

Aquest article mostra la comprensió actual sobre el diagnòstic de dèficit d'atenció en els infants i l'impacte que té en l'àmbit personal, familiar i escolar. Proposa alguns elements que s'han de tenir en compte a l'hora d'organitzar i planejar les intervencions escolars.

Com tots els diagnòstics relacionats amb la salut mental, el dèficit d'atenció ha evolucionat en consonància amb els canvis socials i els avenços en el camp de la ciència i la salut. Un breu recorregut per aquest diagnòstic mostra que el 1902 el metge anglès G. F. Still descriu infants amb característiques de comportament particulars: “significativa inatenció que afecta el seu rendiment escolar, excessiva inquietud motora, conductes agressives i impulsives, i incapacitat per interioritzar regles”, que va atribuir a “un defecte mòrbid en el desenvolupament moral”, la qual cosa implica dificultat per adequar-se a les normes socials (Grau, 2007), arribant als plantejaments de l'OMS el 1950, on va denominar aquest conjunt de símptomes “Desordre Impulsiu i Hiperactivitat”, i el 1980 l'American Psychiatric Association el va incloure en el *DSM-III*, classificant-lo en tres tipus: hiperactiu-impulsiu, amb falta d'atenció i combinat.

El 1994, la Health Information Network va publicar la *Guia per a pares*, en què s'especifiquen els criteris diagnòstics de tractament dins dels quals es va incloure el metilfenidat<sup>1</sup> com a alternativa terapèutica. No obstant això, i contràriament als descobriments ja esmentats, el 1998 l'Institut Nacional de Salut d'EUA va concloure que: a) “el 10% de les atrofies cerebrals vistes en pacients amb dèficit d'atenció, per mitjà de ressonància magnètica estructural cerebral, no eren ocasionades per aquesta ‘síndrome’, sinó pel llarg període de tractament amb metilfenidat/amfetamina”; b) “no hi ha dades que indiquin un mal funcionament cerebral relacionat amb el quadre”; c) “el nostre coneixement sobre

les causes que produeixen el dèficit d'atenció segueixen essent especulatives”; d) “no disposem d'estratègies documentades per a la seva prevenció” (Benasayag, 2007).

Actualment, al dèficit d'atenció se'l caracteritza per símptomes com la desatenció (dificultat per, a l'hora de centrar-se en una tasca particular, eliminar els estímuls que distreuen), la sobreactivitat que s'observa en el constant moviment corporal de l'infant, i la impulsivitat (els criteris diagnòstics del dèficit d'atenció es troben descrits en el *DSM-IV-TR*). Existeixen

**Actualment, al dèficit d'atenció se'l caracteritza per símptomes com la desatenció, la sobreactivitat que s'observa en el constant moviment corporal de l'infant, i la impulsivitat**

diverses perspectives que contribueixen a la comprensió del dèficit d'atenció; una d'elles és la que se centra en els aspectes mèdics d'aquest diagnòstic. Vera, Ruano i Ramírez (2007) plantejen que el TDAH és una entitat psicopatològica caracteritzada per un patró persistent de desatenció i/o hiperactivitat (que es consideren inapropiades per l'edat de desenvolupament);

<sup>1</sup> El metilfenidat (Ritalin, Ritalin SR, Methylin, Methylin ER) pertany als medicaments estimulants del sistema nerviós central. Actua modificant la quantitat de certes substàncies naturals que estan presents en el cervell. Es fa servir com a part d'un programa de tractament per controlar els símptomes de trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat en adults i infants; també es fa servir per tractar la narcolepsia.



aquest comportament s'ha de presentar abans dels set anys per un lapse de temps no inferior a sis mesos i almenys en dos àmbits distints, i implica trastorns perceptius, dificultats en l'aprenentatge, trastorns del llenguatge i la comunicació, i alteracions del son.

En els aspectes que involucren la neurobioquímica, s'ha plantejat que un desequilibri en les catecolamines<sup>2</sup> seria el responsable de les manifestacions del dèficit d'atenció; aquest desequilibri es manifesta amb un dèficit en la inhibició conductual i en l'autocontrol, que impedeix als subjectes hiperactius interioritzar i aplicar adequadament la memòria de treball, l'autoregulació de l'afecte, la motivació i l'alerta, la internalització del

<sup>2</sup> Substàncies que inclouen l'adrenalina, la noradrenalina i la dopamina. La noradrenalina i la dopamina actuen com a neurotransmissors en el sistema nerviós central i com a hormones en el torrent sanguini. Les catecolamines causen generalment canvis fisiològics que preparen el cos per a l'activitat física.

llenguatge (comportament governat per regles, reflexió), i la reconstitució (síntesi del comportament, fluïdesa verbal), la qual cosa provoca que els nens amb dèficit d'atenció tinguin una gran dificultat per guiar les seves conductes mitjançant autoinstruccions i per frenar les seves pròpies conductes inapropiades (Vera, Ruano i Ramírez, 2007).

