

Carlos G. Wernicke

***El Niño Inquieto y el
Trastorno de la Atención***

Publicado por primera vez en
Eduterapia Vol. 2 n° 2: 41-58, Buenos Aires 1995.
Reproducido en Revista Psicopedagógica n° 40 y 41, Córdoba, Argentina 1998

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio.



Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social

desde 1990 en Buenos Aires, Argentina

Estudio, investigación, difusión y docencia de la visión global en educación, salud y acción social
Registro Inspección General de Justicia n° C 1.520.371 - Entidad de Bien Público sin Fines de Lucro Decreto 6708 MVL
Registro Institutos de Perfeccionamiento Docente Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires DGEGP n° C-172

Tel. / Fax 0054-11-4791-2905 - www.holismo.org.ar - info@holismo.org.ar

RESUMEN

Se presenta el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad según el DSM-IV y se extraen conclusiones críticas, con una definición propia desde un punto de vista interaccional; se discuten los abordajes terapéuticos y se brindan estrategias pedagógicas.

INTRODUCCIÓN

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, editado por la Asociación Norteamericana de Psiquiatras, en su cuarta versión aparecida en los EE.UU. en 1994 y en idioma español este año, más conocido por DSM-IV, está llamado, como sus versiones antecesoras, a poner orden en el complejo mundo de los diagnósticos posibles en salud mental. Es un manual nosográfico, que brinda criterios concretos que deben cumplirse para poder diagnosticar un cierto trastorno. Puesto que tales criterios diagnósticos han sido obtenidos por consenso de una multitud de profesionales participantes, provenientes de los más diversos países (incluso la Argentina) y enfoques teóricos, el Manual nada dice acerca de causas o tratamientos. Como su nombre lo indica, es sólo un manual diagnóstico: a tales síntomas, tal diagnóstico.

Un manual diagnóstico ofrece un corte transversal, estático, una fotografía actual del estado del sujeto, al que clasifica sin enjuiciar. No presenta -pero tampoco impide- un corte vertical, dinámico, una película de la vida del sujeto y su contexto. La pedagogía y la terapéutica se alivian cuando el sujeto puede ser clasificado; pero requieren de modo imprescindible el estudio dinámico a fin de establecer causas y consecuencias, entre ellas consecuencias pedagógicas y terapéuticas.

Por cierto, existen asimismo otras nosografías, como por ejemplo la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud (CIE) de la Organización Mundial de la Salud, utilizada en diferentes versiones en Europa y los EE.UU., o el Diagnóstico Multiaxial en Psiquiatría Infanto-Juvenil de Remschmidt y Schmidt, empleado en países de habla alemana.

El DSM-IV presenta una clasificación multiaxial, esto es, en diversos ejes, “cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planeamiento del tratamiento y en la predicción de los resultados”. Los ejes en que simultáneamente se puede efectuar el diagnóstico de un sujeto son:

Eje I	Trastornos clínicos u Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
Eje II	Trastornos de la personalidad o Retraso mental
Eje III	Enfermedades médicas
Eje IV	Problemas psicosociales y ambientales
Eje V	Evaluación de la actividad global

El DSM-IV entiende por “trastornos clínicos” (eje I) todos los trastornos incluidos en la clasificación, con excepción de los incluidos en el eje II (por ejemplo el retraso mental). Un sujeto puede presentar al mismo tiempo varios diagnósticos en el eje I (ejemplo: “trastorno por déficit de atención con hiperactividad” y “trastorno de la expresión escrita”) o ninguno. Simultáneamente puede detectarse en el sujeto un diagnóstico en el eje II, porque tiene un trastorno de la personalidad (antisocial, histriónico, etc.) o retraso mental. También puede presentar una “enfermedad médica” (eje III); el DSM-IV utiliza el término “enfermedad médica” para denominar enfermedades y trastornos que no constituyen “trastornos mentales y del comportamiento”, con relación causal o indirecta con estos últimos; así por ejemplo, hipertiroidismo, parasitosis, etcétera. En el eje IV se anotan los problemas ambientales que interactúan con los ejes I y II, es decir, con el “diagnóstico mental personal” del sujeto; por ejemplo, problemas relacionados con la enseñanza, de acceso a los servicios de asistencia, etcétera. Por fin, el eje V evalúa globalmente la actividad del sujeto según una escala de intensidad de los trastornos (por ejemplo, leve, moderado, grave).

El DSM-IV sugiere que ante un sujeto determinado nos hagamos siempre las siguientes preguntas:

- I) ¿Qué merece nuestra atención clínica?
- II) ¿Qué personalidad de base o manera de funcionar es el trasfondo del trastorno?
- III) ¿Qué enfermedades médicas no mentales coinciden?
- IV) ¿A qué problemas psicosociales y ambientales está expuesto el sujeto?
- V) ¿Con qué intensidad se presenta el trastorno?

