

# **DE LA CONDICIÓN A LA SITUACIÓN. UN MODELO PREVENTIVO DE LOS TRASTORNOS POR DIVERSOS DÉFICIT DE ATENCIÓN**

**FROM THE CONDITION TO THE SITUATION. A PREVENTIVE MODEL OF ADHD**

**E. Manuel García Pérez**

*Director Técnico del Grupo ALBOR-COHS, Madrid  
Luis Vives,11 Alcalá de Henares, 28803 Madrid*

*albormadrid@gmail.com*

## **Resumen**

Sólo se puede prevenir un trastorno cuando éste se conceptualiza como una situación temporal en la que se encuentra una persona, como resultado de la interacción de factores del contexto social en el que se desenvuelve y de sus características personales. En el tema que nos ocupa, los déficit de atención pueden ser muy variados, en función de los efectos de unas condiciones biológicas permanentes, de los factores de mantenimiento de dichos déficit y del grado de adaptación y ajuste con el medio escolar y familiar, que en todos los casos se pueden explicar con un modelo bio-psico social.

Uno de los problemas que encuentran los profesionales de la educación en este tema es la consideración de los TDAs como una entidad única: déficit de atención, como mucho con dos variantes: con o sin hiperactividad. La solución que proponemos se basa en el “modelo de los 5 factores de la atención” formulado por Mirsky y sus colaboradores en 1.991.

Como conclusión de la aplicación combinada del modelo psicológico interconductual y del modelo neuropsicológico de Mirsky se evidencia la necesidad de realizar una evaluación diferencial que permita identificar cada clase de “déficit de atención” y una evaluación psico-educativa para conocer el perfil de habilidades, factores protectores del contexto de cada escolar, así como sus déficit y factores de riesgo.

Palabras Clave: TDAs, prevención, condición y trastorno

## Abstract

You can only prevent a dysfunction when this is conceptualized like a temporary situation in which a person is, as a result of the interaction of factors of the social context and the personal characteristics. In this presentation, the deficit of attention can be very varied in due to the effects of some permanent biological conditions, the factors of maintenance of this deficit and the grade of adaptation and adjustment with the school and family. It can be explained with a bio-psico-social model in all the cases.

One of the problems that find the professionals of education in this topic is the consideration of ADHDs as an unique entity: deficit of attention, or with two variants: with or without hyperactivity. The solution that we propose is based on the "pattern of the 5 factors of the attention" formulated by Mirsky and its collaborators in 1.991.

In conclusion if we combined the interbehavioural (Kantor, J.) model and Mirsky's Attention Model, it is necessary to carrying out a differential evaluation that allows to identify each class of "deficit of attention" and a psico-educational evaluation to know the profile of abilities, protective factors of each schoolchild, as well as its deficit and factors of risk.

Keywords: ADHDs, prevention, condition and situation of dysfunction

### **1.1. Del "Déficit de Atención con Hiperactividad" al "Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad"**

Comúnmente las personas hablamos de salud física y de salud mental. La salud física se refiere a un perfecto estado de funcionamiento de los órganos y tejidos del cuerpo, de modo que una persona con diabetes o con insuficiencia cardiaca, respiratoria o renal, se reconoce como "persona enferma".

La salud mental es un término que se emplea para describir estados permanentes o temporales (de días, semanas, meses o incluso años) caracterizados por un malestar emocional variable. Es decir, la persona no tiene ninguna enfermedad física, pero presenta ansiedad, estrés, tristeza, abatimiento, sensación de inseguridad, estados frecuentes de ira, pérdida del apetito, del interés por las cosas, excesivo interés por alguna sustancia, etc. En realidad, la distinción entre salud mental y salud física es artificiosa y resultado de las teorías clásicas que consideraban al hombre compuesto por dos naturalezas, una de carácter material, físico, y otra de carácter espiritual e inmaterial ("res extensa" y "res cogitans", respectivamente, según proponía el filósofo francés Descartes).

El conocimiento científico ha hecho evidente que es siempre el funcionamiento de diversos órganos y tejidos del cuerpo el que hace posible y explica los estados emocionales, los pensamientos, sentimientos y acciones; así como, también, las diversas funciones corporales: respiración, digestión, etc.

