

Suplemento Eduterapia 3

Abril 2001

El diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención y sus límites

Carlos G. Wernicke

Trabajo presentado en el
7° Congreso Europeo de Investigación en Rehabilitación,
Madrid 2001



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

SUPLEMENTO EDUTERAPIA es una serie constituida por artículos únicos publicada por Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social, con el fin de presentar sus desarrollos a lo largo del tiempo en relación con lo más central de su misión, a saber, investigar las aplicaciones prácticas del paradigma holístico en pedagogía, medicina, psicología y acción social.

SUPLEMENTO EDUTERAPIA es una serie monográfica publicada por Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social, San Vicente 735, V. López, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Tel. / Fax (011) 4791-2905; www.holismo.org.ar - info@holismo.org.ar
Directora: Mabel Fernández. Registro de Propiedad Intelectual DNDA 457.501. Eduterapia es nombre registrado n° 1.886.125. ISSN 1669-9203
La reproducción parcial o total por cualquier método **no** está permitida, salvo confirmación por Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social de solicitud previa por escrito.

RESUMEN

La lectura detallada del DSM-IV permite efectuar el diagnóstico de “Trastorno de déficit de atención con hiperactividad” en muy pocos niños, en relación con la cantidad de niños que en el mundo en general efectivamente es rotulado.

Hay para ello diversas razones: la pobre lectura del DSM-IV por parte del profesional, la traducción tendenciosa de “Trastorno *por* déficit de atención”, que no parece reflejar el nombre del síndrome en inglés, la falta de conocimientos de nosografías no médicas por parte de los médicos, la ausencia de formación del médico en los aspectos no biológicos, etc.

La conformación de los sistemas funcionales (Quirós, Wernicke) como combinación única de terreno y estimulación ambiental en cada caso, específicamente, no es bien estudiada por los médicos, en tanto los profesionales no médicos (psicólogos, psicopedagogos, etc.) suelen confundir sistemas funcionales con las funciones propias del terreno biológico.

El buen diagnóstico conllevará, va de suyo, un mejor abordaje terapéutico, que el DSM-IV, de acuerdo con sus objetivos, no diseña, aunque deja anunciado.

SUMMARY

A meticulous reading of the DSM-IV allows to arrive to the diagnose “Attention deficit disorder with hyperactivity” only in very few children, in proportion to the number of children labeled as presenting with this diagnose all around the world.

There are various reasons for it: the rapid reading of the DSM-IV by health professionals, the biased translation into Spanish (“Trastorno *por* [by] déficit de atención”, which does not reflect the name of the syndrome in English, the absence of knowledge about non-medical nosographies by physicians, the scarce medical education about non-biological aspects, etc.

Specifically, the development of functional systems (Quirós, Wernicke) as a unique combination of terrain and environmental stimulation in every person is not studied as needed by physicians, and non-medical health professionals (psychologists, learning therapists, etc.)

may confound functional systems with functions which are properly biological.

The good diagnostic work will be obviously the initial step of a better therapeutic approach, which accordingly to its objectives is not described by the DSM-IV, although it tacitly announces such approach.

El DSM-IV [1] ofrece 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

De ellos pueden deducirse las siguientes preguntas diagnósticas fundamentales:

- 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?

Una frase diagnóstica organizada de acuerdo con los cinco ejes permite obtener 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 (Eje I), moderado (Eje V), en un niño parasitado (Eje III), perturbado familiarmente por la separación de los padres (Eje IV)”.

Todo este diagnóstico es en realidad uno solo, que presenta ese niño en ese contexto ahora. Una actitud fragmentaria, basada en diversas nosografías parciales, permitirían efectuar varios diagnósticos por parte de varios profesionales, todos los cuales creerían haber arribado al diagnóstico correcto y harían un tratamiento en consecuencia, esto es, 5 tratamientos diferentes. Sin embargo, la razón no le asiste a uno o a otro profesional (o a otros más que tendrán a su vez teorías diferentes y propondrán abordajes diferentes). Veamos:

- 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.
- La pertenencia del profesional a una determinada especialidad influye grandemente en éste en cuanto a su actitud diagnóstica y terapéutica; 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.
- 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 transdisciplinario, como garantía contra los sesgos propios de cada una de las disciplinas.