De tal modo, al leer la frase diagnóstica armada según los cinco ejes se obtiene una visión de conjunto acerca de la problemática del sujeto y de su contexto. Un **ejemplo**:

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno de la expresión escrita (I), moderado (V), en un niño parasitado (III), perturbado familiarmente por la separación de los padres (IV).

El interjuego entre todos estos factores permite al especialista poseer más datos a la hora de entender la(s) causa(s), la psicodinámica personal y del ambiente, los correlatos biológicos, la interacción en suma entre todos estos factores, etcétera, y organizar un programa terapéutico acorde que lleve a mejorar o curar las problemáticas en su totalidad, y no sólo entender y tratar el diagnóstico “clínico” del eje I. En eso reside la ventaja de una clasificación en múltiples ejes: poder entender mejor y más abarcativamente, y no sólo desde un punto de vista, un determinado trastorno, de modo de no adjudicarle causas (y consecuencias terapéuticas) dependientes de la profesión y/o la ideología de quien diagnostica y no de la situación real y global del sujeto. En el ejemplo, decir solamente que ese niño presenta un “trastorno por déficit de atención con hiperactividad”, sin agregar la co-incidencia de los otros datos, podría conducir a que un profesional suponga que el déficit de atención y la hiperactividad son de origen biológico, con lo que medicará al niño para que mejore su nivel de atención y reduzca su hiperactividad, en tanto otro profesional supondrá que los factores ambientales (padres separados) y médicos (parasitosis) son causales del cuadro actual del niño, por lo que recomendará orientación psicoeducativa a los padres y tratamiento psicológico y psicopedagógico del niño, a más del tratamiento pediátrico de los parásitos.

Lo que deseo resaltar con este ejemplo no es que la razón le asiste a uno o a otro profesional (o a otros más que tendrán a su vez teorías diferentes y propondrán abordajes diferentes). En principio, me interesa subrayar sólo que

- a) La obtención de una exigua cantidad de datos concretos y fehacientes acerca del caso y de su entorno permite (y obliga a) rellenar las áreas no conocidas con inferencias provenientes del área de conocimientos del profesional
- b) La pertenencia del profesional a una determinada especialidad influye grandemente en éste en relación con su actitud diagnóstica y terapéutica; así, la ideología subyacente a su modo de trabajo cotidiano, o imperante en el servicio en que trabaja, determina qué puntos ha de observar en el próximo caso, con lo que confirmará el diagnóstico aun antes de haber iniciado la labor diagnóstica en un caso en particular.
- c) Las inferencias profesionales son siempre sesgadas y por tanto peligrosas, y la actitud profesional que mejor defiende los intereses del sujeto es la obtención de todos los datos posibles, de todas las áreas posibles. En la práctica, habrá que desconfiar del profesional que no dedica tiempo al proceso diagnóstico - algo lamentablemente frecuente en disciplinas médicas y no médicas- o que aplica metodologías diagnósticas que sólo sirven para confirmar la inferencia

propia de la disciplina del profesional. En campos en que los diagnósticos pueden ser resultado de factores surgidos de multitud de áreas diferentes (biología, familia, vínculos, escuela, etc.) el único abordaje diagnóstico admisible es el multidisciplinario, como garantía contra los sesgos propios de cada una de las disciplinas.

EL DIAGNÓSTICO “TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD” (TDAH) DEL DSM-IV

De acuerdo con el DSM-IV, para poder decir que un niño presenta TDAH deben cumplirse los criterios siguientes:

absolutamente siempre

- ⊗ Algunos síntomas existían antes de los 7 años.
- ⊗ Algunas alteraciones se observan en dos o más áreas de interacción (casa, escuela, etc.)
- ⊗ Deterioro probado en lo social, el rendimiento escolar o el trabajo.
- ⊗ No existe simultáneamente el diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia, otro trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad o, en general, otro trastorno mental.

Si algo de todo lo anterior no se cumple, no se trata de TDAH. Así por ejemplo, no es TDAH si los síntomas comenzaron a presentarse a partir de los 8 años, si sólo se observan en un área de interacción (por ejemplo en el hogar pero no en la escuela o viceversa), si no hay pruebas de deterioro en sus relaciones sociales o en el rendimiento en la escuela o si hay otros diagnósticos (empero, puede coexistir el diagnóstico de retraso mental).

Además, debe haber síntomas de *desatención* o de *hiperactividad-impulsividad*, según muestra el Cuadro que se presenta a continuación.