El estado de funcionamiento "normal" es el que presentan la mayoría de los individuos de un grupo étnico. Cuando algún aspecto del funcionamiento "normal" es distinto en uno o varios individuos, se considera a éstos diferentes y se cuantifica esta diferencia hablándose entonces de "déficit" o "exceso". Un buen ejemplo es la estatura, las personas con la estatura media de su grupo étnico son considerados normales y los de talla inferior "bajitos/as" (o sea, con déficit de estatura) y los de talla superior "altos" (estatura "excesiva")

La talla es una característica física de las personas, posiblemente relacionada con los genes de sus antepasados y, por lo tanto, determinada congénitamente. Si un niño, joven o adulto, de estatura inferior a la media de su grupo, es bien aceptado por los demás y los elementos físicos de su entorno, están adecuados a su estatura, esta persona se desarrolla con "normalidad" y puede gozar de una vida plena, siendo considerado una persona con "buena salud". Ahora bien, supongamos que esta persona sufre burlas y vejaciones por parte de algunos individuos de su entorno, relacionadas todas ellas con su estatura: lo insultarán, le manifestarán menosprecio, lo excluirán de algunas actividades.

Quizás no pueda participar en algunas actividades deportivas,.... Supongamos además que las perchas para colgar los abrigos están situadas a tal altura que no puede llegar a ellas con facilidad: siempre tendrá que pedir ayuda a otros o subirse a un taburete o silla. Imaginen lo mismo con los pupitres y sillas de la escuela: siempre le tienen que proporcionar una silla o pupitre correspondiente a un nivel escolar inferior...

Si el entorno social, muestra comprensión, tolerancia y aceptación a la característica "estatura baja" o "déficit de estatura", esta persona se integra socialmente en el grupo y se desarrolla con normalidad.

Si el entorno físico, se adapta a la estatura: perchas a una altura inferior, pupitres y sillas adaptados,... esta persona se integra y se desarrolla con normalidad. En ambos casos, al menos con relación a su estatura, la persona no tiene por qué manifestar estados de ansiedad, estrés, ira, menosprecio, mal auto-concepto, baja autoestima, ni necesita involucrarse en episodios de afirmación ante los demás (agresividad), o retraerse en las relaciones sociales... Es decir, se percibe a sí mismo y es percibido por los demás como una persona "sana".

Veamos ahora la situación desde el punto de vista anterior:

Este niño, desde el comienzo de su escolaridad, debido a su "deficiente estatura, de naturaleza congénita y parecida a la de otros individuos similares pero minoritarios", recibe críticas, comentarios menospreciativos y desvalorizantes, sufre exclusión social, resultándole difícil o imposible integrarse con los iguales. Esto es una situación permanente de agresión y de frustración, lo que conlleva episodios de ira y posiblemente de agresiones verbales y gestuales a los demás, así como conductas no cooperativas con ellos.

Añada la frustración permanente que supone no llegar a las perchas, a los timbres, a los botones o interruptores,..., no disponer de sillas o mesas adecuadas a su estatura,... Seguramente aumentará la ira y la disposición a agredir y no colaborar con quienes son los responsables de sus frustraciones.

Este niño/adolescente no se percibe responsable de su estatura. Quizás preferiría ser más alto, pero sencillamente, no lo es. Igual que otros niños/adolescentes es posible que pertenezca a un grupo de población que ha heredado unos caracteres genéticos que determinan su estatura y el ritmo de su crecimiento. ¿Está enfermo por ello? ¿Acaso la característica genética que determina la estatura de los pigmeos africanos es una enfermedad?. Naturalmente que la explicación fisiológica sobre el ritmo de crecimiento se basará en una regulación hormonal y que, quizás, una hormona sintética pudiera favorecer el crecimiento. Si así fuese, entonces, la administración de esta hormona sintética produciría un crecimiento suficiente para "normalizar" al niño. Ahora ya tiene estatura normal, (¿ya no está enfermo?) y ahora ya no es necesario que se bajen las perchas para él, ni que le traigan sillas o mesas especiales,...Ya no está frustrado, luego ya no tiene ira, ya no se siente mal...

Ahora lo llaman para participar en actividades deportivas (ya no está excluido), desaparecen los insultos y las vejaciones,...

Claro está, con la estatura normal, ya no sufre problemas de adaptación física, ni escolar, ni familiar, ni social y, por lo tanto, ya no se siente mal ni agrede a los demás para defenderse o autoafirmarse.

¡Ya no está enfermo!

