

DESORDEN DEFICITARIO DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD

Orlando L. Villegas*

En el presente artículo, el autor describe brevemente el Desorden Deficitario de Atención e Hiperactividad como una de las posibles explicaciones causales en casos donde las capacidades intelectual y de aprendizaje se encuentran conservadas y, sin embargo, el rendimiento académico es pobre con eventuales calificativos excepcionales. Se presenta consideraciones generales referidas a definiciones y síntomas, etiología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

The following paper briefly describes the Attention Deficit Hyperactivity Disorder as probably responsible for low academic performance in cases where the intellectual ability and learning skills do not show any impairment. The paper discusses general definitions, symptoms, etiology, diagnosis, treatment, and prognosis.

* Psicólogo Clínico de Niños y Adolescentes (Oakland-Michigan).

Tanto en la práctica privada como en el ejercicio de tareas psicopedagógicas es común encontramos con niños cuyo rendimiento académico no responde a las expectativas creadas una vez conocido el potencial intelectual. Padres y profesores se cuestionan sobre el bajo rendimiento académico en un alumno cuya capacidad intelectual, por momentos, se hace evidente. No se cuestiona el potencial, se cuestiona la conducta que se asemeja a la de un alumno con pocos recursos intelectuales. El alumno en cuestión obtiene eventualmente altas calificaciones, no realiza sus tareas, no presta atención en clase, es el “payaso” del salón. Sin embargo, sorprende a todos cuando en un examen obtiene un calificación sobresaliente, o realiza intervenciones no esperadas en un alumno con pobre rendimiento académico. El comentario “si se lo propone puede mejorar su rendimiento”, o “si presta más atención mejorará sus notas” es característico en los encuentros entre padres y profesionales encargados de la educación o del soporte psicológico del alumno. En casa, el niño es capaz de sentarse al frente del televisor por horas e involucrarse en actividades de interés por largos períodos de tiempo prestando atención.

Las primeras medidas correctivas del problema se orientan a descartar algún tipo de problema de aprendizaje y/o la presencia de factores emocionales que bloquean la capacidad para un mejor rendimiento académico. Los primeros resultados no revelan problemas de aprendizaje, siendo adecuado el potencial para lectura, escritura, aritmética etc. Los resultados preliminares de las evaluaciones de personalidad revelan baja autoestima, impulsividad y posibles dificultades para una adaptación positiva al medio ambiente. El trabajo psicoterapéutico no produce los resultados esperados en lo referente a rendimiento académico.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, existe la posibilidad de estar confrontando un viejo problema que ha cambiado de nombre a través de los años y que hoy en día la Oficina Mundial para la Salud diagnóstica como Síndrome Hiperkinético de la Infancia (World Health Organization, 1978) y la Asociación Psiquiátrica Americana diagnóstica como Desorden Deficitario de Atención e Hiperactividad (APA, 1987).

Definiciones y Síntomas

La Organización Mundial para la Salud en su novena clasificación de enfermedades (WHO 1978) considera el código 314 para describir el Síndrome Hiperkinético de la Infancia. Este diagnóstico implica síntomas tales como extrema actividad, pobre capacidad para la organización en actividades diversas, y distracción. Al mismo tiempo se ofrecen cinco códigos alternativos:

- 314.0 - Desorden simple de actividad y atención, sin mayor alteración de la conducta o retraso en capacidades específicas.
- 314.1 - Hiperkinesia con alteraciones específicas en las adquisiciones del lenguaje y lectura.
- 314.2 - Conducta hiperkinética asociada con otros desórdenes de conducta, pero sin retraso en el desarrollo general.
- 314.8 - Otros.
- 314.9 - No específico.

La Asociación Psiquiátrica Americana en su tercera revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales DSM III (APA, 1980) en su capítulo sobre desórdenes evidenciados en la infancia, niñez, o adolescencia provee el código 314 para describir el Desorden Deficitario de Atención. Se especifican 3 códigos:

- 314.01 - Desorden Deficitario de Atención con Hiperactividad.
- 314.00 - Desorden Deficitario de Atención sin Hiperactividad.
- 314.80 - Desorden Deficitario de Atención tipo residual.

La versión revisada de la DSM II que aparece en 1987, DSM III-R, (APA, 1987) considera sólo dos códigos alternativos:

- 314.01 - Desorden Deficitario de Atención e Hiperactividad.
- 314.00 - Desorden Deficitario de Atención Indiferenciado.

La descripción de este desorden según el DSM III-R es como sigue:

1. Deficiencia en la función de atención a niveles inesperados tomando en cuenta la edad cronológica del niño.
2. Impulsividad.
3. Hiperactividad.
4. El grado en que aparecen los tres síntomas precedentes varía de niño a niño.
5. Los síntomas antes descritos aparecen en la mayoría de situaciones tales como el colegio, el hogar y otras situaciones sociales, variando en intensidad de niño a niño. En algunas ocasiones los síntomas se hacen presentes en una sola situación, por ejemplo en el hogar, pasando inadvertido en otras circunstancias.

