

Trastornos por déficit de atención: consideraciones desde la psicología para un diagnóstico comprensivo integral

Attention Deficit Disorder: Considerations from Psychology for an Integral Comprehensive Diagnosis

Andrea Moyano¹, Paula Torres²
María José Eyheramendy³, Paula Barrera⁴

Resumen

Se revisa el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención en niños, en relación a su prevalencia (8% al 12% de los niños en edad escolar), siendo uno de los principales motivos de consulta en nuestro país. El objetivo del artículo es integrar los aportes de la mirada médica y la psicología en el diagnóstico, para que permitan otorgar las directrices de un tratamiento que considere el contexto y la particularidad de cada sujeto.

Se describen los criterios diagnósticos utilizados y las implicancias de éste en el área de la salud mental, educación, familia y sociedad.

Se plantea la comprensión desde la psicología, poniendo énfasis en considerar la inatención como síntoma de diversos cuadros emocionales en la infancia, al observar que desde el modelo médico generalmente este síntoma se reduce a un cuadro neurobiológico y a un posterior tratamiento principalmente farmacológico. La no consideración desde el paradigma de la complejidad y la multicausalidad en el diagnóstico, excluye áreas del desarrollo socio afectivo del niño que pueden ser fundamentales en la generación y el mantenimiento del cuadro.

Se releva la necesidad de abordar este cuadro con una mirada más amplia en el diagnóstico e intervención, considerando los aspectos subjetivos e interaccionales, buscando así dar cuenta de un diagnóstico clínico completo y de un abordaje comprensivo integral.

Palabras clave: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, diagnóstico, diagnóstico diferencial, psicología infantil, salud mental.

Abstract

This study reviews the diagnosis of attention deficit disorder in children, in relation to its prevalence (8% to 12% of school-age children), which makes it one of the main reasons for consultation in Chile. The article seeks to integrate the contributions of the medical and psychological points of view in the diagnosis, allowing the outline of treatment guidelines that take into account the context and the particularity of each subject. We describe the diagnostic criteria and the implications of this diagnosis in the area of mental health, education, family and society. We then approach the discussion from the psychology, underlining the lack of attention as a symptom of various emotional childhood disorders, observing that from the medical model this symptom

Recibido el 21 septiembre de 2011. Aceptado el 3 de noviembre de 2011

- 1 Psicóloga Clínica. Magíster Psicología Educacional. Coordinadora Programa Trastornos Específicos del Desarrollo Unidad de Psicología Infantil, Centro de Salud Mental UC San Joaquín. Facultad de Medicina y Escuela de Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. Correspondencia a: 110370@vtr.net
- 2 Psicóloga Clínica, Programa Trastornos Específicos del Desarrollo Unidad de Psicología Infantil, Centro de Salud Mental UC San Joaquín. Facultad de Medicina y Escuela de Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. paula.torres8@gmail.com
- 3 Psicóloga Clínica, Programa Trastornos Específicos del Desarrollo Unidad de Psicología Infantil, Centro de Salud Mental UC San Joaquín. Facultad de Medicina y Escuela de Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. mj.eyheramendy@gmail.com
- 4 Psicóloga Clínica, Programa Trastornos Específicos del Desarrollo Unidad de Psicología Infantil, Centro de Salud Mental UC San Joaquín. Facultad de Medicina y Escuela de Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. paulabarrerasilva@gmail.com

is generally reduced to a neurobiological disorder and leads to an exclusively pharmacological treatment. We estimate that no consideration from the paradigm of the complexity and causality in the diagnosis, excludes the development of socio-affective areas of the child which can be critical in the generation and maintenance of the disorder. We finally propose deliverance of a wider look in the diagnosis of ADD, considering subjective aspects through the articulation of the medical assessment with a psychological evaluation. This would allow a full clinical diagnosis and an integrated comprehensive approach.

Key words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, diagnosis, differential diagnosis, child psychology, mental health.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este artículo es reflexionar acerca del diagnóstico del Trastorno por Déficit de atención (TDA) en niños, aportando una mirada más amplia que integre el modelo médico y el psicológico, de tal forma que permita posteriormente delinear las intervenciones atingentes a cada caso en particular.

El ingreso al sistema escolar no resulta fácil para algunos niños y en la actualidad es muy frecuente encontrarse con padres que manifiestan preocupación al observar que sus hijos son diagnosticados con TDA y medicados debido a que se mueven constantemente, no se concentran al realizar sus actividades, tienen dificultades para seguir el ritmo de aprendizaje así como para acatar las normas, o entorpecen el desarrollo de la clase, siendo considerados "niños problemas", provocando dificultades con profesores y compañeros.