¿Qué es pues un "trastorno mental" y qué hace que una diferencia biológica (congénita) lleve a una situación de "enfermedad"?

**Un trastorno es una situación de inadaptación, de desajuste al medio escolar, familiar, social,.., que se manifiesta por un estado emocional alterado de manera habitual (ansiedad, ira, retraimiento,...) a causa de la forma en que el entorno (escolar, familiar, social) interactúa con la persona que presenta unas características físicas o de comportamiento que tienen su origen en una diferencia constitucional (adquirida o heredada)**

Por esta razón, desde que el conocimiento científico, basado en los hechos y no en las creencias, descartó la existencia de lesión cerebral o daño cerebral en los niños y adolescentes denominados hasta entonces con "Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad", este tipo de personas han pasado a ser consideradas desde el punto de vista médico profesional, como niños o adolescentes con un "Trastorno por... Déficit de Atención con Hiperactividad". De esta manera se asume que se trata de un problema de conducta y no de un problema físico (trastorno de conducta en lugar de trastorno físico) y que puede constituirse en un problema de salud, en tanto en cuanto, la forma en que el entorno trata al niño o adolescente con la condición biológica DAH, provoca o favorece situaciones de inadaptación con los consiguientes estados emocionales alterados y comportamientos socialmente inadecuados.

## **1.2. Fundamentos conceptuales de dos categorías diagnósticas diferentes: DAH/TDAH y DA/TDA**

El interés por el TDAH ha llevado a los profesionales al diseño y elaboración de instrumentos de diversa naturaleza orientados a mejorar u optimizar los procesos de diagnóstico diferencial con otros trastornos. Sin embargo, la mayoría de los instrumentos elaborados en los últimos 20 años han tenido una eficacia bastante limitada debido, por una parte a errores estructurales en el contenido de las escalas: principalmente de validez de constructo y de fiabilidad, y, por otra parte, a causa de haberse diseñado con el pre-judicio de dar por válidos los criterios de las clasificaciones diagnósticas DSM o CIE.

En el último caso, a medida que los estudios más rigurosos van poniendo de manifiesto que los criterios clasificatorios adoptados por la APA en 1994 al aprobar el DSM-IV: una sola categoría diagnóstica (TDAH) y tres subtipos (Hiperactivo-Impulsivo, Inatento y Combinado) ha sido un error (Lahey y otros, 1985, 1987, 1988, 2002; Milich y otros, 2001; Carlsson y Mann, 2002; Bauermeister y otros, 2002; Bauermeister, Barkley y otros, 2005), han quedado obsoletos aquellos instrumentos que, al diseñarlos, el autor o autores no han tenido en cuenta la diferenciación entre personas con la condición DA+H y aquellas con la condición DA-H, lo que impide llegar a un diagnóstico diferencial claro entre TDAH y TDA.

Desde otra perspectiva, por diversas razones, entre las que quizás se encuentre la falta de experiencia en el diseño de instrumentos de evaluación conductual, se han cometido errores importantes que afectan a la validez de los instrumentos o a su fiabilidad.

A fin de poder adecuar los procesos de diagnóstico diferencial de los TDAs a los conocimientos empíricos actuales y adelantándonos a lo que muchos investigadores consideran que propondrá el futuro DSM-V o la CIE-11, hemos elaborado unas nuevas escalas de observación conductual con el objetivo de poder identificar de manera clara a los niños, adolescentes y adultos con la condición DA o DAH (ESMIDAS) bajo los presupuestos generales siguientes:

1. El constructo a medir se define previamente de manera explícita, concreta y operativa.
2. Las escalas que evalúan el constructo serán congruentes con la estructura conceptual del mismo.
3. Los elementos de cada escala expresarán distintas manifestaciones conductuales del constructo o sus componentes estructurales.
4. La condición Déficit de Atención con Hiperactividad es independiente de la condición Déficit de Atención sin Hiperactividad, por lo que deben evaluarse con escalas independientes.
5. Los indicadores conductuales de hiperkinesia, hiperactividad y déficit de atención son diferentes en distintas etapas del desarrollo (niñez, adolescencia, adultez) por lo que deben construirse escalas diferentes.
6. La presencia de indicadores conductuales no es requisito suficiente para afirmar la presencia de "trastorno". Debe recogerse información complementaria que permita confirmar la existencia de indicadores de inadaptación familiar, escolar, laboral, social y/o personal, relacionados con los indicadores de la condición.

