se corre el riesgo de desestimar otro. Por ejemplo, si se centra la discusión en la hiperactividad, se dejan fuera muchos casos que no presentan hiperactividad como una conducta relevante. Sin embargo, por el camino de descripciones y definiciones más o menos parciales, se ha logrado definir el cuadro en forma bastante completa.

En el DSM IV (APA, 1994) es definido como un patrón persistente de hiperactividad/impulsividad, más frecuente y severo de lo habitualmente observado en individuos de un nivel de desarrollo comparable. Agrupa a niños con inteligencia normal y destaca como característica una desviación significativa de la norma en tres síntomas cardinales: inatención, impulsividad e hiperactividad, que llevan a dificultades permanentes y de inicio temprano en su adaptación social y/o rendimiento, en relación a su edad de desarrollo.

En estas definiciones hay un énfasis claro en que la hiperactividad debe ser evaluada en relación a la edad de desarrollo del niño: lo que es normal en términos de cantidad y calidad de la actividad por ejemplo, a los tres años, pasa a ser anormal a los ocho.

Independientemente del CIE 10 en Europa y del DSM IV en América, que marcan líneas importantes de investigación, hay otros autores que, a partir de la década de los ochenta, también aportan a la literatura científica sobre el tema:

“Patrón persistente de excesiva actividad frente a situaciones que requieren de una ejecución motora restringida. Las conductas que genera no parecen estar orientadas hacia una meta y el conjunto de acciones son atípicas, en cuanto a calidad y cantidad, en relación a lo esperado para la edad” (Kernberg, 1980). Esta definición destaca la actividad excesiva en situaciones que no la requieren, además de la falta de dirección, al menos para el que observa, que presenta la conducta del niño. El déficit atencional no aparece como tema de estudio dentro del cuadro, para este autor.

Russell Barkley se refiere al cuadro como una deficiencia respecto a la edad de atención, control de impulsos y gobierno de la conducta. “Alteración del desarrollo de la atención, la impulsividad y la conducta gobernada por reglas (obediencia,

autocontrol y resolución de problemas) que se inicia en los primeros años del desarrollo. Es significativamente crónica y permanente y no se puede atribuir a retraso mental, déficit neurológico mayor o a otras alteraciones emocionales más severas, como por ejemplo la psicosis o el autismo” (Barkley, 1982). Esta definición subraya la condición de cronicidad del cuadro, condición que en la actualidad casi no se discute.

“Déficit biológico en la persistencia del esfuerzo, la inhibición y la motivación” (Russell, 1993). Esta definición apunta a aspectos diferentes de la falta de atención y concentración y del exceso de actividad, y destaca la dificultad para persistir en el esfuerzo, así como para inhibir los impulsos y tener motivación, lo que daría cuenta de la conducta desorganizada, errática y falta de propósito definido que exhiben los niños con TDAH.

“Trastorno del comportamiento que presentan tanto niños como adultos, con manifestaciones diferentes según la edad y la educación recibida” (García-Pérez y Magaz-Lago, 2000). Para estos autores, el trastorno implica primordialmente, una dificultad generalizada en el espacio y el tiempo (ocurre en cualquier lugar y todos los días) para mantener y regular la atención, y una actividad motora excesiva (hipercinesia o hiperactividad). Secundariamente, se manifiesta en forma de un notable déficit de reflexividad que hace que los afectados actúen con impulsividad y sin detenerse a analizar sus acciones.

De acuerdo con estos autores, el trastorno afecta a adultos y a niños, pero con diferentes manifestaciones de acuerdo a la edad y la educación recibida. Es probable que el hecho de que los adultos presentaran conductas obviamente diferentes a las de los niños hubiera escondido por mucho tiempo la existencia del síndrome más allá de la adolescencia. Cabe destacar que se incluyen en la definición aspectos tales como las dificultades de

control emocional, que no aparecen en otras definiciones y que, sin duda, constituyen un tema de interés.

Pese a que el trastorno de déficit atencional con hiperactividad cuenta con una larga historia de estudios empíricos y numerosas líneas de investigación, aún no existe consenso entre los especialistas sobre los términos más adecuados para su definición teórica. En cambio, sí parece existir un acuerdo generalizado para describir cómo es el comportamiento de estos niños. La mayoría de los investigadores coinciden en que este se caracteriza por un patrón persistente de falta de atención y/o hiperactividad e impulsividad, cuya frecuencia y severidad es mayor de lo típicamente observado en individuos con un nivel comparable de desarrollo. Estos niños están en mayor riesgo de presentar problemas de conducta, depresión, problemas de aprendizaje, deserción escolar y otros problemas psicológicos que otros niños de su edad (Arango y Jiménez, 2000).