El colegio suele ser un espacio donde generalmente queda en evidencia gran parte de las problemáticas de la infancia. Existen numerosas razones, además del TDA, que podrían coincidir para que un niño manifieste dificultades atencionales: problemas emocionales y familiares, situaciones de violencia y/o abuso, adecuación curricular, problemas socioeconómicos, entre otros. Es por ello que se vuelve relevante profundizar en la historia de cada niño para comprender qué sucede⁵.

El Trastorno por Déficit Atencional, constituye uno de los Trastornos del Desarrollo más estudiados en psiquiatría infantil y posiblemente el más controvertido. Se ha transformado en uno de los diagnósticos de mayor prevalencia, (8% al 12% de los niños en edad escolar),

siendo uno de los principales motivos de consulta en nuestro país⁶.

Debido a esto, este trastorno se ha incorporado en las Políticas Públicas de nuestro país. A partir del año 2010 el Ministerio de Educación a través de la Ley 20.201 creó una nueva subvención para niños con Necesidades Educativas Especiales (NEE) que incluyó a los TDA-H como un nuevo tipo de discapacidad transitoria, mencionada en el decreto N°170⁷.

El Ministerio de Salud, (1996) considera los criterios diagnósticos del CIE-10 en el que se denomina Trastorno de la actividad y de la atención, que incluye el trastorno de déficit de atención y el síndrome de déficit de atención con hiperactividad. Excluyéndose los trastornos hipercinéticos asociados al trastorno disocial. (Clasificación Internacional de las Enfermedades [CIE 10], 1992)

Además, considera de relevancia la base biológica y el ambiente familiar y escolar del niño, los que pueden ser determinantes para la expresión sintomatológica, para la mantención del problema y para el desarrollo de trastornos reactivos.

Desde el modelo médico, el TDA es un trastorno con una base biológica determinado genéticamente, con manifestaciones conductuales fuertemente influidas por el ambiente. Si bien su conceptualización ha ido cambiando con el tiempo, se reconocen características fenotípicas conductuales cuyos síntomas principales son derivados de dificultades de atención, control de impulsos e hiperactividad (López, I., et al, 2006). Estos signos son características que forman parte de una

5 (Untoiglich, G. 2005).

6 (Etchepare y Almonte, 2003; Aboitiz y Carrasco, 2009).

7 (<http://www.mineduc.cl/biblio/documento/201005031126500.DEC200900170.pdf>) (2010).

base neurobiológica más amplia que corresponde a un trastorno del desarrollo que afecta las funciones ejecutivas.

Las funciones ejecutivas son “aquellas que permiten a un individuo regular y conducir voluntariamente su conducta en pos de metas y de una manera flexible y adecuada al contexto y las señales externas”⁸.

Estas funciones comprenden una multiplicidad de operaciones mentales. Según Papazian, Alfonso y Luzondo (2006), las que se encuentran principalmente alteradas en los niños con SDA, son:

- La capacidad para inhibir las respuestas impulsivas y la memorización de información irrelevante, impidiendo la interferencia perceptual en forma de distracción.
- El uso adecuado de la memoria de trabajo, permitiendo almacenar, monitorizar y manejar información.
- La capacidad para cambiar intermitentemente de una a varias reglas.
- La capacidad para planear una respuesta, previendo o anticipando su resultado a fin de solucionar el problema.

Los niños con TDA presentan además, una disminución en la capacidad para organizarse, producto de recurrentes olvidos, escasa atención a detalles y pérdida de materiales e información necesarios para realizar una tarea. Además de una excesiva actividad motora que resulta exagerada para su edad (CFTMEA –R, 2004).

Por medio de la técnica de resonancia magnética, es posible comprobar que ciertas áreas de la corteza cerebral, específicamente el área prefrontal, evidencian un retraso en su desarrollo, de aproximadamente dos años. Esto generaría una disfunción prefrontal que no obedece ni a lesiones ni a malformaciones, sino que se asociaría a la disminución de los niveles de dopamina que afectaría las sinapsis cerebrales.

En forma secundaria, se consideran co-causales del TDA-H, las variaciones de tamaño y/o irrigación de otras zonas del encéfalo. (Aboitiz, F; Carrasco, X: 2009)

Finalmente, cabe señalar que desde la genética se está estudiando la existencia de ciertos genes candidatos “(...) cuyas variables (alelos) podrían estar implicados como responsables del TDAH”⁹. Tales genes participarían en la síntesis de dopamina.

