

## MODELO CONCEPTUAL OPERATIVO DEL TDAH (1)

---

La identificación de un niño o adolescente con TDAH requiere la puesta en marcha de un proceso evaluador, a lo largo del cual se recogerá la información que se considere relevante, pertinente y suficiente, en base a la conceptualización de este trastorno.

Habitualmente, la identificación de niños hiperactivos se ha abordado desde dos perspectivas diferentes, una médica y otra psicológica. En ambos casos la información que se recoge incluye datos sobre el comportamiento, de los niños o adolescentes de quienes se pretende identificar o descartar la presencia de un TDAH, siguiendo en la mayoría de los casos criterios diagnósticos propuestos por las clasificaciones DSM-III/IV o CIE-9/10. Además, se incluyen datos bioquímicos o bioeléctricos, cuando la identificación se lleva a cabo desde la perspectiva médica, y datos sobre hábitos de conducta y habilidades, cuando se realiza desde la psicológica.

Así pues, el tipo de datos a recoger así como la amplitud de los mismos viene, necesariamente, guiada por el modelo conceptual adoptado por los evaluadores.

La exposición previa del modelo conceptual en el que se basa el Protocolo de Evaluación que proponemos, detalladamente expuesto en el “Curso Autónomo de Conceptualización, Identificación, Valoración y Tratamiento del TDAH” (García Pérez y Magaz, 2000), servirá para que se comprenda con más facilidad el motivo y la finalidad de cada uno de los instrumentos que se presentan.

Un resumen esquemático de dicho Modelo se encuentra representado en la Figura 1. Según el esquema representado en esta Figura, el modelo conceptual que proponemos establece la necesidad de analizar las diversas manifestaciones conductuales del TDAH, no como un síndrome conductual, sino como un conjunto de problemas relacionados funcionalmente entre sí, de la manera siguiente:

El núcleo del problema está constituido por una diferencia biológica en este grupo de personas, caracterizada por un funcionamiento cerebral anómalo, con respecto a la norma de la especie. Esta deficiencia en el funcionamiento biológico puede analizarse desde diversas perspectivas:

- a) Desde una perspectiva bioquímica, el TDAH puede manifestarse como una diferencia en el equilibrio de neurotransmisores en determinadas zonas del cerebro, sin embargo, esta diferencia no es exclusiva de este trastorno por lo cual, no es posible utilizar estos hallazgos como elemento diagnóstico. (Zametkin y Rapoport, 1987, en Cabanyes, J. y Polaino-Lorente, 1997; Taylor, E., 1991).