(durante 6 meses, 6 síntomas o más de cada columna):

<u>desatención</u>	<u>hiperactividad-impulsividad</u>
<i>a menudo:</i>	
1. No presta atención a detalles, errores por descuido	1. Mueve manos y pies por demás, se remueve en su asiento
2. Dificultad para mantener la atención en tareas o juegos	2. Abandona su asiento cuando se espera que permanezca sentado
3. Parece no escuchar cuando se le habla	3. Corre o salta cuando es inapropiado
4. No sigue instrucciones, no finaliza tareas	4. Dificultad para jugar o dedicarse tranquilamente al ocio
5. Dificultad para organizar	5. Parece ‘tener un motor’
6. Evita el esfuerzo mental sostenido	6. Habla por demás
7. Extravía objetos necesarios	7. Da respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
8. Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes	8. Dificultad para esperar su turno
9. Es descuidado en las actividades diarias	9. Interrumpe o se entromete

En su comentario del TDAH, el DSM-IV señala que puede haber síntomas asociados, como baja tolerancia a la frustración, arrebatos emocionales, autoritarismo, testarudez, insistencia excesiva y frecuente en que se satisfagan sus peticiones, labilidad emocional, desmoralización, disforia (alteración del humor), rechazo por parte de los compañeros y baja autoestima. El rendimiento escolar puede estar afectado y devaluado, lo que conduce típicamente a conflictos con la familia y los docentes. Otros pueden suponer que el niño es perezoso, con escaso sentido de la responsabilidad y comportamiento oposicionista. Puede alcanzar niveles escolares menores y un desarrollo intelectual algo menor que otros niños. Entre los niños con TDAH hay elevada prevalencia de trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, del aprendizaje y de la comunicación. Puede haber historia infantil de maltrato o abandono, diferentes situaciones de adopción o acogida, exposición a neurotóxicos (por ejemplo plomo), infecciones (por ejemplo encefalitis), exposición a fármacos durante el embarazo, escaso peso de nacimiento y retraso mental. No hay pruebas de laboratorio diagnósticas. Puede presentar anomalías físicas menores (por ejemplo paladar ojival) y una mayor frecuencia de accidentes.

La prevalencia de este trastorno (es decir, la proporción de casos hallados en una cierta población en un cierto momento o durante un cierto tiempo) es de 3% a 5% de los niños en edad escolar primaria. La prevalencia varía en distintas culturas y en los distintos países occidentales. Es especialmente difícil establecer este diagnóstico en niños de edad inferior a los 4 ó 5 años, ya que dichos niños habitualmente experimentan pocas exigencias de atención sostenida.

Diagnóstico diferencial

Según el DSM-IV, en la primera infancia (el DSM-IV no lo aclara, pero la primera infancia hace referencia tradicionalmente al niño de hasta 2 años y medio, esto es, hasta lo que habitualmente se considera la instalación de la personalidad) puede ser difícil diferenciar este cuadro de “comportamientos propios de la edad en niños activos”. La desatención es frecuente en niños de bajo cociente intelectual (por ejemplo con retraso mental) situados en escuelas inadecuadas, o en niños de elevada inteligencia situados en ambientes poco estimulantes desde el punto de vista escolar. Otros experimentan dificultad cuando pertenecen a ambientes inadecuados, desorganizados o caóticos. Otros más muestran solamente conductas negativistas. Como ya se indicó, el diagnóstico no ocurre cuando el sujeto presenta otros trastornos mentales en que los síntomas de desatención tienen un inicio posterior a los 7 años de edad. Los broncodilatadores, la isoniacida, los neurolépticos y otras medicaciones pueden producir un “trastorno relacionado con sustancias” en menores de 7 años.

DISCUSIÓN

Como se observa, el DSM es un manual descriptivo del estado del sujeto. A partir de lo que llevamos visto, no obstante, pueden extraerse ciertas conclusiones:

- No es lo mismo ser activo que hiperactivo. Cuanto menor es el niño, más difícil es diferenciar entre la actividad abundante pero normal (se mueve mucho y así consigue aumentar sus rendimientos) y la hiperactividad (se mueve mucho y con ello sólo consigue reducir sus rendimientos). Sin embargo, muchos padres ya están preocupados por el nivel de actividad de sus hijos de cortísima edad -a veces desde la lactancia-, sin ser advertidos por los profesionales de que ellos ejercen fundamental influencia sobre las modalidades de interacción de sus hijos desde un principio. El criterio 5 de hiperactividad (parece ‘tener un motor’) sugiere que la hiperactividad proviene de dentro del niño; no obstante, es la traducción literal de lo que en buen español se dice ‘tener hormigas’ -una acusación al ambiente.
- Los síntomas asociados (baja tolerancia a la frustración, arrebatos emocionales, autoritarismo, testarudez, insistencia excesiva y frecuente en que se satisfagan sus peticiones, labilidad emocional, desmoralización, disforia, rechazo por parte de los compañeros y baja autoestima) no parecen dejar lugar a dudas de que siempre existe una alteración emocional acompañante: Dejaremos para más adelante discutir si se trata de una alteración causal o consecutiva. Lo que deseo remarcar en este momento es que la alteración emocional es siempre parte del diagnóstico de TDAH. A fin de dilucidar si es atinado utilizar el término ‘siempre’ al referirnos a la

alteración emocional, es bueno realizar el ejercicio inverso: ¿Cómo imaginar a quien presenta TDAH -basta releer la sintomatología propia- *sin* trastorno emocional simultáneo?