6. Los síntomas se intensifican cuando la situación requiere mayor atención.
7. En niños en edad pre-escolar la actividad excesiva es lo más característico, mientras que en adolescentes lo que predomina es la inquietud generalizada.
8. En la mitad de los casos los síntomas aparecen a la edad de cuatro años, pero en la gran mayoría no se manifiestan hasta el inicio de las actividades escolares.

Barkley (1981) presenta una lista detallada de problemas específicos asociados a este desorden:

Area	Problema Específico
Conducta	Baja capacidad de atención Distraibilidad Inquietud Bajo control de impulsos Destructividad
Social	Interacción social deficiente No obedecen órdenes Agresión, mentiras y robo Beligerancia y falta de respeto Pobre autocontrol Dificultad para resolver problemas sociales
Cognitiva	Retardo en el lenguaje Falta de atención Dificultades intelectuales Sentido común poco desarrollado Capacidad deficiente para prever eventos futuros
Académica	Rendimiento por debajo de lo esperado para los recursos intelectuales
Emocional	Depresión Baja autoestima Excitabilidad Inmadurez en el control emocional Frustración Variaciones extremas en el humor

Finalmente Barkley detalla problemas físicos tales como alergias, problemas respiratorios, infecciones del oído medio, enuresis, períodos cortos de sueño, alta tolerancia al dolor y coordinación motora pobre.

Friedman y Doyal (1987) se refieren a la diferenciación entre síntomas primarios y síntomas secundarios. Los síntomas primarios y característicos de todo niño hiperactivo son la impulsividad, la distraibilidad y la hiperactividad. Los síntomas secundarios son el resultado de la interacción de los síntomas primarios con el medio social. La mayoría de estos niños son criticados, corregidos, y castigados más frecuentemente que los niños no hiperactivos. Como parte de los síntomas secundarios los más resaltantes son la baja autoestima y la pobre tolerancia a la frustración.

En lo referente a este desorden deficitario de atención en la edad adulta Wender (1987) señala siete características:

1. Problemas de atención que se atenúan en actividades que concitan interés, pero que se acentúan en labores rutinarias y de poco interés. Este problema se hace muchas veces evidente en lecturas y en conversaciones.
2. Hiperactividad manifiesta en dificultades para permanecer sentado por largos períodos de tiempo, nerviosismo e inquietud generalizada.
3. Impulsividad apreciándose un bajo autocontrol, tendiendo a actuar sin pensar, o tomando decisiones apresuradas que resultan en perjuicio personal o de negocios.
4. Cambios de ánimo frecuentes y sin mayor explicación.
5. Desorganización y dificultad para completar tareas una vez iniciadas, pasando de actividad en actividad dejando inconclusas la mayor parte de ella.
6. Mal humor y reacciones explosivas.
7. Baja tolerancia a la frustración y al estrés.

Etiología

Hasta la actualidad no ha sido posible identificar el factor responsable de este desorden. Se cuenta con teorías que encuentran mayor o menor soporte en las investigaciones que se realizan. A continuación revisamos algunas de las teorías más importantes sobre las causas de este déficit de atención:

Neurotransmisores. Zametkin y Rapoport (1987) sostienen que la eficacia de algunos medicamentos en el control de este desorden no garantiza la teoría de que alteraciones a nivel de los neurotransmisores ocasiona el problema. Wender (1984) encuentra valores elevados en los metabolitos de neurotransmisores obtenidos del líquido espinal de hiperactivos. Los resultados en esta área son contradictorios y no permiten precisar exactamente el rol de los neurotransmisores en el problema.

Dieta. Fiengold (1974, 1975a, 1975b) propone que los síntomas de hiperactividad se deben a la intolerancia del organismo a los aditivos, colorantes y salicilatos agregados a los productos naturales para la alimentación.

Factores genéticos y de nacimiento. Wender (1987) propone que este desorden es el resultado de factores temperamentales que el niño presenta desde el nacimiento. Este investigador sostiene que ningún hecho durante el proceso de socialización del niño es capaz de generar síntomas de hiperactividad, si es que no se cuenta con la predisposición temperamental. Friedman y Doyal (1987) señalan por su parte, que este desorden no se hereda directamente pero sus investigaciones muestran que el problema aparece en varios miembros de una misma familia en diferentes generaciones.

Factores bioquímicos. Diferentes investigaciones de orina, sangre, plaquetas y líquido cerebro-espinal no arrojan mayor evidencia causal del problema.