Desafortunadamente aún no se cuenta con un marcador biológico de uso clínico para diagnosticar SDA, y las posibilidades de realizar el diagnóstico adecuado dependen del conocimiento, habilidades clínicas y metodología de trabajo del especialista (López, I., et al, 2006), volviéndose un diagnóstico principalmente clínico.

El ministerio de educación, con el decreto 170, señala que la evaluación diagnóstica de los alumnos con TDA, con o sin Hiperactividad, o trastorno hiperkinético, “constituye un proceso de indagación objetivo e integral, realizado por profesionales competentes, que consiste en la aplicación de un conjunto de procedimientos e instrumentos de evaluación que tienen como objeto precisar, mediante un abordaje multidisciplinario, la condición de aprendizaje y de salud del o la estudiante y el carácter evolutivo de estas.” Además, desde el ámbito educativo debe considerarse información y antecedentes de profesores, familia y alumnos.

Los profesionales competentes para realizar dichas evaluaciones según refiere el ministerio de educación son médico, neurólogo, o psiquiatra, médico familiar, pediatra, o médico del sistema público que cuenten con asesoría de especialistas, de acuerdo a lo establecido al fondo nacional de salud, psicólogo y/o profesor de educación especial/diferencial o psicopedagogo.

A pesar de estas premisas para llevar a cabo el diagnóstico de los niños, es frecuente observar que este proceso se realiza sin comprender a cabalidad el funcionamiento de los niños, apoyado generalmente en cuestionarios e instrumentos que se rigen por un

⁸ Ibid, p. 32.

⁹ Aboitiz, F., Carrasco, X. (2009) “Déficit atencional e hiperactividad. Fronteras y desafíos”. Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago, p. 35.

“deber ser” clínico y escolar atemporal, en el que a veces se desconoce o minimiza la incidencia del contexto, en base a lo cual se decide el tipo de indicación como tratamiento.

Niños que se mueven demasiado, que están ensimismados, que hablan de un modo desafiante, que no pueden organizar una tarea o que tienen serias dificultades para armar pensamientos, son englobados del mismo modo en el diagnóstico de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, porque fracasan en alguna de las exigencias de la institución escolar y/o molestan excesivamente en sus casas (Janin, B., Tulio, O., Heuser, C., Rojas, M., Tallis, J., Untoiglich, G. 2004).

Por el contrario, se hace necesario pensar en la particularidad que presenta cada alumno, pues hay algunos desatentos que se quedan quietos y desconectados, otros que se mueven permanentemente, algunos que juegan en clase, otros que reaccionan inmediatamente a cada estímulo sin darse tiempo a pensar.

La atención que se le pide a un niño en el colegio es una atención sostenida y selectiva en que se espera que atiendan durante un tiempo considerable a cuestiones que otros eligieron y que para él pueden no ser prioritarias. El dirigirse al mundo y sostener la audición y la mirada atentos, está motorizada por los deseos: un niño que no atiende a lo que se le pide, que se mueve desordenadamente, generalmente atiende de otro modo y a otras cuestiones diferentes a lo esperable (Janin, B., Tulio O., Heuser, C., Rojas, M., Tallis, J., Untoiglich, G. 2004).

El síntoma de inatención e hiperactividad puede presentarse en diversas patologías, sin constituirse necesariamente en el cuadro de déficit atencional. El resultado es que generalmente los niños son medicados desde edades muy tempranas, lo que logra aliviar el síntoma, pero minimiza las dificultades concomitantes.

El fármaco generalmente se administra en una situación específica, durante la permanencia en el colegio, frente a lo cual observamos que mientras dura el efecto aplaca la disfunción conductual y/o atencional

que es el objetivo principal. Frecuentemente, no se realiza un proceso de comprensión más profunda acerca del cuadro que incluya los dinamismos del funcionamiento y sufrimiento individual y familiar.

Una de las consecuencias de este modelo es que disminuye notablemente la responsabilidad de los adultos de tener que cuestionarse el por qué del sufrimiento y dificultades del niño, desconociendo su participación a través de posibles situaciones emocionales que se repiten de generación en generación y que pueden no haber sido elaboradas. (Untoiglich, G. 2005). De este modo, se rotula al niño reduciendo la complejidad de su vida psíquica a un paradigma simplificador suponiendo exclusivamente un déficit neurobiológico. (Berger, M, 2005; Janin, B, 2004; Rodulfo, R, 1992; Breeding J, 1996 en Consenso de expertos del área de la salud sobre el llamado “trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad”)

En este sentido, el modelo médico etiqueta al niño en una entidad psicopatológica adquiriendo una identidad que lo liga a cierta incapacidad, asumiendo un diagnóstico y tratamiento sin mayor comprensión ni cuestionamiento.