Com es pot notar, les definicions anteriors sobre el dèficit d'atenció defineixen el problema com una situació pròpia de l'individu i aliena al seu control; les seves accions són vistes com a dependents de la situació que pateix, i omet el paper del context. Això és el que passa quan s'observen les descripcions del context familiar i escolar en infants que han rebut aquest diagnòstic. Grau (2007) planteja que aspectes com la disfunció familiar, la falta d'habilitats parentals, les pràctiques de criança incoherents i la ineficàcia en l'ús d'estratègies disciplinàries, problemes psicoemocionals en els pares, falta de suports, etc.,

poden contribuir com a factors de risc que agreugen la presentació i continuïtat del dèficit d'atenció. L'autora assenyala que el dèficit pot afectar les relacions familiars, atesa la desobediència i impulsivitat de l'infant; així mateix, l'impacte del dèficit d'atenció en els germans s'evidencia en una relació problemàtica i una tendència per part dels més grans a responsabilitzar-se del seu germà amb dèficit d'atenció; esmenta estudis que posen de manifest que les principals diferències quant a mètodes de disciplina es produeixen en pares d'infants amb dèficit d'atenció i problemes de conducta associats. Finalment, considera que les famílies d'infants amb dèficit d'atenció manifesten pràctiques de criança més inadequades, en el sentit d'una utilització més freqüent de pràctiques de disciplina incoherent, amb les quals a l'infant no se li imposen límits i fins i tot se li reforcen conductes negatives.

**Els mestres es troben altament preparats per fer front a situacions que impliquen els processos d'aprenentatge, però hi podria haver un buit a l'hora de tractar els aspectes emocionals dels seus estudiants**

Pel que fa a la comprensió del dèficit d'atenció des del context educatiu, Dueñas (2007) planteja que l'alt interès en la investigació cognitiva i la seva aportació en la comprensió dels processos d'aprenentatge i desenvolupament d'estratègies didàctiques més eficients va implicar que l'eix de la investigació educativa fos quasi de manera exclusiva de les funcions cognitives dels subjectes, deixant de banda aspectes relacionats amb la dimensió emocional; no obstant això, s'evidencia que les dificultats d'atenció que presenten els estudiants afecten la seva dimensió emocional. Això posa de manifest que els mestres es troben altament preparats per fer front a situacions que impliquen els processos d'aprenentatge, però hi podria haver un buit a l'hora de tractar els aspectes emocionals dels seus estudiants.

S'ha mostrat que els estudiants diagnosticats amb dèficit d'atenció presenten dificultats per adequar-se a les activitats escolars habituals, com ara problemes en lectoescriptura, en matemàtiques, en dibuix, en lateralitat, en la ubicació espacial, en la coordinació motora, i en la discriminació de la grandària dels objectes (Vera, Ruano i Ramírez, 2007). El dèficit d'atenció de tipus mixt i de tipus hiperactiu es relaciona més amb trastorns de la conducta, mentre que el dèficit d'atenció amb predomini del dèficit d'atenció s'associa amb trastorns de l'aprenentatge, del llenguatge i/o de la coordinació.

Per la seva banda, DuPaul (2007) descriu que els infants afectats de dèficit d'atenció presenten comportaments no relacionats amb la tasca que estan realitzant i que la seva participació en activitats és baixa quan aquestes són passives. Així mateix, els comportaments impulsius associats amb el dèficit d'atenció sovint impliquen la interrupció de les activitats realitzades a l'aula i a altres espais, com parlar sense permís, abandonar el seu lloc, molestar altres estudiants i interrompre l'ensenyament docent. Això ha provocat que entre el 45% i el 84% dels casos es diagnosticui simultàniament amb desordre d'oposició desafiant, ja que alguns desafien i qüestionen les instruccions donades pel docent. DuPaul manifesta que aquests estudiants tenen més probabilitats de presentar fracàs escolar, ser ubicats a aules d'educació especial, o fins i tot abandonar la seva educació a secundària. No obstant això, alguns dels estudiants amb aquest diagnòstic segueixen estudis postobligatoris i obtenen resultats similars als dels estudiants no diagnosticats.