---

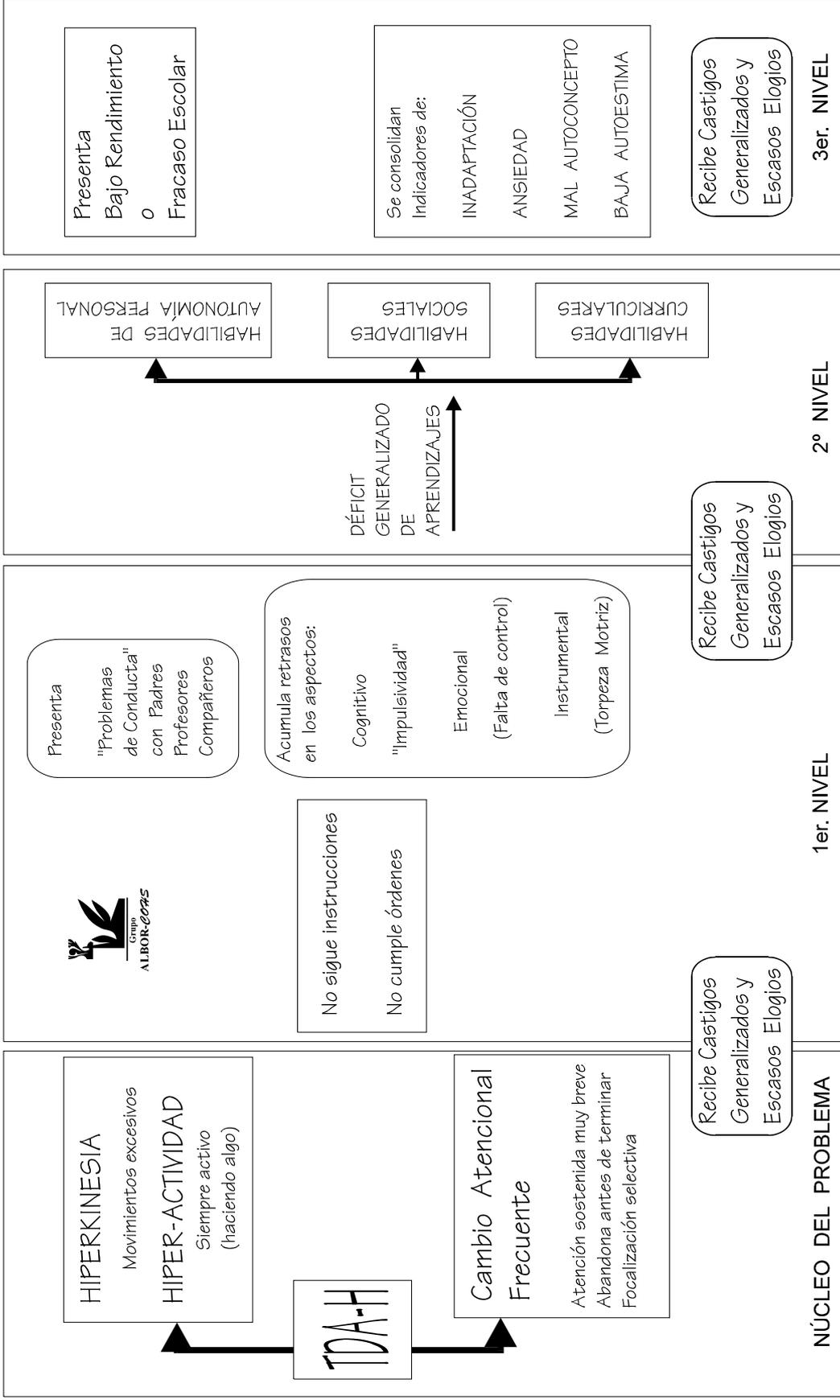
<sup>1</sup> Modelo Conceptual del TDAH

- b) Desde una perspectiva bioeléctrica, puede manifestarse como ciertas alteraciones en el trazado EEG, sin embargo, como en el caso anterior, estas anomalías, cuando se presentan, tampoco constituyen un elemento de identificación del TDAH (Cabanyes, J. y Polaino-Lorente, 1997).
- c) Desde una perspectiva neuropsicológica, parece manifestarse un rendimiento deficitario en tareas en las que intervengan ciertas áreas del lóbulo frontal. Igualmente, estos resultados son inconsistentes para constituir elementos diagnósticos relevantes (Cabanyes, J. y Polaino-Lorente, 1997).
- d) Desde una perspectiva comportamental, la manifestación directa del trastorno, lo que consideramos, por lo tanto, "núcleo del problema", lo constituye una actividad motriz excesiva y un cambio de atención muy frecuente (Taylor, E., 1991).

En la primera infancia, desde los seis-doce meses hasta los cinco-seis años, la hiperkinesia en todo lugar y todo momento es la observación más común; a partir de los siete años y, mucho más, a partir de los diez-doce años, la hiperkinesia generalizada se reduce, manifestándose en comportamientos motrices más sutiles: tamborilear los dedos, cambios frecuentes de postura corporal, caminar de un sitio para otro, jugar con objetos en las manos,... y aparece más claramente la hiperactividad, entendida ésta como el hecho de estar siempre ocupado/a en algo, no estar ocioso/a prácticamente nunca.

Dada la constatación de que durante el tiempo de actuación de sustancias psicoestimulantes, (especialmente metilfenidato) administradas a niños o adolescentes con TDAH, se reduce de manera drástica la hiperkinesia y aumenta la capacidad atencional de los sujetos, consideramos plausible la hipótesis de que la sustancia química sustituye funcionalmente a la hiperkinesia/hiperactividad (HK-HA) y al cambio atencional frecuente (CAF).