Jongsma, Peterson y McInnis (2000) definen el síndrome sobre la base de los siguientes referentes conductuales, que resumen los aportes de varios investigadores y sobre los cuales hay bastante coincidencia:

- Corto tiempo de atención y dificultad para mantenerla sobre bases consistentes.
- Susceptibilidad para distraerse frente a estímulos externos.
- Impresión de no escuchar bien.
- Fallas repetidas en seguir las instrucciones o en completar las tareas escolares.
- Escasa capacidad de organización: olvidos, falta de atención a los detalles y pérdida de cosas necesarias para realizar la tarea.

- Hiperactividad, evidenciada en alto nivel de energía, dificultad para descansar, estar sentados y por una verbalización excesiva y en tono de voz muy alto.
- Impulsividad, manifestada en dificultad para esperar en situaciones de grupo, interrumpen con respuestas antes de que las preguntas o instrucciones hayan sido completadas y realizan frecuentes intromisiones en los asuntos de los otros.
- Conductas disruptivas o agresivas.
- Tendencia a realizar actividades potencialmente peligrosas o a ser poco cuidadosos en situaciones de riesgo.
- Dificultad para aceptar la responsabilidad por sus acciones, proyectando la culpa en otros, y también para aprender a través de la experiencia.
- Baja autoestima y falta de habilidades sociales.

Para finalizar, Förster y Fernández (2003) proponen una definición que integra varias perspectivas teóricas para entender y describir el síndrome: neurológica, psicológica, psicopedagógica y escolar. Definen el TDAH como un síndrome conductual crónico con un sustrato biológico muy importante, pero no unicasal, con una fuerte base genética que afecta a un grupo heterogéneo de niños. Incluye a pequeños con inteligencia normal, o muy cercana a lo normal, que presentan dificultades significativas para adecuar su conducta y/o aprendizaje a la norma esperada para su edad.

En su definición ponen el acento en los aspectos conductuales del síndrome (en la medida que se ve afectada su conducta y la calidad de su aprendizaje escolar), en la *cronicidad* (ya no se sostiene la idea de que el cuadro desaparecería a medida que el niño madura), en la multicausalidad, en los componentes

genéticos y en la heterogeneidad de los niños que presentan el cuadro.

Los síntomas cardinales de este síndrome son una combinación de inatención, impulsividad e hiperactividad, que están presentes tempranamente en la vida del niño, pero que se hacen más evidentes en la edad escolar, afectando el aprendizaje, la conducta, la autoestima, las habilidades sociales y el funcionamiento familiar.

1. SUBTIPOS DEL SÍNDROME

La clasificación propuesta por el DSM IV distingue tres subtipos dentro del síndrome:

- Desorden de déficit atencional e hiperactividad combinados.
- Desorden de déficit atencional e hiperactividad predominantemente inatentiva.
- Desorden de déficit atencional e hiperactividad con predominio de hiperactividad e impulsividad.

En la misma línea, X. Keith (1998) describe la existencia de dos subtipos dentro del síndrome de déficit atencional con hiperactividad: un subtipo conductual que, en su forma severa, es similar a los trastornos de conducta, y un subgrupo cognitivo que afectaría al procesamiento de la información y que, por ende, produciría trastornos del aprendizaje.

El síndrome de tipo combinado presenta, simultáneamente, síntomas de déficit de atención y de hiperactividad/impulsividad. E. A. Taylor (1991) selecciona los siete ítems que corresponden con mayor exactitud a los síntomas claves del síndrome combinado: nerviosismo, inquietud, sobreactividad, labilidad

atencional, falta de persistencia en la tarea, impulsividad y excitabilidad, impaciencia y baja tolerancia a la frustración.

F. Pinto (1998) sintetiza diferentes definiciones y plantea que los elementos claves son la desatención, la hiperactividad y la impulsividad. Los pacientes con déficit atencional se distraen con facilidad ante el menor estímulo, interrumpiendo continuamente sus actividades. En ellos, la hiperactividad se manifiesta como inquietud motora, pero también intelectual y verbal. La impulsividad se evidencia por respuestas aceleradas, dificultad para autocontrolarse, autorregularse, seguir instrucciones en forma secuenciada y pausada, y para anticipar las consecuencias de sus actos.

La investigación centrada en los déficits atencionales del síndrome es considerablemente escasa si se la compara con los estudios centrados en la hiperactividad. Esto se explica por las dificultades metodológicas inherentes a la forma de evaluar la atención, separada de otras variables, tales como las características de la tarea, capacidad intelectual del niño, motivación, familiaridad con los estímulos presentados, etc. (Gorostegui, 1997). Muchas veces el desempeño de un niño en diferentes situaciones experimentales destinadas a evaluar atención, difiere notablemente dependiendo de factores situacionales (como, por ejemplo, ausencia o presencia del evaluador) y otros.

