

El Nuevo Paradigma de la Superdotación y de las Altas Capacidades

¿Síndrome de Déficit de Atención Con o Sin Hiperactividad, Superdotación, o Alta Capacidad, o ambas?

Autores:

James T. Webb - Psicólogo.

Edward R. Amend - Psicólogo Clínico.

Nadia E. Webb - Neuropsicóloga.

Jean Goerss - Pediatra.

Paul Beljan - Neuropsicóloga.

F.Richard Olenchack - Profesor, Psicólogo.

La diferencia entre el Síndrome de Déficit de Atención Con o Sin Hiperactividad, y la superdotación, no siempre es fácil de ver, y suele requerir observación de especialistas en diversos ámbitos durante un período de tiempo.

El objetivo de un niño que está viendo la televisión o jugando a los videojuegos no debería incluirse, ya que tanto los niños con Síndrome de Déficit de Atención Con o Sin Hiperactividad como los que no lo tienen suelen estar igualmente hipnotizados por ellos. Como muestra la siguiente relación, hay comportamientos similares asociados con ambos. **Casi todos estos comportamientos se encuentran en niños superdotados, brillantes, creativos y con talento en ciertas diferencias. ¿Cómo puede un padre, o un profesional de la salud o un profesor distinguir esa diferencia?**

En nuestra sociedad de hoy muchas personas están familiarizados con el Déficit de Atención con o sin Desorden de Hiperactividad, y es una de las razones más comunes por la que los niños están siendo derivados a los profesionales de la salud (Brown, 2000). **Los medios públicos han dado constancia de increíbles incrementos en el número de niños recibiendo este diagnóstico, aunque estudios de investigación han indicado una**

cantidad justamente baja de ocurrencia real de Déficit de Atención, con o sin Desorden de Hiperactividad, se ha incrementado notablemente durante los últimos 20 años (Ghodse, 1999; Olfson, Marcus Weissman y Jensen, 2002).

Los niños superdotados y de altas capacidades, por su propia naturaleza, muestran muchos comportamientos similares a los de los que padecen Déficit de Atención con o sin Desorden de Hiperactividad (Harnett, Nelson y Rinn, 2004). Ambos grupos pueden tener problemas sociales y dificultades académicas (Guenther, 1995; Leroux y Levitt-Perlman, 2000). De hecho, el DSM-IV-TR ha reconocido esta posibilidad al decir *“La inatención en la clase también puede ocurrir cuando el niño con alta inteligencia es colocado en entornos académicos no estimulantes”* (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000, p.91)

Diversos autores son de la opinión de que los niños superdotados están siendo frecuentemente diagnosticados de padecer Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, erróneamente (Baum y Olenchack, 2002; Baum, Olenchack y Owen, 1998; Cramond, 1995; Freedy Parsons, 1997, Lawler, 2000; Lind, 1993; Silverman, 1998; Tucker y Hafenstein, 1997; Webb, 2001; Webb y Latimer, 1993).

El Síndrome de Déficit de Atención Con o Sin Hiperactividad (TDAH) incluye un abanico de diversos síntomas que típicamente se presentan juntos, aunque los síntomas del núcleo son inatención, impulsividad e hiperactividad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000). Algunos investigadores (como Lahey, Miller, Gordon y Riley, 1999) estimaron que la prevalencia del TDAH entre niños en edad escolar es de 2% entre niños y niñas. El DSM-IV-TR sugiere una prevalencia de Desorden de Atención-Déficit Con o Sin Hiperactividad del 3% al 7% en niños de edad escolar, con una incidencia más alta diagnosticada en los niños.

Se suele sospechar que muchos niños, hoy en día, padecen Síndrome de Déficit de Atención Con o Sin Hiperactividad debido a que tienen problemas de atención o porque sean hiperactivos. El niño que realmente padece Síndrome de Déficit de Atención Con o Sin Hiperactividad tiene déficit de atención asociado a un determinado nivel de daños neurológicos específicos y leves retrasos del desarrollo.