Aceptada esta afirmación como principio axiomático (toda teoría tiene necesariamente, que elaborarse a partir algún axioma inicial...), interpretamos la hiperkinesia-hiperactividad y el cambio atencional frecuente, como recursos conductuales, espontáneos y naturales del organismo, para compensar el déficit constitucional biológico.



Por otra parte, esta explicación resulta congruente con los conocimientos actuales sobre los procesos implicados en la regulación de la atención:

1. Por una parte, conocemos bien que la llegada de toda información sensorial nueva, actúa, en el tronco cerebral, activando el Sistema Reticular Ascendente, consiguiendo así una elevación del nivel de activación bioeléctrica del córtex y facilitando el procesamiento de la información sensorial. (Taylor, E., 1991)
2. Por otra parte, sabemos también, que una vez procesada la nueva información sensorial, se produce el fenómeno de "habitación al estímulo", con una reducción del nivel de activación cortical. (Smith, C., 1972).

De acuerdo con esto, podemos admitir -como hipótesis de trabajo- que la hiperkinesia es un comportamiento totalmente funcional para el sujeto, dado que, con el envío periódico de estimulación propioceptiva (procedente de los músculos en movimiento) al tallo encefálico, se consigue la estimulación cortical necesaria. (Satterfield, J. et al., 1972)

Además, el cambio atencional constituye otra forma de auto estimulación. Cuando nos encontramos prestando atención sostenida a un contexto estimular relativamente estable, al poco tiempo se produce el fenómeno de la habituación y la consiguiente reducción de los niveles de activación cortical. Mediante el cambio de atención a un contexto diferente, se facilita una recuperación inmediata de los niveles de activación (Pérez y Pérez, D., 1978). Así se explica, por ejemplo, por qué los niños se mantienen con más facilidad atentos a los video-juegos. En la medida que el estímulo visual o auditivo cambia con mucha frecuencia, les resulta fácil mantener la atención en ellos. En cambio, en cuanto el estímulo visual es monótono la distractibilidad es máxima.

Según este planteamiento, consideramos el TDAH como el resultado de una deficiencia biológica, consistente en una alteración funcional de las estructuras cerebrales responsables de la regulación de la atención, los cuales, por una razón que todavía desconocemos, no consiguen proporcionar un nivel de activación suficiente para el procesamiento de la información; por lo cual, el organismo procede con dos recursos naturales: la hiperkinesia y el cambio atencional frecuente.

Aunque el núcleo del trastorno es el mismo, el desarrollo de cada niño con TDAH es diferente, dependiendo de otras características personales -entre las cuales destaca su capacidad intelectual- y de las actitudes y hábitos educativos de sus padres y maestros.

Cuando el niño/a tiene buena inteligencia, y sus padres y profesores conocen las necesidades de su hijo o alumno, por estar identificado como un niño con TDAH desde la primera infancia, la comprensión y tolerancia del exceso de movimiento y el cambio atencional frecuente, junto con el empleo de estrategias adecuadas de enseñanza de habilidades, favorecerán una evolución óptima del niño con TDAH: sin problemas de comportamiento graves y con un buen rendimiento académico.

Sin embargo, es más frecuente que los niños con TDAH tengan padres y profesores que, desconociendo sus necesidades, les exigen los comportamientos característicos de niños de su edad, no toleran el exceso de movimiento ni el cambio atencional frecuente, y, desconocedores de las estrategias educativas más adecuadas para el aprendizaje de habilidades cuando están presentes estos déficits, emplean con ellos las habituales. Esto constituye el principal factor de riesgo para la aparición de los problemas de comportamiento social, rendimiento académico deficiente y baja autoestima, tan frecuentes en los niños/as hiperactivos/as que, en múltiples ocasiones, se incluyen como componentes de un "síndrome" de similares características en todos los afectados.

La evolución más probable del niño hiperactivo, cuando no se realiza una identificación temprana, antes de los 5 ó 7 años, y se emplean estrategias educativas inadecuadas, o no se le entrena en las habilidades deficitarias suele ser la siguiente:

La Hiperkinesia y el Cambio Atencional Frecuente constituirán factores predisponentes del sujeto que dificultarán la adquisición de todo tipo de aprendizajes.