DuPaul (2007) planteja que els estudiants amb aquest dèficit també tenen dificultats per mantenir relacions positives amb pares, professors i altre personal del col·legi, ja que no segueixen les regles implícites d'una conversa, tendeixen a interrompre-la, no escolten atentament i parlen sobre aspectes irrelevants (Stroes, Alberts i van der Meere, 2003, citats per DuPaul, 2007); així mateix, poden interrompre de manera impulsiva activitats que fan

els seus pares, la qual cosa pot provocar que siguin exclosos d'aquestes.

Com s'observa, la visió que es té dels processos individuals, familiars i escolars no deixa molt ben parats els infants que han rebut aquest diagnòstic. Hi ha una constant desqualificació i connotació negativa dels seus comportaments i d'ells mateixos, a més de la falsa creença de la impossibilitat d'aprendre sota aquestes condicions.

La intervenció escolar tradicional en aquesta problemàtica s'ha orientat en el maneig en les dificultats de lectura i habilitats matemàtiques; s'ha trobat una alta eficàcia en la instrucció assistida per computador, en la tutoria a tots els companys de classe, en la tutoria dels pares a casa, o en el recolzament de tasques; en alguns casos, aquest tipus d'intervencions serveixen simultàniament per millorar les habilitats acadèmiques i el comportament atent i reflexiu (DuPaul,

### Els estudiants poden interrompre de manera impulsiva activitats que fan els seus pares, la qual cosa pot provocar que siguin exclosos d'aquestes

2007). També s'ha implementat la comunicació casa-col·legi, que involucra docents, pares i estudiants a l'hora d'identificar els comportaments escolars adequats que es volen aconseguir, dissenyar els reforçadors diaris que es poden subministrar, i mantenir una comunicació constant, preferiblement diària (Barkley, 2006, citat per DuPaul, 2007).

Fiorenza i Nardone (2004) descriuen com els professionals de la institució educativa intervenen en la situació a través de la formulació de situacions patològiques que ubiquen el problema dins de l'individu i obliden el context i l'estructura de les relacions. A causa d'això, l'infant amb dèficit d'atenció és objecte del seguiment constant de pares i docents per tal que cessi el seu comportament a classe i a casa, de manera que es converteix en portador d'una etiqueta estigmatitzadora que implica pautes de comportament pròpies d'aquesta.

Com es pot observar en els distints plantejaments esmentats, els accents estan posats en una visió des del dèficit, la incapacitat i la persistència del problema. No obstant això, una posició ecològica i complexa considera el diagnòstic de dèficit d'atenció com un fenomen amb propietats canviantes que genera possibilitats d'acció conjunta entre els diversos actors de la família, de la comunitat educativa i de l'equilibri de la salut, potenciant el desenvolupament i el curs d'evolució dels sistemes. És un

fenomen polideterminat, considerat més com una construcció social que com una entitat patològica, de manera que la valoració que se li dona i els recursos que es mobilitzen per afrontar-lo són mediats i es fan viables a partir de les significacions i pràctiques socials pròpies dels contextos socials.