Hipótesis de la Serotonina. Estudios realizados no son concluyentes sobre la validez de esta hipótesis como explicación causal.

Hipótesis de la dopamina. Estudiosos de esta hipótesis indican resultados similares a los obtenidos estudiando la hipótesis de la Serotonina.

Factores neurológicos. Rutter (1977) propone que menos del 5 por ciento de niños hiperactivos muestran signos de lesión cerebral. Barkley (1981) encuentra semejanzas entre la conducta de hiperactivos y la conducta de personas y primates con lesión prefrontal. Corboz y Cuenod (1984) describen síntomas equivalentes a hiperactividad en ratas recién nacidas y con lesión cerebral. Finalmente, no se cuenta con factores concluyentes a nivel neurológico que expliquen por sí solos la presencia del desorden atencional.

Diagnóstico

No se cuenta con un instrumento que por sí solo diagnostique el Desorden deficitario de Atención e Hiperactividad. Se trata de un proceso indirecto, lo que implica el diagnóstico de los síntomas más importantes en forma independiente uno de otro. Son varios los instrumentos requeridos. La observación directa es

uno de los más importantes, siendo varias las personas involucradas en este proceso. Se requiere de información proporcionada por los padres, profesores y otros profesionales vinculados en el caso (psicólogos, psiquiatras, neurólogos etc.).

La colaboración de los padres de hace evidente a través de información pertinente a la evolución del niño desde el proceso de gestación hasta el momento actual, incluyendo antecedentes familiares. Igualmente se requiere que los padres llenen listados de conductas, identificando la frecuencia con que esas conductas se hacen evidentes en el niño. Los profesores informan sobre la frecuencia de conductas sintomáticas del desorden. Para padres y profesores se cuenta con cuestionarios y listados de conductas con validez en los Estados Unidos y otros países donde los procedimientos de estandarización, validez y confiabilidad se han llevado a cabo utilizando la población del medio. De estos instrumentos los desarrollados por Connors (Barkley, 1981) son los mas usados. Después de algunas revisiones Connors elabora dos cuestionarios, uno para padres y otro para profesores. Ambos cuestionarios proporcionan información sobre conductas equivalentes a síntomas de hiperactividad, problemas de conducta, problemas de aprendizaje y otras escalas.

Entre las pruebas psicológicas más usadas se encuentran:

1. La Escala Revisada de Wechsler para Niños-WISC-R (Wechsler, 1974). Los subtests más discriminativos son los de Aritmética, Códigos, Información y Retención de Dígitos;
2. Las Escalas de Habilidades para Niños de McCarthy, 1972);
3. Las Escalas de Inteligencia de Stanford-Binet (Stanford-Binet Intelligence Scales, 1973).

Finalmente los informes psiquiátricos y neurológicos proporcionan valiosa información, especialmente cuando el diagnóstico implica un enfoque diferencial.

Tratamiento

El tratamiento requiere un enfoque multidisciplinario donde padres de familia, profesores, terapeutas y profesionales en medicina trabajen idealmente en forma combinada para obtener el mayor beneficio. En general, el tratamiento se focaliza en el mejor control de los síntomas de hiperactividad, lo que muchas veces requiere más bien un manejo del medio, que la eliminación de síntomas.

Los padres deben proporcionar un ambiente suficientemente estructurado que permita al niño hiperactivo seguir normas y reglas de conducta sin darle mayor opción de elección. Recordemos que el hiperactivo es desorganizado, y si

puede elegir, el producto final será generalmente desordenado. Se espera de los padres amplia colaboración, principalmente con los dos aspectos siguientes: ambiente familiar altamente estructurado, proporcionando órdenes o instrucciones las más precisas y específicas posible de manera que el niño hiperactivo no se sentirá confundido. Para ejemplificar esto último, valga decir que si esperamos la colaboración del niño con la limpieza del dormitorio, las instrucciones serán: “anda a tu cuarto, recoge la ropa del piso y ponla sobre tu cómoda”, una vez ejecutada se proporcionará la siguiente orden, evitando dos o más instrucciones a la vez. Ordenes tales como “anda y arregla tu cuarto” están destinadas a un rotundo fracaso dado que la noción de “arreglar” adquiere un sinnúmero de significados en la mente del hiperactivo.

Los profesores, una vez que comprendan las limitaciones y posibilidades del hiperactivo, podrán estructurar estrategias a fin de contrarrestar los problemas de atención y los síntomas secundarios que resultan interferentes con el normal desenvolvimiento de las rutinas académicas.

El trabajo terapéutico apunta tanto a los síntomas primarios, como a los secundarios; sin embargo se hará mayor énfasis en los síntomas secundarios los que, una vez establecido, resultan tan o más perturbadores que los síntomas primarios. El enfoque cognitivo y conductual resulta muy beneficioso cuando se pretende abordar los síntomas primarios.