En un Primer Nivel de explicación de los déficits secundarios al núcleo del TDAH encontramos:

La falta de atención, lleva también al niño/a a no memorizar las instrucciones que recibe, lo que le imposibilita su cumplimiento, o el cumplimiento de forma inadecuada; lo cual vuelve a ser una fuente de castigo por parte de sus padres y maestros. Este estilo de comportamiento suele ser interpretado como desobediencia y mala fe por parte del niño/a, lo que provoca ira en los educadores, aumentando así la probabilidad de tratarlo con medidas exclusivamente disciplinarias y punitivas.

Los retrasos de aprendizaje más relevantes son todos los relacionados con habilidades cognitivas. Si los aprendizajes instrumentales les resultan más difíciles que a los demás, debido a su falta de atención, y en este caso los estímulos antecedentes y consecuentes, así como el comportamiento motriz son manifiestos, mucho más difícil resulta para ellos adquirir todo un conjunto de destrezas cognitivas que deben ser explicitadas por los modelos: padres, maestros, compañeros, etc.. y a las cuales deben prestar suficiente atención.

Por esta razón, el comportamiento impulsivo: reaccionar a los contextos estimulares en función de las meras características físicas del estímulo y de la emoción asociada a él, se mantiene presente como pauta de conducta en situaciones diversas, sin ser sustituido progresivamente por una pauta de conducta reflexiva: activar el sistema cognitivo ante la percepción de una emoción y aplicar todo un conjunto de destrezas cognitivas: identificar la demanda del medio, generar alternativas diversas, anticipar consecuencias a corto/largo plazo, elegir una alternativa personal y socialmente aceptable, etc.

De este modo, se explica por qué, tradicionalmente, se considera la pauta de comportamiento impulsiva, formando parte indisoluble del antes denominado "síndrome conductual: impulsividad, hiperkinesia y déficit de atención".

En realidad, el niño/a con TDAH no tiene un "exceso de impulsividad", sino un "déficit de reflexividad", que, aunque parezca lo mismo, pero dicho de un modo diferente, es algo completamente diferente a la hora de planificar el tratamiento. En el primer caso, tendríamos que plantearnos una estrategia de "reducción de un exceso: la impulsividad" y en este segundo caso, tendríamos que plantear una estrategia de "adquisición o incremento de un déficit: reflexividad" (Bornas, X. Servera, M., y Galván, M.R., 2000).

Por otra parte, en este Primer Nivel de explicación del TDAH (Figura 1) incluimos los déficits de control emocional y la falta de control motriz fino.

En el caso del control emocional, éste se adquiere, a lo largo del desarrollo: primera y segunda infancia, a través de habilidades cognitivas (Davis, M. et al., 1985).

Mediante la adquisición de un sistema de valores que minimiza las pérdidas y maximiza los logros, de una forma asertiva de pensar, de una fluidez y amplitud de pensamiento alternativo y consecuencial (Spivack, G. y Shure, M., 1974) se consigue adoptar un sistema cognitivo mediante el cual poder reducir la intensidad de las emociones que activan los acontecimientos: agresiones, frustraciones, etc. o incluso, cambiar el tipo de emoción inicialmente desencadenada.

Por otra parte, la torpeza motriz viene a ser una forma más de poner de manifiesto una ausencia de auto-regulación del comportamiento. Los movimientos se realizan de manera brusca y rápida, lo que se puede interpretar como falta de cuidado, de previsión, es decir, de ausencia de reflexión suficiente.

Si la torpeza motora se debiera a un problema estrictamente motriz, se pondría de manifiesto constantemente, lo que no sucede en estos casos: cuando se incentiva al niño por escribir, dibujar o moverse con cuidado, despacio y de acuerdo con unos criterios de calidad "que puede cumplir en función de su entrenamiento previo", no tiene ningún problema para hacerlo. Ahora bien, observamos que cuando la tarea

propuesta se alarga, entonces, progresivamente va manifestando fatiga, aparecen indicadores de tensión, inquietud y deseo de terminar de cualquier modo o bien abandonar la tarea (García Pérez, E.M.; ENFÓCATE, 1999).