Todavía no hay claridad de que se trate de una falta o disminución de la atención, o de diferencias cualitativas en la forma como funcionan los procesos atencionales. Hay estudios que comprueban que los niños con TDAH predominantemente atencional no tendrían menos atención que sus pares normales, sino que dirigen y focalizan su atención en forma diferente. Se trataría, por lo tanto, de una disfunción caracterizada por dificultad por mantener la atención en forma continuada, así como para distinguir los estímulos relevantes de los irrelevantes y

para registrar y recuperar la información por un procesamiento más superficial de los datos en la memoria de corto plazo.

Al respecto, Taylor (1991) plantea que, desde la perspectiva clínica, hay bastante acuerdo en que la atención de los niños hiperactivos aparece como caótica, no focalizada, impersistente y lábil. Sin embargo, los resultados de las investigaciones empíricas más recientes muestran menos puntos de acuerdo en relación al tema.

Una discusión que se presenta regularmente dentro de las investigaciones en esta área, es si los problemas de atención son diferentes si van acompañados de hiperactividad o no. En este sentido, Lahey, Schaugency, Frame y Strauss (1985) compararon una muestra de niños de 2º a 5º grado, clasificados por el maestro como escolares con problemas de atención con hiperactividad, con 20 estudiantes de la misma edad y grado escolar con idéntica problemática pero no hiperactivos, y un grupo control. Los resultados sugieren que los niños con problemas de atención, ya sea con hiperactividad o sin ella, exhiben déficits en la atención muy similares, aunque con diferentes grados de intensidad.

Es especialmente discutible el tema de si los distractores ambientales afectan o no a la conducta hiperactiva. Por ejemplo, se plantea que los elementos distractores ambientales, ya sean visuales o auditivos, no tendrían un efecto perjudicial sobre el desempeño, y que algunas veces, incluso, ayudarían a realizar el procesamiento de los estímulos centrales. Es probable que la presencia de estímulos irrelevantes en los niños pequeños pueda perjudicar su aprendizaje, mientras que los mayores desarrollan una superior resistencia al efecto de los distractores.

Era una propuesta común en la literatura que los ambientes privados de estimulación ayudaban a que los niños se concentraran en una tarea en mejor forma y por lapsos de tiem-

po más prolongados. Sin embargo, se ha comprobado que en situaciones experimentales, niños con problemas de atención y concentración rinden mejor en entornos ricos en estímulos ambientales que sus pares que no tienen este problema (Gorostegui, 1997).

Actualmente, hay bastante consenso en considerar el TDAH, como un trastorno del neuro desarrollo, que se asocia con dificultades de conducta y de aprendizaje, no necesariamente sintomáticos del cuadro, sino fundamentalmente por un menor desarrollo para la edad de la capacidad de control consciente y voluntario del comportamiento, los pensamientos y las emociones, que también podría caracterizarse como dificultades del control o autorregulación cognitiva, emocional y de la conducta.

A diferencia de lo que se afirmaba en los primeros estudios se trataría de una condición crónica, de diagnóstico complejo, que se manifiesta en la niñez pero que puede persistir hasta la adultez. Respecto de las causas, ya no se busca definir una causalidad única, sino que se trabaja en la línea de la multicausalidad genética, epigenética (del desarrollo) o ambiental. Esta multicausalidad, se expresa de diversas maneras, abarcando desde cuadros leves hasta severos

Como bien lo saben los padres y los profesores, el colegio es el escenario donde las dificultades se expresan con mayor intensidad. La escuela es un lugar donde se requieren normas de comportamiento, autocontrol en un estímulo, emocional y capacidad para mantener la atención focalizada en un estímulo que probablemente carezca de interés para el niño. Respecto de esto, el Dr. Ricardo Aboitiz, sostiene que la atención es una función biológica fundamental para la vida, que oscila entre diferentes niveles, y que requiere seleccionar tomar decisiones respecto a qué estímulos responder y en qué momento (Aboitiz, 2017).

Las dificultades de atención son centrales en relación a las dificultades escolares en términos cognitivos, porque no logran focalizarla el tiempo suficiente como para retener los contenidos que se imparten en la sala de clases. A ello se suma la dificultad para controlar la conducta de manera de proveer de las condiciones para realizar la tarea, debido a lo que actualmente se denomina *síndrome disejecutivo* que afecta la memoria de trabajo, la atención y el manejo del control inhibitorio (o capacidad para inhibir una conducta en curso para iniciar una segunda actividad)

La expresión *déficit atencional* alude al síntoma más representativo —pero no el único— siendo la hiperactividad (dificultad para estar quieto) un segundo síntoma y la impulsividad, el tercero. Las formas más identificables en la actualidad, corresponden a tres formas de presentación del síndrome: a) predominantemente inatentivo, b) predominantemente hiperactivo impulsivo y c) mixto, que sería la forma más común de presentación del cuadro (DSM V).