

Editorial

¿Es el TDAH un trastorno atencional?

Mauricio Barrera Valencia

[DOI: 10.17533/udea.rp.v9n2a01](https://doi.org/10.17533/udea.rp.v9n2a01)

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH), es uno de los diagnósticos más prevalentes en la infancia y la adolescencia, con tasas que van desde el 5,29% al 7,1%. Su principal característica se asocia a “un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo del individuo” (DSM, 2013, p. 33).

Para realizar su diagnóstico clínico, se deben cumplir seis o más criterios de inatención y seis o más criterios de hiperactividad-impulsividad, los cuales se basan en la observación de la conducta en dos o más ambientes (normalmente la escuela y el hogar). No obstante, a pesar de ser un trastorno presente en los manuales de clasificación de la enfermedad mental desde los años setenta y contar con miles de publicaciones relacionadas con el tema, continúa siendo uno de los capítulos de la gnosiología psiquiátrica más polémicos. Varias son las razones que explican esta situación; estas incluyen desde una resistencia, principalmente por parte de los padres al uso de medicación psiquiátrica, hasta cuestionamientos en relación con la existencia o no de dicho trastorno; al respecto, quisiera enfocarme en un aspecto en particular, relacionado con

Para citar este texto en APA:
Barrera-Valencia, M. (2017). ¿Es el TDAH un trastorno atencional? *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 9(2), 5-8.
DOI: 10.17533/udea.rp.v9n2a01

las dificultades que existen a la hora de valorar los síntomas de inatención, durante el proceso de evaluación del niño o adolescente.

En general, se puede afirmar que al hacer el diagnóstico de TDAH, la mayoría de los clínicos toman los criterios del DSM, a manera de una lista de chequeo de síntomas (ver tabla 1).

Al revisar con detalle las conductas descritas en la tabla 1, se puede ver que todas son conductas observables en la mayoría de los niños y que pueden estar ligadas a situaciones perfectamente normales. Estas van, desde la fatiga y el cansancio, hasta el estrés normal por situaciones relacionadas con la dinámica familiar o las tensiones propias de la vida escolar. Incluso, las conductas descritas en la tabla 1, se ajustan bastante bien a otros diagnósticos de la infancia como la ansiedad (Daviss, Daviss, & Persaud, 2018), la depresión (Roy, Oldehinkel, & Hartman, 2017), el trastorno obsesivo compulsivo (Spaniard, 2017) y el trastorno de estrés postraumático (Barnett, Cleary, Neubacher, & Daviss, 2018; Barrera, Calderón, Trejos & O'Boyle, 2017), entre otros.

Esto lleva a considerar los síntomas de inatención de forma bastante imprecisa, con al menos 38 posibles causas de inatención (Goodman & Poillion, 1992). Si bien una buena entrevista clínica, que no se limite únicamente a verificar la presencia o no de síntomas, arroja luces sobre las causas de la conducta inatenta, persisten dudas al momento de hacer una adecuada formulación de caso, debido principalmente a la

dificultad para establecer si las conductas de inatención constituyen o no el núcleo central de los problemas del niño. Esta situación lleva a plantear si el eje alrededor del cual se debe conceptualizar el TDAH es precisamente su aspecto atencional.

El planteamiento no es nuevo; en un artículo publicado por Denckla en 1996, la autora sostiene que el TDAH no pareciera tanto un trastorno de *inatención* sino más bien de *intención* de la conducta. Dicho en otras palabras, las alteraciones observadas en estos niños sugieren, no tanto un problema en sus procesos atencionales, sino más bien un problema en los mecanismos regulatorios. A lo largo de los últimos diez años, este argumento ha ido ganando evidencia a su favor, principalmente a partir de los estudios de neuroimagen funcional, los cuales sugieren precisamente que son los mecanismos de control inhibitorio, los que pudieran estar primariamente afectados en el TDAH. En esta línea de trabajo está por ejemplo el estudio adelantado por Hart, Chantiluke, Cubillo, Smith, Simmons, Brammer, Marquand y Rubia, (2014), quienes utilizando un enfoque de "machine learning", evaluaron 30 participantes con TDAH y 30 controles. Sus

Tabla 1: Criterios diagnósticos de inatención según el DSM 5

a	Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades.
b	Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.
c	Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente
d	Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales
e	Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
f	Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
g	Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades.
h	Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos.
i	Con frecuencia olvida las actividades cotidianas.

resultados apuntan a redes neuronales asociadas específicamente a control inhibitorio, las cuales clasificaron correctamente el 90% de los casos con TDAH.

