

CLINICA PARA EL TRATAMIENTO DE DEFICIT DE ATENCION

LOS TRASTORNOS POR DEFICIT DE ATENCION (AD/HD)

POR:

**Dr. Pablo Antonio Thalassinós
Psicólogo Clínico Pediátrico**

Este desorden es la etiqueta diagnóstica más reciente para niños que presentan problemas significativos de atención, impulsividad e hiperactividad. Se considera que esta es la razón más común de referencia a los Psicólogos y/o tratantes de la conducta, en casi todos los países.

Escribiremos una serie de artículos para elaborar sobre este tema, iniciando ahora algo sobre su historia y desarrollo del concepto.

George Still y Alfred Tredgold, han sido los primeros autores que presentaron un enfoque serio y dieron una explicación científica a las condiciones conductuales de estos niños. Tan temprano como en el año 1902, Still describió a 43 niños, de su práctica privada que eran agresivos, desafiante, resistentes a la disciplina y excesivamente emocionales o apasionados, quienes además mostraban poca inhibición de su voluntad. Estos niños, muchas veces manifestaban inatención a las reglas, crueldad, actitud rencorosa y deshonestidad. Su característica especial era que requerían una gratificación inmediata de su self.

En (1902) ya se hablaba de que el alcoholismo, la criminalidad y los desórdenes afectivos, tales como la depresión y el suicidio, eran relacionados biológicamente a los Trastornos por Déficit de Atención (TDA). Algunos de los niños estudiados manifestaban una historia de "daño cerebral" significativo o convulsiones, mientras otros no. Unos pocos estaban asociados a desórdenes de "Tics" o "microquinesias", quizás siendo ésta la primera vez que los desórdenes de Tics y el TDA se consideraban condiciones co-mórbidas.

Barkley reconoció recientemente (1998), que tanto como el 70% de los niños con desórdenes de Tics y el Síndrome de Tourette, se asocian al ADHD.



Aunque se ha reportado que algunos niños con este problema tienen una vida familiar caótica, la mayoría viene de hogares con estándares de crianza adecuados. Aunque podemos decir que muchas veces la sintomatología presentada por estos niños perturba el ambiente familiar, especialmente cuando los padres discrepan con relación al manejo de sus comportamientos perturbadores.

De 1908 a 1956 se utilizó la teoría de un daño cerebral temprano, leve y a veces sin detectar, para explicar fallas en el desarrollo tardío y deficiencias en el aprendizaje. Se consideraba ya entonces, que el mejoramiento temporal en la conducta, podría lograrse alterando el ambiente y por la instauración de una terapia de medicamentos. También se hizo énfasis en la necesidad de ambientes educativos especiales.

Estudios realizados entre 1923 y 1925, incorporaron tres características que son aún válidas hoy para los casos de ADHD. Estos niños, decían en aquel entonces, se caracterizaban por deficiencias o daños en 1) la atención, 2) la regulación de la actividad y 3) la impulsividad, así como de otras habilidades cognoscitivas, incluyendo la memoria, como también con comportamientos socialmente perturbadores.

De 1939 a 1952, se estudiaron a niños con traumas al nacer, infecciones cerebrales (i.e. sarampión), toxicidad de plomo, epilepsia y golpes en la cabeza. Estos casos fueron asociados a diferentes inhabilidades cognoscitivas y conductuales, incluyendo la tríada de síntomas de ADHD arriba mencionadas.

En 1947 nació el término de "niños con daño cerebral, a pesar de que muchos no contaban con suficientes evidencias de patología cerebral. En los años 1950 y 1960, este término evolucionó hacia el concepto conocido como "Daño Cerebral Mínimo", que eventualmente y por muchos años se llamó "Disfunción Cerebral Mínima".

En la década de los 70, la medicación con estimulantes se convirtió en el tratamiento de escogencia para los síntomas de los Trastornos por Déficit de Atención, que hasta la fecha se utiliza.

A finales de los años 50 y principios de los 60, aparecieron revisiones críticas cuestionando el concepto unitario del síndrome de daño cerebral en niños. A medida que la insatisfacción con el término de Disfunción Cerebral Mínima



(DCM) se acentuaba, éste desaparecía y se reconocía como vago, muy inclusivo, sin valor prescriptivo y sin evidencias neurológicas sólidas. Más tarde este término (DCM) fue reemplazado por etiquetas más específicas aplicadas a poblaciones más homogéneas de desórdenes cognoscitivos, de aprendizaje y de conducta, tales como dislexia, desórdenes del lenguaje, desórdenes del aprendizaje e hiperactividad. Estas etiquetas se basaban en la observación y descripción de los déficit de los niños.