- El mismo cuadro clínico tiene diferente prevalencia en diferentes países, aun dentro de la cultura occidental. EL DSM-IV aventura que “probablemente se debe a que las prácticas diagnósticas son distintas”. Si bien el DSM-IV no lo dice, la prevalencia del cuadro va en aumento al pasar las décadas, y la proporción de mujeres que presentan el trastorno también. Me inclino por ende a pensar que son las influencias sociales-ambientales las que determinan la aparición del cuadro. Así, el DSM-IV reconoce que los niños de menos de 4 ó 5 años habitualmente experimentan pocas exigencias de atención sostenida. Induce a pensar: ¿Aparece el trastorno (sólo) cuando el ambiente exige mayor atención sostenida (por ejemplo padres exigentes, autoritaristas, dirigidos a obtener rendimientos, escuelas hiperexigentes, dirigidas al rendimiento), y aparece en aquellos niños con un más bajo umbral de resistencia a la exigencia ambiental? ¿Existen niños más sensibles que otros a la exigencia ambiental? ¿Acaso debería llamársele **“trastorno por déficit de resistencia a las exigencias del ambiente”**?
- El TDAH es difícilmente reconocible en menores de 4 ó 5 años, y debe diagnosticarse solamente cuando los síntomas se han instalado antes de los 7 años.

Esto conduce a suponer que en su mayor parte los diagnósticos son establecidos en forma retrospectiva, es decir, cuando ya hace (mucho) tiempo que el niño -y el ambiente- padecen estos síntomas. Sólo una pequeña franja etaria (desde los 5 hasta los 7 años) puede diagnosticarse cuando el trastorno recién comienza, y eso si los síntomas ya tienen una antigüedad de por lo menos 6 meses. Por ende, en general se lo diagnostica cuando ya se han instalado consecuencias nocivas del cuadro en el niño y el ambiente, esto es, cuando el cuadro ya no es puro, sino que presenta “síntomas accesorios” e “interpretaciones por los demás” (DSM-IV) que son descalificadoras del niño, con lo que con seguridad se agrega un síndrome emocional -en el niño y en el ambiente.

- Este diagnóstico puede acompañar al de retraso mental, es decir, puede presentarse en niños de bajo cociente intelectual situados en ambientes escolares “inadecuados”. Debe sobreentenderse que se hace referencia a ambientes escolares sobreexigentes, o por lo menos sobreexigentes para ese niño en particular. Esto produce en el niño con retraso mental, por lo menos, desatención, aun en los casos en que no conduce al síndrome completo. Parece obligada la inferencia de que en ambas situaciones -desatención o TDAH acompañante de retraso mental- la causa sería ambiental. De hecho, la desatención también se instala cuando, poseyendo elevada inteligencia, el ambiente es poco estimulante, en otras palabras, el niño no se ve motivado a centrar su atención en contenidos o situaciones que lo aburren. Es lamentablemente muy frecuente en la clínica y la práctica pedagógica

achacar al niño la causalidad de ese tipo de desatención provocada por una exigencia que excede al niño o es demasiado baja para él.

- Como síntoma asociado, el DSM-IV menciona que el sujeto con TDAH puede alcanzar niveles de rendimiento escolar inferiores, y a continuación menciona que el desarrollo intelectual de estos niños parece ser algo inferior al de otros niños. Así visto, podría resultar peligrosa la inferencia de que se trata de niños que son “casi” retrasados mentales, sobre todo cuando un sinónimo pedagógico de este síndrome es el de niño “límitrofe” o “fronterizo”. Al respecto, es imprescindible remarcar que
- a) Los menores niveles de rendimiento escolar no necesariamente se fundan en un menor desarrollo intelectual; de hecho, ésta es la situación holgadamente menos frecuente; la hiperexigencia ambiental primero aumenta los rendimientos -el educando trata de controlarse emocionalmente y muscularmente- y luego reduce los rendimientos -cuando aparece la frustración por no alcanzar lo exigido. Este sencillo conocimiento cotidiano no parece ser tenido en cuenta por multitud de educadores que suponen que la hiperexigencia, con sus secuelas de aumento de la tensión emocional y frustración, es educativa, cuando lo contrario es lo cierto: la satisfacción personal y la armonía ambiental aumentan los rendimientos y, de discriminarse estos, aumentan en especial los rendimientos creativos, o sea aquellos que constituyen el fin último de la pedagogía.
 - b) “Desarrollo intelectual” es una abstracción que incluye factores tanto cognoscitivos como emocionales. El desarrollo intelectual depende altamente de la estimulación ambiental. Ergo, la reducción del desarrollo intelectual depende altamente de la estimulación ambiental deficitaria, alterada o dedicada específicamente a los aspectos cognoscitivos en desmedro de los aspectos emocionales. Tanto es así que el déficit grave de estimulación ambiental en los primeros años de la vida (algo frecuente en el tercer y el cuarto mundos) conduce lentamente a la retardación mental de quien nació potencialmente preparado para llegar a un cociente intelectual normal. El mismo DSM-IV, a diferencia de la versión anterior (DSM-III-R, 1987) adopta la definición de retraso mental de la Asociación Norteamericana para el Retardo Mental (AAMR, 1992), que hace hincapié en que para diagnosticar retraso mental no sólo es necesario un cociente intelectual de menos de 70 sino además la demostración de que hay limitaciones significativas de la adaptación en por lo menos dos áreas de la vida (por ejemplo, habilidades escolares, comunicación, etc.). Probablemente, dice el DSM-IV, las ayudas terapéuticas pueden mejorar más los problemas de adaptación que el cociente intelectual cognoscitivo; ello lleva a inferir que la adaptación social y sus problemas dependen grandemente del medio ambiente. La AAMR llega a dejar de clasificar por consiguiente a los retrasos mentales en leves, moderados, graves y profundos (como aún hace el DSM-IV) para clasificarlos según la intensidad de los apoyos (ambientales) que requieren, a saber en necesitados de apoyo intermitente, limitado, extenso y persistente, lo que responsabiliza enormemente al entorno por el