7. La identificación de la condición es dicotómica y no cuantitativa. Esto es: la condición se posee o no se posee, pero no se posee en grados (leve, moderado, grave)
8. La situación de "trastorno por ..." no es dicotómica, sino cuantitativa. El grado de afectación debe valorarse tanto en amplitud (cantidad de áreas afectadas: familiar, escolar, laboral, social, personal,...) como en intensidad (leve, moderado, grave, muy grave,...)

### Déficit de Atención con Hiperactividad/TDAH (Hiperactivos)

La **condición "Déficit de Atención con Hiperactividad"** viene definida por la presencia de tres clases de indicadores conductuales agrupados bajo los criterios siguientes (CIE-10 y DSM-IV subtipo Combinado):

- a. Manifestaciones conductuales que ponen de manifiesto dificultad habitual para mantenerse inactivo/a, quieto/a, tranquilo/a motrizmente (hiperkinesia o hiperactividad)
- b. Manifestaciones conductuales que ponen de manifiesto dificultad habitual para mantener la atención en tareas de tipo motriz o instrumental (déficit de atención sostenida a tareas motrices)
- c. Manifestaciones conductuales que ponen de manifiesto dificultad habitual para mantener la atención en tareas de tipo cognitivo (impulsividad cognitiva o déficit de reflexividad)

La **situación de "Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad"** se establecerá, como condición clínica, siempre y cuando, de la información obtenida a través de entrevista, escalas, inventarios o tests psicométricos, empleados con padres, profesores u otras personas que se ocupan de manera habitual de la educación del niño o adolescente, o bien del propio interesado, se pueda afirmar que existen problemas significativos de índole escolar (bajo rendimiento o fracaso escolar), familiar (problemas de conducta en casa o en la escuela), social (exclusión por los compañeros o amigos) o personal (ansiedad, estrés, problemas de sueño, indicadores de baja autoestima,...) todos ellos relacionados directa o indirectamente con los comportamientos antes citados (a, b y c). Véase la Figura 1:

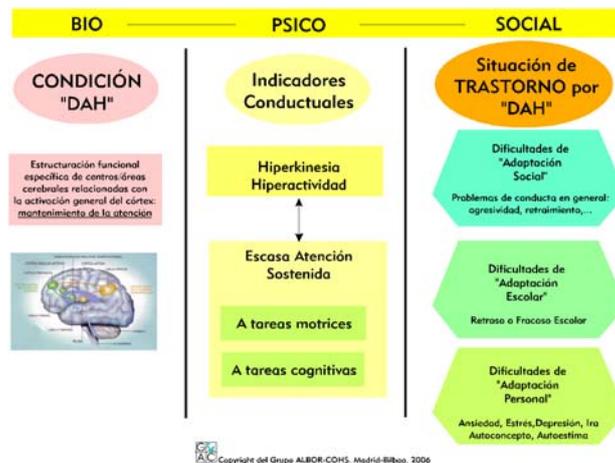


Figura 1: Modelo biopsicosocial explicativo del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

De acuerdo con el presente modelo, consideramos que una determinada configuración biológica de ciertas estructuras cerebrales, hoy en día todavía no identificadas, explica las manifestaciones comportamentales características de las personas con la condición “déficit de atención con hiperactividad”. Esto es, el movimiento y los cambios de foco atencional frecuentes, se explicarían por un funcionamiento específico de parte del cerebro. Sin embargo, comportarse de esta manera -minoritaria en el grupo poblacional- no conlleva necesariamente la aparición de problemas de adaptación social, escolar, laboral o personal.

Es la interacción habitual del niño, adolescente o adulto, con el entorno familiar, escolar y social, la que favorece, desencadena o mantiene, bien situaciones de bajo rendimiento o fracaso escolar (dificultades de adaptación escolar); bien problemas de conducta en el hogar familiar o en la escuela (dificultades de adaptación social); bien problemas en el ámbito laboral, de las relaciones con las amistades,..., las cuales pueden favorecer situaciones de estrés, baja autoestima, crisis depresivas, etc., que definen la situación clínica de “trastorno”. Al relacionarse estos problemas de manera directa a la condición DAH, la situación clínica recibe la denominación de “Trastorno por... Déficit de atención con Hiperactividad” (DSMIVTR, CIE-10)

### **Déficit de Atención sin Hiperactividad/TDA (Inatentos)**

La **condición "Déficit de Atención sin Hiperactividad"** viene definida por la presencia de dos clases de indicadores conductuales agrupados bajo los criterios siguientes (ausentes actualmente en DSM-IVTR y en CIE-10):

- a. Manifestaciones conductuales que ponen de manifiesto dificultad habitual para seleccionar el foco de atención (baja eficacia atencional o DEA)
- b. Manifestaciones conductuales que ponen de manifiesto lentitud en la ejecución de tareas, bien sean éstas de naturaleza motriz o cognitiva.