Obviamente, la generalización a todo tipo de ambientes: lugares y personas, de estos déficits, favorece la instauración de lo que se denominan comúnmente "problemas de conducta" o situación de "inadaptación social".

El niño/a, que empieza su desenvolvimiento en el medio familiar y escolar, con comportamientos puramente impulsivos, a falta de experiencias previas y de desarrollo cognitivo (García Pérez, E.M. y Magaz, A, 2000), no consigue establecer relaciones de contingencia entre los contextos estimuladores sus comportamientos y las consecuencias. Por esta razón, empieza a manifestar retraso en la adquisición de habilidades de autonomía personal y en habilidades de relación interpersonal (habilidades sociales).

El retraso en habilidades de autonomía lo lleva a depender excesivamente de los demás para su auto cuidado, con las consiguientes recriminaciones de sus padres y maestros.

Asimismo, el retraso acumulado en la adquisición de habilidades curriculares básicas constituye un factor de riesgo para la aparición de retrasos curriculares o bien fracaso escolar.

La falta de habilidades de relación social: cómo pedir las cosas, rechazar peticiones, preguntar, compartir, hacer frente a las provocaciones, evitar agresiones, etc. son nuevos elementos que favorecen, por una parte, la constatación permanente de su incapacidad para tener éxito en las relaciones con los demás (frustración personal) y, por otra, seguir recibiendo críticas verbales y gestuales, y castigos de diverso tipo.

El resultado de esta situación se representa en el cuadro de la Figura 1, como Segundo Nivel. En él, encontramos déficits de habilidades de autonomía personal, déficits de habilidades sociales (tanto cognitivas como instrumentales) y primeros déficits curriculares; todos ellos caracterizados por comportamientos inadecuados que, en la mayoría de los casos, son castigados por los educadores.

Finalmente, llegamos al tercer nivel de explicación del trastorno. Por lo general, la identificación de los casos con TDAH se lleva a cabo con notable retraso, respecto a cuando sería deseable. Por lo general, cuando estos niños y niñas se detectan e identifican tienen más de ocho años de edad. En esta edad, lo general es encontrar en la práctica totalidad de ellos los siguientes indicadores conductuales:

1. Niveles de Ansiedad y Estrés elevados, aunque con pocas manifestaciones clínicas, como fobias, miedos nocturnos u otros trastornos de ansiedad. En algunos casos aparecen trastornos psicofisiológicos previos: asma, eczema, estreñimientos o diarreas, mareos, etc.
2. Inadaptación social, manifestándose con dificultad para establecer y mantener amistades y presencia habitual de malas relaciones con adultos e iguales.
3. Mal auto concepto y Baja Autoestima, como no podía ser menos tras constatar día a día, semana a semana, mes a mes y año tras año, que es valorado muy negativamente por casi todo el mundo que lo conoce y, además, comprobar su ineficacia en diversas áreas.

A este respecto, podemos destacar que, en la escala de adaptación personal (ajuste consigo mismo/a) de las Escalas Magallanes de Adaptación (García P. y Magaz, 1998) hemos podido constatar un nivel muy bajo en la mayoría de los adolescentes con TDAH.

4. Fracaso Escolar o Bajo Rendimiento. En muchos escolares con TDAH es frecuente encontrar o un claro fracaso escolar: imposibilidad de alcanzar los objetivos curriculares mínimos para el nivel escolar en que se encuentra, o bien un rendimiento inferior al que podría obtener en caso de dedicar más tiempo o poner más cuidado en sus tareas de estudio o de ejecución (evaluaciones). Este rendimiento bajo es el resultado de la escasa dedicación a tareas de aprendizaje desde la primera infancia, lo que suele conllevar diversos retrasos en habilidades básicas. Si, además, se combina con un nivel intelectual bajo o límite, la probabilidad de que se establezca una situación de fracaso escolar generalizado es muy alta.

\*\*\*\*\*