funcionamiento *actual* del sujeto; para la AAMR, la definición de retraso mental se refiere a un sujeto con limitaciones sustanciales en el funcionamiento *presente*, por lo que un sujeto puede funcionar como retraso mental en un ambiente (por ejemplo hiperexigente) y no en otro. (La referencia a la *actualidad* de la desadaptación, altamente modificadora del concepto mismo del retraso mental, aparece taxativamente en la versión norteamericana tanto de la AAMR como del DSM-IV, pero ha sido lamentablemente pasada por alto en versión en castellano de la AAMR y en la traducción española del DSM-IV). Esto es perfectamente extrapolable a los “casi” retrasados mentales, los niños con TDAH. Por si fuera poco, el DSM-IV advierte que al evaluar un cociente intelectual se produce un error de medición de aproximadamente 5 puntos (por ejemplo, señala que se considera que un CI de 70 en la escala de Wechsler representa un intervalo de 65-75). Es imprescindible comparar esta manifestación con la exagerada importancia que aún se da en nuestros ambientes pedagógicos y terapéuticos a la medición del cociente intelectual. La decisión diagnóstica, subraya el DSM-IV, se toma en base al comportamiento adaptativo, ya que hay factores que pueden limitar el rendimiento de los tests: el origen sociocultural del sujeto, su lengua materna y sus discapacidades sensoriales, motoras y comunicativas; así por ejemplo, el rendimiento en los tests puede ser menor cuando el sujeto es de clase baja, maneja códigos idiomáticos de otra zona u otra clase social y/o es miope, hipoacúsico, torpe motor o dislábico. Pero el rendimiento adaptativo será menor en un ambiente hiperexigente, y el ambiente hiperexigente evaluará subjetivamente peor el rendimiento adaptativo, con lo que el niño considerado normal en otro medio podría quedar irremediablemente atrapado, rotulado, diagnosticado, discriminado, unilateralmente terapizado, socialmente expulsado.

- La mayor prevalencia de los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, del aprendizaje y de la comunicación en los niños con TDAH podría sugerir que el TDAH es causa de los demás; pero otros profesionales podrían ver en esta co-incidencia la confirmación de la raíz biológica del cuadro; sobre todo, porque el DSM-IV también advierte acerca de una mayor prevalencia de estos trastornos y de trastornos relacionados con sustancias y del trastorno antisocial en miembros de la familia del niño con TDAH, en particular los “familiares biológicos en primer grado”. De todos modos, la discusión no quedará zanjada, por el simple hecho de que si un niño convive con familiares de primer grado con esos trastornos, es obvio que presentará desadaptaciones psicosociales, a veces en una forma diagnosticable como TDAH. Aun si ese niño no conviviera con tales parientes en primer grado, todavía quedaría por discutir si se trata de una rama familiar con “*menor resistencia a las exigencias ambientales*”, una familia de “*sensibles*” de origen biológico, normales en tanto no se los someta a exigencias desmedidas.

- Sin abrazar una opinión acerca de posibles causalidades, lo cual no está dentro del marco del DSM-IV, éste menciona entre los “trastornos

asociados” una historia de maltrato o abandono, diferentes situaciones de adopción o acogimiento, exposición a neurotóxicos, infecciones, exposición a fármacos durante el embarazo, escaso peso de nacimiento y retraso mental, sugiriendo un rol causal de estos factores o por lo menos que esos fenómenos coinciden con el TDAH con una frecuencia mayor que en la población general. Se concluye que, de estar estos fenómenos en el origen del TDAH, *situaciones de interacción emocional, de interacción química o de alteración orgánica inicial dan por resultado el mismo cuadro*. Dicho de otra manera, el diagnóstico de TDAH no autoriza a extraer la conclusión de que se trata de un cuadro causado por factores socio-ambientales, químicos externos o biológicos internos. *La observación del cuadro actual no permite dilucidar la antigua e inútil controversia organicismo-psicologismo*, aun cuando son muchos los profesionales que aseguran que todos estos cuadros son orgánicos y muchos otros los que aseguran que son de origen puramente emocional.