El tratamiento médico aparece como indispensable, a tal punto que pueden resultar ineficaces muchas de las actividades de otros profesionales, si no se cuenta con el medicamento adecuado. Con excepciones que confirman la regla, los casos de hiperactividad requieren medicamentos que controlan temporalmente los síntomas primarios de la hiperactividad. Se consideran tres tipos de medicación en este tratamiento. En primer lugar, los Estimulantes utilizados por primera vez en 1937 por Bradley (Bradley, 1937) en el tratamiento de desórdenes de conducta en niños. Se considera en este grupo la Dextro-anfetamina (Anfetamina), el Metilfenidato (Ritalin), y el Cylert. Los efectos son los siguientes: ampliación de la capacidad de atención, el paciente aparece más calmado y menos activo, el paciente aparece más asequible y con mejor disposición para cumplir instrucciones, y mayor sensibilidad a las necesidades de otros y mejor disposición frente a las normas de disciplina. Aproximadamente dos tercios de los hiperactivos responden positivamente a este grupo de medicamentos. El segundo grupo de medicamentos involucra los tranquilizantes mayores tales como Cloropromasina, Meleril, Stelazine, y Haldol. Por último los Antidepresivos Tricíclicos tales como la Imipramine (Tofranil) y Amitriptilina (Elavil).

Finalmente y dada la popularidad del factor dietético en el tópico de hiperactividad mencionamos las recomendaciones de Feingold (1974) para el tratamiento de la hiperactividad, no sin antes precisar que una gran parte de la

teoría de Feingold no ha encontrado sustento en investigaciones de carácter científico. Feingold sugiere suprimir de la dieta del hiperactivo ciertos productos entre los que se cuentan: almendras, manzanas, duraznos, cerezas, pepinillos, pasas, naranjas, ciruelas, tomates, té, y productos que contienen aditivos artificiales.

Pronóstico

Hoy por hoy se considera que el niño hiperactivo será hiperactivo cuando adulto, lo que no significa que la conducta será la misma. El tratamiento adecuado permite a más del 70 por ciento de niños hiperactivos desarrollar técnicas y estrategias que le permitan un mayor control de la impulsividad y de los problemas de atención a la vez que el tratamiento incrementará su habilidad para controlar factores ambientales. Cuando adulto escogerá una actividad que no involucre mayor concentración y en situaciones sociales que requieran tranquilidad, el hiperactivo podrá adaptarse de manera que la sintomatología no interfiera. En el 30 por ciento restante se espera la aparición de desórdenes mayores de conducta.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3er ed.). Washington, DC: Authors.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3er ed. revised). Washington, DC: Authors.
- Barkley, R.A. (1981). *Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Bradley, C. (1937). The behavior of children receiving benzedrine. *American Journal of Psychiatry*, 94, 577-585.
- Corboz, R. J., and Cuenod, M. (1984). Biological correlates of ADD. In L.M. Bloomingdale (Ed.). *Attention deficit disorder: Diagnostic, cognitive, and therapeutic understanding*. New York: SP Medical and Scientific Books.
- Feingold, B. F. (1974). *Hyperkinesis and learning difficulties (H-LD) linked to the ingestion of artificial colors and flavors*. Paper presented at the annual meeting of the American Medical Association, Section of Allergies, Chicago, June 24.
- Feingold, B. F. (1975a). Hyperkinesis and learning disabilities linked to artificial flavors and colors. *American Journal of Nursing*, 75, 797-803.
- Feingold, B. F. (1975b). *Why your child is hyperactive*. New York: Random House.
- Friedman, R. J., and Doyal, G. T. (1987). *Attention deficit disorder and hyperactivity*. Illinois: The Interstate Printers and Publishers, Inc.
- McCarthy, D. (1972). *McCarthy Scales of Children's Abilities*. New York: The

Psychological Corporation.

- Rutter, M. (1977). Brain damage syndromes in childhood: Concepts and findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18, 1-21.
- Stanford-Binet Intelligence Scale. (1973). Boston: Houghton Mifflin.
- Wechsler, D. (1974). *Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised*. New York: The Psychological Corporation.
- Wender, P. (1984). Remarks on the neurotransmitters hypothesis. In L. M. Bloomingtondale (Ed.), *Attention deficit disorder: Diagnostic, cognitive, and therapeutic understanding*. New York: SP Medical and Scientific Books.
- Wender, P. (1987). *The hyperactive child, adolescent, and adult: Attention deficit disorder through the lifespan*. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization. (1978). *Glossary in accordance with the ninth revision of the International Classification of Diseases*. Geneva: Authors.
- Zametkin, R. M., and Rapoport, J. L. (1987). Neurobiology of attention deficit disorder with hyperactivity: Where have we come in 50 years? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26 (5), 676-686.