Los años 1970 a 1979 fue la ascendencia de la utilización del término de Déficit de Atención (DA). Se empezó a definir al niño hiperactivo con características como impulsividad, lapso de atención corto, baja tolerancia a la frustración, distracción fácil y agresividad.

Virginia Douglas fue la que impulsó el nuevo término de "Déficit Atencional" (DA). Ella argumentó que el déficit en la atención sostenida y el control del impulso eran más vistos que la misma hiperactividad. En los años ochenta, Douglas elaboró su técnica de hiperactividad y se convirtió entonces en el modelo Douglas de Déficit de Atención.

Douglas hablaba de cuatro grandes déficits responsables por los síntomas del desorden por Déficit Hiperactivo de la Atención (ADHD). Primero, la inversión, organización y mantenimiento de la atención y el esfuerzo; Segundo, la inhibición de la respuesta de impulso; Tercero, la modulación de los niveles de excitación para llenar demandas situacionales; y Cuarto, una inclinación fuerte inusual de buscar refuerzo o volver a empezar inmediatamente

Estos estudios de Douglas fueron influyentes para que la Asociación Americana de Psiquiatría utilizara la clasificación de ADD en su Manual de Diagnósticos DSM III. También concluyeron que la hiperactividad era muy situacional en la naturaleza en los niños. De allí el AD/HD, o sea Déficit Atencional con o sin Hiperactividad.

Los años 90 vieron desarrollos significativos en el campo del ADHD. En 1994, se establecieron nuevos criterios para este desorden, en el DSM - IV, aportando varias mejoras al DSM III-R. Aquí vuelven a introducir

criterios para el diagnósticos de pura "inatención", que es similar a lo que era ADD sin hiperactividad, que apareció por primera vez en 1980. Durante la



década de los 90, el punto de vista prevaleciente se concentró en los factores genéticos y neurológicos, aunque este último es el más aceptado, según explica Barkley en 1998.

En cuanto a los medicamentos, la utilización de farmacología en el manejo de este problema continúa aumentando su popularidad dramáticamente, en donde se demuestra la eficacia de los estimulantes, en el tratamiento de este problema. Barkley coincide en que el tratamiento con medicación combinado con programas de tratamiento psicosocial y educativos, siguen siendo la norma de recomendación para el manejo del Déficit Atencional.

Para concluir, permítanme decirles que el Trastorno por Déficit de Atención debe ser una preocupación para padres y maestros - debemos estar atentos a la aparición de ciertas dificultades que los niños tengan en:

- Poner atención
- Aprender a deletrear o leer
- Recordar hechos matemáticos
- Completar tareas
- Recordar información
- Comprensión
- Haber trabajado muy duro para lo logrado

El desorden por déficit de Atención con Hiperactividad es reconocido en los estudios de Douglas y Barkley, quienes manifiestan, al igual que el DSM-IV, que su inicio, por lo menos en la mitad de ellos, ocurre antes de los cuatro años. Mientras, que el ADHD tiende a ser evidente a través de la niñez, con una incidencia de entre 3 y 5 por ciento de la población, sus características observables son menores en el adulto. Aquellos jóvenes y adultos, según McCarney, que continúan demostrando características de ADHD tienden a mostrar señales más obvias de Trastornos Negativista (Oposicional) Desafiante o de Desorden de Conducta. Mientras que el funcionamiento tanto social como escolar es afectado, por lo general resultando en cierto grado de fracasos en la escuela, el niño con ADHD no es formalmente diagnosticado como tal hasta que él o ella entren en la escuela. Sin embargo los pediatras de hoy están tan bien versados en este problema, que ya desde muy temprano predicen este problema y refieren el niño al psicólogo o al neurólogo.



REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3th ed.,rev.). Washington, DC: Author.

Barkley, Russell A. (1998). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: The Guilford Press.

Douglas, V.I., / Peters, K.G. (1979). *Toward a clearer definition of the attentional deficit of hyperactive children*. New York: Plenum.

Lee, Kang. (2000). *Childhood Cognitive Development*. Oxford: Blackwell Publishers.

Snowling, Margaret J. (2000). *Dyslexia*. Oxford. Blackwell Publishers.

Wicks-Nelson, Rita, / Israel, Alen C. (1997). *Behavior Disorders of Childhood*. New Jersey: Prentice Hall.