OTRA DEFINICIÓN

Ya en el siglo pasado se hacía referencia literaria a un niño problema que bien podría ser diagnosticado hoy en día como TDAH: el famoso Struwwelpeter de la literatura infantil alemana. En los años cuarenta y cincuenta, el alemán Strauss y su equipo dieron en estudiar a niños con retardo mental, a quienes de acuerdo con su conducta dividieron en endógenos y exógenos; los de causa exógena eran disruptivos, inquietos, problemáticos. Y detectaron a niños con estas características que no presentaban retardo mental. Por eso, se supuso en ellos una lesión del cerebro, mínima. En las décadas siguientes se buscó afanosamente esa lesión, y al no encontrarla, se decidió denominarla “disfunción cerebral mínima” (DCM). Con ese nombre la estudió en Argentina Telma Reca, sin duda la principal psiquiatra de niños de nuestra historia médica. Desde la pedagogía y desde la medicina se estudió este síndrome tan abarcativo en todo el mundo, hasta que se llegó a mencionarlo bajo más de cincuenta sinónimos, entre ellos daño cerebral mínimo, parálisis cerebral mínima, síndrome hiperquinético, desorden de conducta agresiva, desorden de aprendizaje psiconeurológico, dislexia, minorado perceptivo, desorden de atención, el “otro niño”, hipoanfetaminemia congénita, trastorno cerebromotor, síndrome exógeno precoz, síndrome cerebral psicoorgánico crónico, malnutrición psicosocial, retardo madurativo, ceguera congénita, inestabilidad motriz, etc. Julio B. de Quirós aportó el concepto de disistematización (disfunción de sistemas funcionales) en su estudio neuropsicológico de las discapacidades de aprendizaje.

En 1981 publiqué mis impresiones hablando de “disfunciones encefálicas mínimas” (DEM) (Rev. Arg. de Psicopedagogía 3:19-27), intentando definir operativamente de qué se hablaba, a fin de poder extraer conclusiones válidas en

lo pedagógico y lo terapéutico. Actualizada en los términos, esa definición podría enunciarse así:

Los trastornos con déficit de atención no incluidos en otro trastorno mental constituyen un síndrome de respuesta alterada a los estímulos, con compromiso encefálico global o parcial, de origen biológico y/o disestimuladorio y/o quizás genético, caracterizado por un retraso madurativo en ciertos sistemas funcionales, desorganización intersistémica y potencial intelectual normal, todo lo cual conduce siempre a la instalación de desadaptaciones psicosociales.

Nótese que me refiero a “trastornos con déficit de atención” y no *por* déficit de atención, palabra a la que considero apenas una traducción tendenciosa en lo causal que no existe en el original del DSM-IV; y que no agrego *con hiperactividad*, puesto que

- El DSM-IV clasifica el TDAH en tres subtipos:
 - Combinado, en el que se cumplen los 6 síntomas o más durante 6 meses o más tanto en la columna de la desatención como en la de hiperactividad-impulsividad, según el DSM-IV la mayoría de los casos en niños y adolescentes
 - Con predominio del déficit de atención, en que la hiperactividad-impulsividad no llega a 6 síntomas
 - Con predominio de la hiperactividad-impulsividad, en que el déficit de atención no llega a 6 síntomas

- Y conozco a niños con déficit atencional sin hiperactividad-impulsividad alguna o que sólo cumplen con el criterio 4 de la columna de hiperactividad-impulsividad (dificultad para jugar o dedicarse tranquilamente al ocio), el único síntoma negativo de esa lista, que bien podría representar el autocontrol emocional y muscular, hasta con embotamiento emocional y apatía, de este tipo de sujetos. Subrayo así que todo niño con hiperactividad motora global tiene además un déficit atencional, lo que a la inversa no se cumple.

Y he dejado fuera de la definición a lo que en mi opinión constituye el grueso de los niños con trastornos de atención y/o con hiperactividad: a aquellos que presentan *respuestas normales a estímulos exagerados*, lo que en el campo de la psicopatología podría describirse como un mero *trastorno reactivo* que aún no se ha transformado en una patología propia del sujeto, vale decir, en una calidad propia de respuesta. El ambiente que estimula exageradamente -por ejemplo, exige rendimientos desmedidos, atemoriza, etcétera- no puede reconocer que lo hace, y genera desde el comienzo de la vida un aumento de la ansiedad (desde el punto de vista psicológico) y de su correlato corporal-muscular, la tensión, que en el niño se expresa en la conducta en forma global. Esta modalidad de interacción -sin importar que surja de déficits que trae el niño consigo o de exigencias del ambiente- se desarrolla en un crescendo que llegará a respuestas aún normales pero reactivas o a un estadio superior, las respuestas que ya son en sí mismas anormales, patológicas en sí, las cuales irán agregando conductas -hasta lograr cumplir con 6 criterios de desatención y 6 de hiperactividad/impulsividad por un lapso superior a 6 meses. De ahí la enorme importancia que tiene establecer este diagnóstico en todos los ejes, a fin de incluir el contexto y llegar a conclusiones terapéuticas fundadas: No siempre es el motor. Podrían ser hormigas.