No obstante, **el diagnóstico de Síndrome de Déficit de Atención Con o Sin Hiperactividad teóricamente debería ser un diagnóstico de último recurso, que debería realizarse por exclusión, únicamente después de descartar otros posibles diagnósticos o problemas**, tales como depresión, ansiedad, discapacidades de aprendizaje, preocupación por problemas personales, expectativas irreales, dificultades situacionales, aburrimiento debido a una falta de coincidencia de habilidades y expectativas, déficit de procesamiento auditivo, conmoción cerebral o lesión cerebral traumática leve, salud enfermiza, abuso de sustancias, fatiga debido a desordenes del sueño, falta de energía debido a unos hábitos de comer pobres o a un desorden de la

alimentación o incluso ralentización cognitiva debido a medicación . Ya que los clínicos deben tomar tiempo para examinar otras muchas posibilidades incluyendo todas las citadas.

El Síndrome de Déficit de Atención no es un diagnóstico difícil de realizar. Su diagnóstico no debería darse después de una consulta de 10 minutos con un médico de familia que haya mirado un cuestionario relleno por los padres y el personal del colegio.

Algunos niños superdotados realmente sufren de Síndrome de Déficit de Atención Con o Sin Hiperactividad; son a la vez superdotados. (Moon, Zentall, Grskovic, Hall y Stormont y Spurgin, 2001). Es importante dar a conocer ambas especificidades, porque algunos profesionales parecen apoyar la opinión de que las dos condiciones (Síndrome de Déficit de Atención Con o Sin Hiperactividad y superdotación) no pueden coexistir. No compartimos ese punto de vista. Los niños superdotados pueden –y lo hacen– sufrir de Síndrome de Déficit de Atención Con o Sin Hiperactividad . De hecho, las altas capacidades intelectuales pueden enmascarar los síntomas del Síndrome de Déficit de Atención Con o Sin Hiperactividad Con o Sin Hiperactividad y pueden retrasar su diagnóstico (Moon, 2002). Los niños particularmente brillantes pueden, en edades tempranas, prestar atención sólo un corto tiempo del periodo de clase, aunque debido a su alto nivel intelectual, pueden realizar bien todo lo relativo a los exámenes u otras tareas en comparación con los demás niños de su edad.

Nuestra experiencia indica que tantos como la mitad de los niños superdotados con el diagnóstico del Síndrome de Déficit de Atención Con o Sin Hiperactividad no tienen la discapacidad significativa de la falta de atención o hiperactividad que son requeridas por el DSM-IV-TR para poder realizar un diagnóstico de Síndrome de Déficit de Atención Con o Sin Hiperactividad.

Aunque muestran algunos comportamientos problemáticos en algunos entornos, estos comportamientos pueden ser mejor explicados por su superdotación y sus implicaciones. A corto plazo, son simplemente diagnosticados erróneamente como Síndrome de Déficit de Atención, cuando en realidad la intervención necesaria para los auténticos problemas señalados es muy diferente del tratamiento para el Síndrome de Déficit de Atención Con o Sin Hiperactividad.

Aquí hay un claro ejemplo. Los profesores de Rafael dicen que no se estaba esforzando al máximo. No acababa los deberes, o simplemente ponía respuestas sin demostrar su trabajo. Su escritura y pronunciación eran pobres. Se sentaba y agitaba en clase, hablaba con los demás, irrumpía en la clase al interrumpir a los otros. Solía gritar las respuestas a las preguntas de los profesores (normalmente correctas), pero ahora está en las nubes y parece distraído. ¿Es Rafael sufridor del Síndrome de Déficit de Atención Con o Sin Hiperactividad, o es superdotado?

Podría ser cualquiera de las dos cosas, o podría haber otras razones para sus comportamientos. En la práctica actual, el informe de los padres

acerca de tales comportamientos, a un psiquiatra, puede no sólo originar un diagnóstico, también un criterio de medicación. Y cuando la medicación inicial parece no dar los resultados anticipados o deseados, no se realiza ninguna investigación posterior; más bien se intenta una medicación nueva o una dosis más alta.