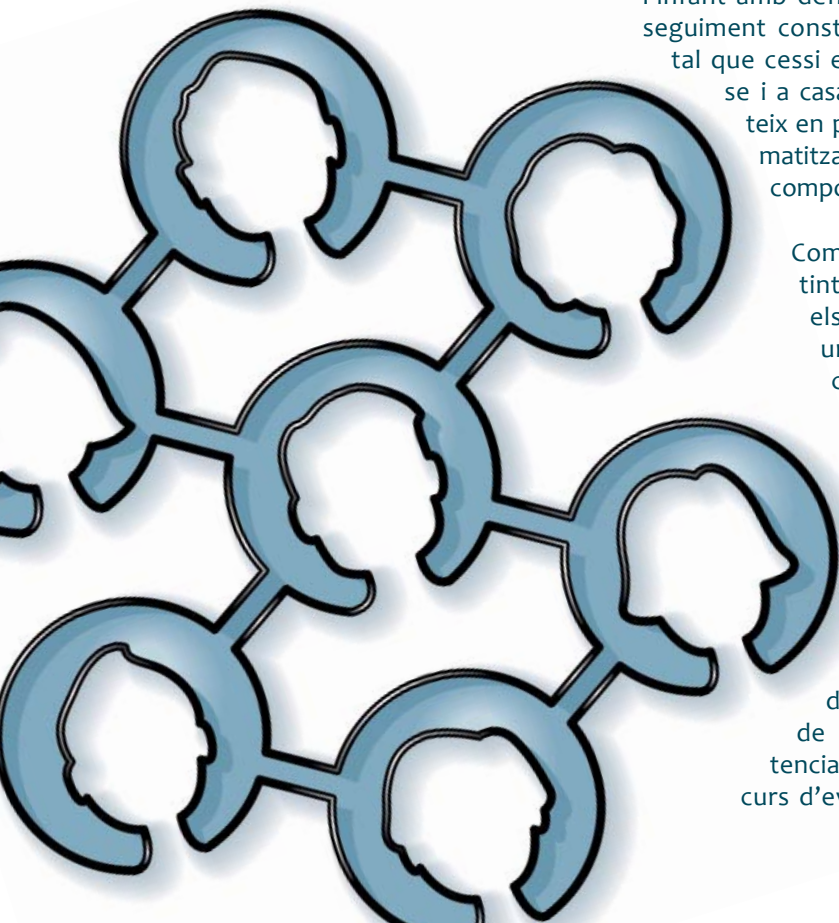
És freqüent que les institucions educatives considerin que alguns dels seus estudiants requereixen acompanyament per solucionar algunes de les seves situacions difícils. Campion (1987) planteja que se sol partir del supòsit que el comportament problema és inherent a l'infant i que forma part de la seva personalitat o de la seva intel·ligència. En aquest sentit, el psicòleg escolar assumeix el control de facilitar la solució del problema dirigint la intervenció directament a l'infant, evidenciant el supòsit que l'infant és portador del problema. No obstant això, en els anys 50 es van desenvolupar plantejaments que van centrar el focus d'atenció en l'estudi de grups més amplis (antropologia, sociologia), les relacions entre els individus i el seu entorn (comunicació, ecologia), i l'organització i funcionament dels sistemes complexos o autodirigits (teoria general de sistemes, cibernètica), a partir dels quals va sorgir el plantejament d'una epistemologia anomenada sistèmica (Kreuz i col·laboradors, 2009).

Aquests autors plantegen que, en el paradigma sistèmic, la naturalesa pot ser contemplada com un contínuum, ordenat de manera jeràrquica, en què les unitats més grans i complexes dominen les unitats més petites i menys complexes. En aquest sentit, les institucions educatives s'organitzen com a sistemes compostos per tres tipus de personal o membres, que formen un conjunt dinàmic i relativament estable: l'alumnat, el professorat, i l'equip directiu (educatiu i organitzatiu), juntament amb un quart element que és el psicològic escolar. D'aquesta manera, la institució escolar és un sistema format per múltiples subsistemes en relació, en els que es poden generar processos de canvi útils

per a tota la comunitat acadèmica. Kreuz i els seus col·laboradors (2009) plantegen que és més útil una comprensió circular dels fenòmens centrant-se en com es presenten, identificant les seqüències d'interacció que formen part del manteniment del problema, en lloc d'una cerca del perquè, que fa referència a la causalitat basada en una comprensió lineal.

Des d'aquesta posició s'ha buscat involucrar la intervenció narrativa en la dinàmica escolar. La intervenció s'inicia des del moment en què el terapeuta escolta atentament qui consulta, el qual comenta la seva vivència entorn del que considera problemàtic. Aquestes **històries saturades del problema** han estat el relat dominant de la persona; el terapeuta assumeix, accepta i es pren seriosament la descripció del consultant, i a la vegada té clar que el seu relat és una part de la història; en aquest sentit, la teràpia narrativa pretén fer visibles i **engrandir** les històries que la persona omet en el seu relat, i que són una altra part de la història (Payne, 2000). S'apunta a l'ús d'intervencions que afavoreixin dos tipus de descripcions: la influència que el problema té i ha tingut en la vida de la persona, i la influència que la persona ha tingut i té en la **vida del problema**. Això implica intervencions en les que la persona recordi que ha aconseguit manejar, controlar, o guanyar/afrontar el problema, de manera que s'afavoreixi la construcció d'un relat que inclogui els moments en què el problema no ha envaït la vida de la persona. Aquesta nova narració inclourà records en els que es van fer evidents habilitats i recursos de la persona abans omesos en el seu relat.