Insisto en que el origen de estos cuadros es múltiple (biológico o por carencia, exceso o incoherencia de la estimulación a edades tempranas); puede haber razones genéticas que justifiquen la aparición de un cuadro de estas características (así por ejemplo, el síndrome de X frágil). Mi definición excluye taxativamente a los niños que dan respuestas esperables a estímulos alterados, es decir, a los que resisten adaptándose a las exigencias del ambiente (lo cual conlleva obviamente siempre un costo emocional). Ciertos **sistemas funcionales** (desde la percepción hasta el lenguaje son sistemas de funciones que no son propias del encéfalo, sino surgidas sólo por la estimulación del encéfalo administrada por un determinado ambiente) quedan demorados, con lo que la conducta global se presenta desorganizada. Necesariamente, esto conduce a desadaptaciones psicosociales (interacciones patológicas de mayor o menor grado, y por tanto psicopatologías, a veces más importantes que el trastorno basal mismo), es decir, a “síntomas asociados” que denuncian la difícil relación personal de estos niños con el ambiente, para ellos ciertamente exigente, y del ambiente hacia ellos, que termina descalificándolos.

El abordaje pedagógico-terapéutico dependerá por ende de las circunstancias individuales del cuadro.

- ❖ Si hay causa(s) biológicas habrá que tratarlas en el nivel biológico (ejemplo: una disfunción químico-metabólico-eléctrica requiere un abordaje químico causal, es decir, medicaciones o dietas).
- ❖ Si la causa es disestimuladora habrá que reorganizar a los estimuladores (orientación psicoeducativa de los padres).

- ❖ Si las consecuencias son de respuesta negativa del ambiente hacia el niño (falta de comprensión, rechazo, aumento de la exigencia, etcétera) habrá que reorganizar el ambiente (orientación psicoeducativa a los padres).
- ❖ Si las consecuencias son de inadaptación psicosocial de parte del niño habrá que brindarle psicoterapia.
- ❖ Si las consecuencias se observan en áreas relacionadas con los aprendizajes requerirá psicopedagogía, si en áreas relacionadas con el habla, la lengua, el lenguaje, la comunicación requerirá fonoaudiología, si en áreas relacionadas con el manejo del cuerpo, psicomotricidad, etcétera.
- ❖ Si las consecuencias se manifiestan sobre todo en los comportamientos adaptativos, se requerirá una modificación de la conducta. En este punto los profesionales discrepan de acuerdo con su ideología, su formación y su entorno: ofrecerán conductismo, medicación o psicoterapias de diversos enfoques.

De aquí se desprende una actitud terapéutica básica: Todos estos niños, cualesquiera sean los rasgos individuales del cuadro, requieren **siempre, como mínimo:**

- **Orientación psicoeducativa de los padres**, como camino regio para reencauzar la estimulación (causal o consecutiva) que el niño recibe de su medio más importante,
- **Psicoterapia**, con objetivos tan diferentes como reinstalar la maduración emocional, dar elementos para enfrentar la exigencia de un ambiente que no puede o no quiere cambiar, satisfacer insatisfacciones de necesidades básicas que no permiten el desarrollo global, ayudar a resolver conflictos, dar cauce a la expresión de sentimientos. El enfoque genético-dinámico-profundo de Telma Reca estableció con precisión los objetivos de la psicoterapia del niño en general y subrayó la importancia de la manifestación simbólica y de la interpretación simbólica para la consecución del desarrollo emocional -y por ende cognoscitivo- del sujeto.
- **Otros abordajes**, que dependerán del cuadro clínico.

¿MEDICAR LAS CONSECUENCIAS CONDUCTUALES?

Si bien se han intentado los más diversos abordajes medicamentosos de las conductas del TDAH, en la actualidad predominan dentro de ellos los llamados estimulantes del sistema nervioso central. Se considera que estimulan la corteza cerebral, que así logra frenar los impulsos provenientes de los núcleos basales del encéfalo. Surge nuevamente la pregunta: ¿Los impulsos subcorticales son *de*

origen biológico -por tanto adjudicables solamente al niño- o se aprenden -por tanto adjudicables a los estimuladores? El fenómeno denominado kindling consiste en carga o tensión que se va acumulando hasta que finalmente se descarga de manera espontánea, algo ya aceptado en el nivel biológico respecto de la epilepsia y la angustia/pánico. Esta carga o tensión en acumulación proviene de la interacción con los estímulos ambientales. El Premio Nobel de Medicina J. Eccles describía ya en la década de 1970 la plasticidad de las espinas dendríticas sinápticas sometidas a aprendizaje: crecen por el uso, y se empequeñecen y desaparecen por la falta de uso.