En algunos casos, la medicación crea un cambio aparente en los comportamientos del problema, originando un razonamiento, en círculo vicioso, de que el diagnóstico debe ser correcto, independientemente de la investigación que muestre que las medicaciones estimulantes usadas para tratar problemas de atención mejoran la atención en cualquier individuo, tenga esa persona Síndrome de Déficit de Atención Con o Sin Hiperactividad, o no lo tenga.

En la práctica de cada día, el alto nivel de habilidades de un niño y sus comportamientos asociados, raramente son siquiera factorizados en la ecuación. Por ejemplo, un padre informó de que el psicólogo de su hijo decía: *“Entiendo que su hijo es superdotado, pero vamos a dejar eso de lado por ahora... ¡Esperen!”*. Esto es como tratar de ignorar la altura o el peso cuando se considera el tamaño de los pantalones a comprar. La superdotación es una parte inherente del sistema nervioso total del niño y debe ser considerada en cada ocasión, especialmente en los aspectos del diagnóstico y el tratamiento que son el foco.

Existen claras viñetas que ilustran los síntomas comunes de Síndrome de Déficit de Atención Con o Sin Hiperactividad. Es fundamental considerar que hay niños que están meramente mostrando señas de superdotación, y aparentemente comportamientos considerados síntomas del Desorden de Síndrome de Déficit de Atención Con o Sin Hiperactividad, y los hay que realmente están mostrando signos de ambos.

Aryanna es una niña de ocho años adoptada por una madre soltera. Siempre ha sido una “niña difícil” pero muy brillante. Un amigo de la familia sugirió que le evaluaran el CI. En el WISC-III, administrado por un psicólogo, obtuvo una puntuación de CI de Manipulación de 130. Su puntuación verbal de CI era de 141, y su CI total fue de 123 de CI.

Su madre y su niñera informaron de que a pesar de un ambiente familiar muy organizado, expectativas claras y disciplina consistente, se auto-recordaba de hacer sus tareas asignadas y raramente acababa ninguna tarea sin supervisión constante. Se “olvidaba” de lavarse las manos después de ir al baño, a pesar de cuidadosas instrucciones, recordatorios regulares y consecuencias negativas. De hecho, parecía estar bastante confusa acerca de su propio comportamiento, incluida su falta de amigos. Era vista como “rara” por sus tres hermanos.

El psicólogo le pidió que escuchara una cinta y levantara la mano cada vez que oyese una cierta palabra. Se dio cuenta de la primera vez que salió la palabra, pero después, a pesar de una aparente cooperación, perdió el resto de veces que sonaba la palabra. Tenía sobrepeso y fue enviada a un examen

físico y test de tiroides que dio resultados normales. Fue tratada con medicación de Ritalín y, después de ajustar la dosis subiéndola dos veces, se volvió “una niña diferente”, acorde a su madre y a su profesor. Empezó a hacer amigos en el colegio, y a cooperar en casa, esperar su turno, mejorar sus notas y perder peso. Los adultos en su vida dicen que ahora pueden decir cuando la medicación pierde efecto, ya que su comportamiento se deteriora notablemente.

Andrew es el hijo de seis años de dos médicos. Debido a sus “terribles berrinches” de temperamento, que siguieron mucho después de los cinco años, sus padres pidieron una evaluación por parte de un psicólogo. Le informaron de que los berrinches eran respuesta de casi cualquier frustración, y manejarle físicamente era cada vez más difícil a medida que crecía. Su madre dijo exhaustivamente “¡Si esto se mantiene así, al final voy a ser incapaz de controlar sus explosiones de furia!”

Andrew explicó que no podía quedarse quieto o parar de pensar el tiempo suficiente para irse a la cama y que frecuentemente se despertaba después de que sus padres se fueran a la cama. Aún así, se levantaba pronto y era muy activo durante todo el día. Cuando no estaba de pie ni corriendo -como en la Iglesia y en los restaurantes– se retorció, se movía y no estaba quieto.