Com una aproximació des de la posició narrativa, Nylund (2000, citat per Winslade i Monk, 2007) planteja una proposta que denomina "SMART APPROACH" (per les seves sigles en anglès) amb la finalitat de promoure intervencions escolars en els infants que han estat diagnosticats amb dèficit d'atenció. Aquest plantejament, construït a partir de la intervenció narrativa, proposa una estratègia que obri pas a la definició contextual del problema que





promogui processos de canvi. Nylund planteja cinc passos:

1. **Separar el problema del dèficit d'atenció de l'infant.** Implica una conversa amb l'infant en la que el dèficit d'atenció és anomenat des del vocabulari de l'infant.
2. **Mapar les influències del problema en l'infant, la família, els docents i el grup de pares.** Des d'aquesta posició no es qüestiona la definició del problema des de l'aspecte mèdic, biològic o social; així mateix, permet retre compte d'un relat més ampli.
3. **Buscar les excepcions de la història del dèficit d'atenció.** Es tracta de formular preguntes que permetin conèixer àrees de la vida de l'infant que s'hagin mantingut separades de la història del dèficit d'atenció. Això involucra els assoliments tant del nen com de la família i els docents, assumint que sempre hi ha assoliments, tot i que a vegades aquests siguin absorbits pel problema.
4. **Reconèixer les habilitats especials dels infants diagnosticats amb dèficit d'atenció.** Es tracta de conversar amb els infants sobre qui són ells a part del dèficit d'atenció, quins són els seus interessos, talents, habilitats especials. Això posa de manifest que el dèficit d'atenció és una part de la vida de l'infant, però no la vida completa; a més, les habilitats que sorgeixen poden transformar-se en recursos que afavoreixin la disminució dels efectes del dèficit d'atenció.
5. **Contar i celebrar les històries noves.** Es tracta d'amplificar les històries en què el dèficit d'atenció no és dominant i en què els infants desenvolupen més recursos per fer-hi front.

L'estratègia proposada per Nylund (2000, citat per Winslade i Monk, 2007) ha demostrat ser útil en la intervenció escolar (Linares, 2010). A més, també ha evidenciat, d'una banda, l'impacte que té la definició d'aquesta situació problema des de la perspectiva de malaltia (que mostra una visió

**El dèficit d'atenció és una part de la vida de l'infant, però no la vida completa; a més, les habilitats que sorgeixen poden transformar-se en recursos que afavoreixin la disminució dels efectes del dèficit d'atenció**

d'impossibilitat de canvi en l'infant i la seva família i, per tant, una absència de control sobre si mateix); de l'altra, ha mostrat l'impacte de la intervenció orientada a la cerca d'excepcions en les que el problema no ha dominat la vida de l'infant i, per contra, aquest ha aconseguit dominar el que considerava com a problema. Aquesta perspectiva evidencia els recursos i estratègies d'afrontament tant de l'infant com del seu entorn proper.

Així mateix, s'ha evidenciat que la intervenció que parteix de la comprensió de l'escola com a sistema complex i involucra docents, alumnes i pares promou canvis en la narrativa, en la definició del problema, en les estratègies d'afrontament, i en la definició de si mateix que construeix l'infant a través de la seva experiència (Linares, 2010).

## Conclusions

Es requereix una perspectiva més complexa en la comprensió de problemes d'aula com el dèficit d'atenció. Una mirada en què es busqui una comprensió àmplia del problema (involucrant actors com pares, docents i alumnat) afavoreix l'emergència de comportaments diferents d'aquells que es consideren inapropiats a l'aula, on es busca entendre i modificar la situació actual i no les causes inicials del comportament. Així mateix, es promou una visió de l'alumne en què preval l'autoagenciament i una identitat basada en les habilitats d'afrontament.

**Elizabeth Linares Pardo**

Psicòloga diplomada de la Universidad Nacional de Colombia  
Magistrada en Psicologia Clínica de la Pontificia Universidad Javeriana  
elizabethlinarespardo@yahoo.com



## Bibliografia

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR**. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc. (2002).
- BENASAYAG, L. i altres. *Deconstrucción neurológica del llamado "ADDH", dins ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad ¿Una patología de mercado? Una mirada alternativa con enfoque interdisciplinario*. Argentina-México: Ediciones Novedades Educativas (2007).
- CAMPION, J. *El niño en su contexto. La teoría de los sistemas familiares en psicología de la educación*. Barcelona: Paidós (1987).
- DUEÑAS, G. Y *por la escuela... ¿cómo andamos?*, dins *ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad ¿Una patología de mercado? Una mirada alternativa con enfoque interdisciplinario*. Argentina-México: Ediciones Novedades Educativas (2007).
- DUPAUL, G. *School-based interventions for students with attention deficit hyperactivity disorder: current status and future directions*, dins *School Psychology Review* vol. 36, núm. 2, pàg. 183-194 (2007).
- FIORENZA, A.; NARDONE, G. *La intervención estratégica en los contextos educativos*. Barcelona: Herder (2004).
- GRAU, M. D. *Análisis del contexto familiar en niños con TDAH*. Servei de publicacions de la Universitat de València (2007). Disponible a [www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/10230/grau.pdf?sequence=1](http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/10230/grau.pdf?sequence=1) (consulta: 16/04/2012).