De manera análoga al caso anterior, la **situación de "Trastorno por Déficit de Atención sin Hiperactividad"** se establecerá, como condición clínica, siempre y cuando, de la información obtenida a través de entrevista, escalas, inventarios o tests psicométricos, empleados con padres, profesores u otras personas que se ocupan de manera habitual de la educación del niño o adolescente, o bien del propio interesado, se pueda afirmar que existen problemas significativos de índole escolar (bajo rendimiento o fracaso escolar), familiar (problemas de conducta en casa o en la escuela), social (exclusión por los compañeros o amigos) o personal (ansiedad, estrés, problemas de sueño, indicadores de baja autoestima,...) todos ellos relacionados directa o indirectamente con los comportamientos antes citados (a y b).

Véase Figura 2 en la cual se define esta condición como DEA, déficit de eficacia atencional.

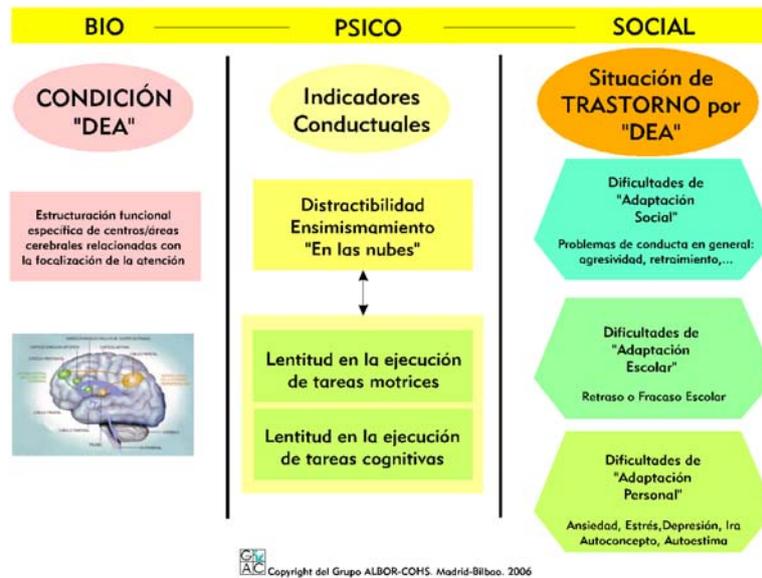


Figura 2: Modelo biopsicosocial explicativo del Trastorno por Déficit de Atención sin Hiperactividad (TDA)

De manera análoga al caso anterior, en el presente modelo consideramos que otra configuración biológica de ciertas estructuras cerebrales, tampoco identificada en la actualidad, explicaría las manifestaciones comportamentales características de las personas con la "condición" "déficit de atención sin hiperactividad": la lentitud motriz y cognitiva, además de la dificultad para seleccionar el foco relevante de atención. Sin embargo, comportarse de esta manera -minoritaria en el grupo poblacional- no conlleva necesariamente la aparición de problemas de adaptación social, escolar, laboral o personal.

Sigue siendo la interacción habitual del niño, adolescente o adulto, con el entorno familiar, escolar y social, la que favorece, desencadena o mantiene bien situaciones de bajo rendimiento o fracaso escolar (dificultades de adaptación escolar); bien problemas de conducta en el hogar familiar o en la escuela (dificultades de adaptación social); bien problemas en el ámbito laboral, de las relaciones con las amistades,..., las cuales pueden favorecer situaciones de estrés, baja autoestima, crisis depresivas, etc... que definen la situación clínica de "trastorno". Al relacionarse estos problemas de manera directa a la condición DA, la situación clínica recibe la denominación de "Trastorno por ... Déficit de atención" (DSM-IVTR, CIE-10)