Cualquiera sea la respuesta acerca del origen, lo cierto es que los estimulantes actúan sobre consecuencias. No son medicaciones causales. La ventaja es que al modificar las respuestas del niño al ambiente, también éste puede tender a modificarse. Si bien no cambiará la modalidad de la interacción en ninguna de ambas partes, sí podría reducirse su intensidad, con lo que existe la posibilidad de que aparezcan nuevas interacciones más sanas y mejores rendimientos. Al reducirse la intensidad del cuadro clínico, éste podría dejar de cumplir con los criterios de TDAH, y el profesional no avisado podría considerar “curado” al niño.

Las desventajas son tantas que a modo de ejemplo se reproducen en el Cuadro siguiente algunas de las establecidas respecto del estimulante hoy por hoy más en boga, el metilfenidato). Otros estimulantes son la pemolina magnésica, la anfetamina, el deanol, la cafeína. También se han propuesto los antidepresivos.

Desventajas del metilfenidato
<p><i>Contraindicaciones:</i> Estados de ansiedad y tensión, agitación, tics, tics en hermanos, historia familiar o diagnóstico de síndrome de Tourette, hipertiroidismo, etcétera.</p> <p><i>Reacciones adversas:</i> Frecuentes: nerviosismo, insomnio, disminución del apetito. Ocasionales: cefaleas, somnolencia, mareos, sequedad de boca, taquicardia, palpitaciones, arritmias, alteraciones de la tensión arterial y el ritmo cardíaco, trastornos gastrointestinales, reacciones cutáneas, fiebre, dolores articulares. Raras: visión borrosa, reducción moderada del aumento de peso y ligero retraso de crecimiento del niño.</p> <p><i>Precauciones:</i> Puede exacerbar los trastornos de pensamiento y conducta en psicóticos; no debe utilizarse en depresión intensa; el abuso crónico puede conducir a marcada tolerancia y dependencia psíquica; se tendrá precaución en la epilepsia o la</p>

hipertensión; deben efectuarse controles sanguíneos cuando el tratamiento es prolongado; se supervisará cuidadosamente al retirar el fármaco; se tendrá precaución cuando se lo emplea concomitantemente con anticonvulsivos, antidepresivos y algunas otras medicaciones. No se recomienda en menores de 6 años y se tendrá precaución en quienes manejen vehículos o maquinarias.

No cabe duda de que este medicamento modificador de la conducta del niño con TDAH logra descomprimir ambientes que durante años han sufrido por causa de la desadaptación del niño, cualquiera sea su causa, o de que muchos padres están muy contentos de haber encontrado esta medicación. Profesionalmente habrá que preguntarse si esta medicación es simultáneamente un remedio. Si bien en más de 20 años de práctica médica con niños con problemas y sus familias nunca debí recurrir al metilfenidato y empleé sólo ocasionalmente la pemolina, que abandoné, o el deanol, comprendo que deben existir casos clínicos en que frenar el círculo vicioso interaccional instalado puede ser útil, sobre todo cuando los padres se niegan fervientemente a ser reorientados hacia una mejor estimulación de su hijo. Pero en mi opinión debe considerarse a estas medicaciones sólo transitorias y, particularmente, un último recurso profesional, cuando todos los otros se han agotado. El gran éxito comercial del metilfenidato me hace pensar que muchísimos profesionales no comparten mi desarrollo teórico o bien *carecen por su formación de otros recursos terapéuticos, y han reducido la medicina a la biomedicación.*

ALGUNAS ESTRATEGIAS EN HOGAR, ESCUELA Y CONSULTORIO

- * No exija lo inexigible
- * No exija lo que supera la edad madurativa de ese niño en particular
- * No exija cuando los rendimientos demandan gran esfuerzo
- * Dé consignas claras, breves, simples, cumplibles
- * No castigue, no amenace, no atemorice, no vapulee
- * No culpe, no compare, no ridiculice
- * Ponga orden, rutina y previsibilidad en el ambiente
- * Valore los aspectos positivos de la personalidad
- * Felicite los logros y perdone los yerros
- * Pida responsabilidades de las que usted esté seguro que el niño podrá cumplir
- * Respete al niño en sus necesidades, sentimientos, pensamientos, motivaciones
- * Tranquilícese, como forma de tranquilizar el ambiente
- * No apure; no imponga su ritmo

- * No sobreproteja, pero proteja
- * Permita al niño ser copartícipe del manejo de su propia vida
- * No lo haga sentir único responsable de la situación: No lo es
- * Ayúdelo en lo que pide o cuando notoriamente no puede
- * Exprese usted sus sentimientos: callar aumenta las tensiones
- * No moralice ni apele al control de la conducta por el niño mismo
- * Trate de entender cómo se siente el niño, en vez de juzgar cómo se comporta
- * Dese tiempo, estén juntos, permítanse la expresión de sentimientos
- * Demuestre su afecto de todas las maneras posibles siempre.
- * Revise su máximo objetivo: ¿felicidad o rendimiento?

Si usted -padre o madre, maestro, profesional médico o no médico- no puede hacer esto, no podrá reducir la tensión / ansiedad. En tal caso, pida ayuda.

Bibliografía a disposición en la dirección del autor:

*Carlos G. Wernicke
Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social
Buenos Aires, Argentina*