Un segundo componente que parece ser central en el TDAH, se relaciona con la memoria de trabajo, la cual lleva a perder de vista la meta de una conducta particular (como hacer la tarea de matemáticas, para recibir una buena nota al día siguiente) y a una incapacidad para traer al momento presente las consecuencias de una conducta del pasado (haber recibido una mala nota por no llevar la tarea la semana pasada). Los estudios de Van Hulst, Zeeuw, Rijks, Neggers y Durston, (2017), ofrecen una buena evidencia en relación con esto. En su investigación, crearon una condición de expectativa temporal y de contenido, mediante la cual evaluaron las diferencias en la activación cerebral entre niños con TDAH y sus controles. Sus resultados sugieren una hipoactivación frontal al realizar las tareas de expectativa temporal, lo cual plantea una incapacidad para mantener en memoria de trabajo una información para resolver una tarea.

En conclusión, la evidencia disponible parece decantarse a favor de la idea de que el componente atencional tal vez no sea el síntoma central que caracteriza este trastorno; más bien, son las dificultades en los procesos de autorregulación y de memoria de trabajo, las que parecieran ser el núcleo de los problemas que presentan estos niños. Verlo de esta forma permite, entre otras cosas, entender las dificultades en la regulación emocional, no como un epifenómeno producido por las dificultades de adaptación del niño, sino como un aspecto central (vg. las pataletas, la impulsividad y los cambios en el estado de ánimo). También permite explicar por qué los niños pueden permanecer

dos horas jugando video juegos y son incapaces de permanecer quince minutos haciendo la tarea. Los video juegos ofrecen una consecuencia inmediata, por lo que no se hace necesario hacer uso de la memoria de trabajo para poder establecer la relación entre conducta y consecuencia, mientras que hacer la tarea de matemáticas no produce ninguna consecuencia inmediata que el niño pueda vincular. Finalmente, esta forma de conceptualizar este trastorno, podría explicar por qué la medicación y el tratamiento psicoterapéutico, parece funcionar bien con unos niños y ser un completo desastre en otros niños con el mismo diagnóstico (Barkley, 2015). Es muy probable que en los niños en donde no esté funcionando el tratamiento, haya que reevaluar el caso buscando otras posibles explicaciones de los síntomas de inatención. Pero claro, esto requerirá la realización de nuevos estudios que puedan confirmar o descartar esta idea.

Referencias

- Barkley, R. A. (2015). Executive Functioning and Self-Regulation Viewed as an Extended Phenotype: Implications of the theory for ADHD and its Treatment. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 405-434). New York, NY, US: Guilford Press.
- Barnett, E. R., Cleary, S. E., Neubacher, K., & Daviss, W. B. (2018). Post-Traumatic Stress Disorders and ADHD. In *Moodiness in ADHD* (pp. 55-72). Cham: Springer.
- Barrera-Valencia, M., Calderón-Delgado, L., Trejos-Castillo, E., & O'Boyle, M. (2017). Cognitive Profiles of Post-Traumatic Stress Disorder and depression in Children and Adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(3), 242-250.
- Denckla, M. B. (1996). Biological Correlates of Learning and Attention: What is Relevant to learning Dis-

bility and Attention-deficit Hyperactivity Disorder?. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 17(2):114-119.

Godman, G. & Poilion, M. J. (1992). ADD: Acronym for any Dysfunction or Difficulty. *The Journal of Special Education*, 26(1), 37-56.

Hart, H., Chantiluke, K., Cubillo, A. I., Smith, A. B., Simmons, A., Brammer, M. J., ... & Rubia, K. (2014). Pattern Classification of Response inhibition in ADHD: Toward the Development of Neurobiological Markers for ADHD. *Human Brain Mapping*, 35(7), 3083-3094.

Roy, A., Oldehinkel, A. J., & Hartman, C. A. (2017). Cognitive Functioning in Adolescents with Self-Reported ADHD and Depression: Results from a Population-Based study. *Journal of abnormal child psychology*, 45(1), 69-81.

Spaniardi, A. (2017). Moodiness Related to Anxiety and Obsessive-Compulsive Disorders in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(10), S95.

van Hulst, B. M., de Zeeuw, P., Rijks, Y., Neggers, S. F., & Durston, S. (2017). What to Expect and when to Expect it: an fMRI Study of expectancy in Children with ADHD Symptoms. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(5), 583-590.