Tener una mirada más amplia del SDA, implica considerar o incluir lo subjetivo e interaccional. De acuerdo con ello, atender es un proceso que involucra una interacción con alguien y algo. Se refiere al modo particular en que cada uno toma y recoge la información del mundo, de las personas y los objetos y que ha sido construido desde los inicios del desarrollo, en una relación diádica, para realizarse posteriormente de manera autónoma. Entonces, tenemos que considerar que la atención es un proceso activo, que protege al niño del caos del mundo externo y de sus propias sensaciones, permitiéndole privilegiar un elemento sobre los otros. En tanto ligado a la conciencia, es como un foco que ilumina una parte del universo en desmedro del resto y, como atención dirigida hacia algo voluntario, es algo que se constituye, que no está dado desde el inicio (Janin, et al, 2004).

Portanto, los trastornos en la atención pudiesen también ser efecto de dificultades vinculares o relacionales que pueden quedar organizadas y/o expresadas en fallas regulatorias, como impulsividad, desorganización,

negativismo, inhibición o dificultad para poner un afecto positivo a cierta realidad, entre otras. De este modo, existen muchos casos con dificultades en el desarrollo emocional, que se esconden detrás de un déficit para atender y concentrarse. De esta manera, resulta de alto riesgo no realizar un abordaje profundo, puesto que la hiperactividad o desatención puede ser el comienzo de una manifestación de conflictos que se intentan simplificar o la manifestación inicial de patologías más severas, pero que a posteriori puede acarrear secuelas significativas que se irán manifestando de otras formas y que pueden ocasionar un deterioro en la personalidad. (Untoiglich, G. 2005).

Este es el caso de niños con dificultad para manejar la ansiedad, tolerar la espera y reprimir impulsos, lo que se expresaría a través de la acción motora o hiperactividad. El niño en vez de patear o llorar, se mueve o actúa impulsado por la necesidad de sacarse de encima la ansiedad y colocarla en otros.

Gisela Untoiglich (2005), señala que algunos niños descargarán corporalmente las situaciones que les acontecen y que será su cuerpo el que hablará, pues al no haber espacio para la tramitación de la angustia, ella se vuelve al exterior, siendo los demás quienes se angustien.

Por otro lado, Beatriz Janin (2004), desde una mirada más comprensiva, considerando los factores emocionales, realiza una clasificación de los diversos tipos de desatención:

- **Niños dormidos:** se trata de niños que se ven desconectados como si estuvieran en su mundo, ensimismados en relación con altos montos de angustia. Pueden sentir cualquier estímulo del mundo como un ataque, en tanto los saca del estado de sopor. La dificultad suele ser en este caso, mantener un estado de vigilia con atención sostenida. Están como dormidos, en una especie de vacío.
- **“No atiende, porque ya lo sé”** Hay niños que no toleran no saber, supone una herida narcisista. Se produce una desmentida contra lo que atente como una imagen de sí como sabelotodo. Se trata

de niños que han afirmado el concepto de sí mismo y del self, en el desarrollo intelectual.

- **“Me quiere o no me quiere”.** Este es el caso de niños que para tomar atención necesitan la mirada y sostén del otro, pero no en relación con el conocimiento. Niños que buscan la aprobación afectiva, los cariños de los profesores, pero no pueden escucharlos, el niño solo puede sostenerse en la mirada amorosa del otro. Requiriendo señales muy evidentes de que hay acompañamiento, de la presencia y de que es importante para el otro.
- **“Niño triste”:** niños que no logran atender por estar en situación de duelo, como crisis normativas e inesperadas, separación, abandono o pérdida.
- **“Niño en alerta”:** Habría una sobre atención, pero es una atención dispersa y errática con muchas dificultades para focalizarse en una actividad. El mundo se percibe como amenazante, compuesto por diversos estímulos, todos igualmente amenazantes. Esto es frecuente en niños criados en situaciones de violencia y abandono, migraciones o privaciones importantes.

Además, es importante considerar que estos niños, debido a su desadaptación conductual, pocas veces reciben retroalimentación que favorezca la continuidad en una tarea; por lo que es importante destacar la necesidad de que los adultos se pongan en el lugar de los niños para comprender su funcionamiento individual y el esfuerzo que realizan a pesar de no recibir feedback positivos o peor aún, recibir uno negativo (Greenspan, 1995).

DISCUSIÓN

Hasta acá hemos querido destacar la multifactorialidad y complejidad de lo que denominamos TDAH para iluminar acerca de cómo esto generalmente se contrapone con el abordaje en el sistema de Salud y de Educación en nuestro país, con el riesgo de simplificar un diagnóstico que debiera abarcar una comprensión más profunda de las distintas áreas que componen el problema.