Durante los tests, el psicólogo notó que el chico era inusualmente verbal y articulado para su edad, y los padres resaltaron que “puede hablar más rápido que tu oreja puede escuchar”. En el colegio, su profesor informó que estaba o bien hablando y molestando a sus compañeros de clase, o que estaba tan absorbido en un libro que era imposible alcanzarle a menos que alguien le tocara físicamente. A veces permanecía sentado, leyendo, impassible a la salida de la clase para el recreo (su actividad favorita). Se le administró un WISC-III, su CI fue estimado en 140. El psicólogo diagnosticó Síndrome de Déficit de Atención Con Hiperactividad, y un pediatra le inició en el Ritalín. En unas pocas semanas, Andrew ya había desarrollado tics, un temblor y una irritabilidad aumentada. Se detuvo el Ritalin y los síntomas mejoraron, pero los tics continuaron.

Chemissa es una niña de nueve años requerida para diagnóstico por su profesor, que sospechaba que padecía Síndrome de Déficit de Atención Con o Sin Hiperactividad. El profesor informó de que Chemissa estaba normalmente en las nubes, y de que estaba desconectada gran parte del tiempo. No molestaba en la clase y generalmente hacía bien los tests, pero raramente acababa los deberes. Tenía pocos amigos y pasaba gran parte del tiempo leyendo o mirando el espacio. Su evaluación no incluía un test de CI, No obstante, basados en el informe del profesor en la escala de Conners, un pediatra la puso en Ritalin.

Después de diversas semanas, su madre informó de que Chemissa estaba acabando sus deberes. El profesor notó un incremento de la participación en clase. Aunque el colegio administraba con fe la medicación, la madre solía olvidarla. La mejora de Chemissa tenía altibajos; esta inconsistencia se debía a la dosis irregular de Ritalin.

Como Kaufmann, Kalbfleisch y Castellanos (2000) señalaron, un error en el diagnóstico de Síndrome de Déficit de Atención Con o Sin Hiperactividad puede ser tan serio como concluir que un niño superdotado padece de Síndrome de Déficit de Atención Con o Sin Hiperactividad. Si el Síndrome de Déficit de Atención Con o Sin Hiperactividad es ignorado en un niño o joven, ese estudiante podría descubrir de pronto que las habilidades de compensación que usó en el colegio elemental son insuficientes para cubrir las demandas del currículo del colegio de grado medio o superior. La frustración puede ser substancial.

Estamos de acuerdo con la admonición de Kaufmann, Kalbfleisch y Castellanos (2000) en el sentido de que **cuando el comportamiento de un niño provoca problemas académicos, sociales o de auto-concepto, es importante examinar a ese niño clínicamente para desentrañar las condiciones que sean potencialmente tratables. No obstante, si está presente la alta capacidad intelectual, el niño debería ser diagnosticado por un profesional sanitario con amplio entrenamiento y experiencia y experto en niños superdotados** (Silverman, 1988).

Realizamos estas recomendaciones, porque **los comportamientos de un niño con Síndrome de Déficit de Atención Con o Sin Hiperactividad suelen ser similares a rasgos típicamente atribuidos a la creatividad o a la superdotación** (Cramond, 1995) o a sobreexcitaciones (Piechowski, 1997; Silverman, 1993), y las recomendaciones para superdotación, creatividad o sobreexcitaciones deberían ser diferentes de las de un niño con Síndrome de Déficit de Atención Con o Sin Hiperactividad. **Es más, las medicaciones no carecen de riesgo y no deberían ser prescritas en base a algo aleatorio si hay otra manera de llevar a cabo el diagnóstico, y el tratamiento, especialmente cuando tanto el tratamiento como el diagnóstico no son específicos.**

Mientras, las dificultades en la aceptación de las reglas y regulaciones, son generalmente consideradas como un signo de Síndrome de Déficit de Atención Con o Sin Hiperactividad (Barkley, 1990), comportamientos similares pueden ser apreciados en los niños superdotados, pero por diferentes razones. Incluso desde los primeros grados escolares, ya que los niños excepcionalmente superdotados cuestionan activamente las reglas, las costumbres y las tradiciones. **Su intensidad los hace propensos a las peleas de poder con la autoridad**, y estos comportamientos suelen crear incomodidad con los padres, profesores y compañeros.