En oposición al modelo médico, existe una mirada psicológica con una comprensión más amplia del fenómeno, intentando acercarse a la génesis de la situación actual del niño con TDAH. Esto implica intentar precisar e integrar qué elementos constitucionales y cuáles adquiridos fueron interactuando en el desarrollo del niño, buscando entender cómo una condición, que tiene a la base una disfunción neurológica con cierto carácter maduracional, va influyendo y alterando la estructuración del mundo interno del niño (Castro, E., citado en López, et al, 2006).

En otras palabras, esta mirada implica integrar lo que un sujeto trae al nacer, junto con sus experiencias infantiles, esforzándonos por entender cómo es que se han cruzado ciertos factores que desencadenan que determinada sintomatología se manifieste. (Freud en Untoiglich, 2005). Esto se opone a la causalidad única y propone plantear la clínica desde el paradigma de la complejidad y la multicausalidad.

Al considerar que la experiencia del niño es fundamental en la manifestación de los trastornos en la atención, se vuelve necesario pensar acerca de los padres, en tanto figuras de contención, regulación y aprendizaje, los que ante conductas ligadas al desorden o a dificultades de aprendizaje de sus hijos, buscan fármacos para aliviar el síntoma, desligándose y evitando frecuentemente cuestionarse sobre su rol, dejando la responsabilidad en un tercero.

El médico que recibe al niño debería cuestionarse, al menos, que sus dificultades de atención o su movimiento excesivo, pueden deberse a otras causas y no necesariamente a un TDAH, siendo la derivación fundamental para complementar su evaluación, debiendo exigir al psicólogo una comprensión e integración de factores emocionales, contextuales, familiares y relacionales.

En relación con esto, es necesario preguntarse acerca del análisis que los especialistas realizan para dar respuesta a los requerimientos de evaluación provenientes de neurología y psiquiatría. Específicamente los psicólogos debieran ser capaces de integrar al sujeto y su mundo interno, sin reducir todo a los resultados de una batería de pruebas estandarizada.

El abordaje clínico que debiera existir frente a estos niños, que son englobados en un mismo diagnóstico, tendría que respetar la individualidad, tomando en cuenta la subjetividad de éste con el objeto de comprender qué lo llevó a realizar aquel síntoma. Esto implica preocuparse por establecer una relación cercana con el paciente, entendiendo su funcionamiento, mirando más allá de la batería de pruebas, considerando también los aspectos emocionales.

Resulta necesario preguntarse por el lugar que le están otorgando los padres a sus hijos y por la calidad de la relación que están logrando con ellos, reflexionando respecto a cómo están apoyando el proceso de crecimiento de sus hijos, cuánto lo están amparando, sosteniendo y conteniendo en sus angustias, preocupaciones y tareas del desarrollo.

REFERENCIAS

1. *Condemarín M., Gorostegui E. & Milicic M. (2004). "Déficit Atencional" Estrategias para el diagnóstico y la intervención psicoeducativa. Editorial Planeta Chilena S.A. Santiago, Chile.*
2. *Consenso de expertos del área de la salud sobre el llamado "Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad". Buenos Aires, Argentina. Extraído de: www.comunidadrussell.com/.../consenso/Consenso_ADHD.doc*
3. *Etchepare, T., y Almonte, C. (2003). Trastornos por déficit atencional e hiperactividad. En C. Almonte, M.E. Montt, A. Correa (Eds.), "Psicopatología Infantil y de la Adolescencia". Editorial Mediterráneo. Chile.*
4. *Janin, B., Tulio O., Heuser, C., Rojas, M., Tallis, J., Untoiglich, G. (2004). "Los niños Desatentos y/o Hiperactivos" Algunas reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (ADD/ADHD). Editorial Noveduc. Buenos Aires, Argentina.*

5. López, I. Boehme, V. Troncoso, L. Förster, J. Mesa, T. García, R. (2006). "Síndrome de Déficit Atencional". Ed Universitaria. Santiago, Chile.
6. MINSAL. (1998). "Normas Técnicas para el Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Hiperkinéticos en la Atención Primaria". Serie 01: normas técnicas y administrativas S.M.
7. Greenspan, S. (1995). *The Challenging Child*. Reading, MA: Addison-Wesley. U.S.A.
8. Papazian, Alfonso, Luzondo. *Simposio de Trastornos del Desarrollo. Trastornos de las funciones ejecutivas* En Revista Neurología 2006; 42:S45- S50.