DIAGNÓSTICO

Entre los trastornos de inicio en la lactancia, la niñez y la adolescencia, el DSM-IV menciona el trastorno por déficit de atención

con hiperactividad (TDAH). En realidad, la versión original en inglés habla de "attention deficit disorder", y la traducción al español, agregando la causalidad que en inglés no existe al traducir "*por* deficit de atención" es francamente tendenciosa, confudente, sin fundamento científico y peligrosa para el paciente, como el mismo DSM-IV se encarga de demostrar si se lee su descripción del cuadro clínico

Según el DSM-IV, un niño presenta TDAH cuando se cumplen los siguientes criterios:

<p><u>absolutamente siempre:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Algunos síntomas existían <i>antes de los 7 años</i>. ➤ Algunas alteraciones se observan en <i>dos o más áreas de interacción</i> (casa, escuela, etc.) ➤ <i>Deterioro probado en lo social, el rendimiento escolar o el trabajo.</i> ➤ <i>No existe simultáneamente</i> 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, <i>otro trastorno mental.</i>

Si algo de todo lo anterior no se cumple, no es TDAH.

Deben sumarse además síntomas de *desatención* y de *hiperactividad-impulsividad*, según muestra el Cuadro que se presenta a continuación.

<i>(durante 6 meses, 6 síntomas o más de cada columna):</i>	
Desatención	Hiperactividad-impulsividad
<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
6. 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

De acuerdo con el DSM-IV, pueden agregarse 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, 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; otras personas pueden suponer que el niño es perezoso, con escaso sentido de la responsabilidad y comportamiento oposicionista; el niño 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 antecedentes 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.

Es especialmente difícil establecer este diagnóstico en niños de edad inferior a los 4 ó 5 años, ya que, dice el DSM-IV, dichos niños habitualmente experimentan pocas exigencias de atención sostenida. Según el DSM-IV, en la primera infancia puede ser difícil diferenciar este cuadro de "comportamientos propios de la edad en niños activos". Los broncodilatadores, la isoniacida, los neurolépticos y otras

medicaciones pueden producir un “trastorno relacionado con sustancias” en menores de 7 años.

Algunos comentarios

- 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.
- 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. Es más: ¿Cómo imaginar a quien presenta TDAH -basta releer la sintomatología propia- *sin* trastorno emocional simultáneo?
- La prevalencia del cuadro y la proporción de niñas van en aumento al pasar las décadas. 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?*”
- En su mayor parte los diagnósticos son establecidos en forma retrospectiva, dado que pueden ser TDAH con seguridad sólo niños de más de 5 años que hayan presentado por más de 6 meses una sintomatología de inicio antes de los 7 años de edad. Los diagnósticos retrospectivos, se sabe, ya no pueden ser puros, sino acompañados por la signosintomatología consecencial.
- Los menores niveles de rendimiento escolar no necesariamente se fundan en un menor desarrollo intelectual; de hecho, ésa 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.

- “Desarrollo intelectual” es una abstracción que incluye factores tanto cognoscitivos como emocionales. Es de conocimiento actual que el desarrollo intelectual depende altamente de la estimulación ambiental.
- La prevalencia es mayor, dice el DSM-IV, en “familiares biológicos en primer grado”. La discusión biologismo – psicologismo igualmente no queda zanjada, ya que si un niño convive con familiares de primer grado con esos trastornos, obviamente presentará desadaptaciones psicosociales, a veces diagnosticables como TDAH. Quedaría por discutir además si se trata de una rama familiar con **“menor resistencia a las exigencias ambientales”**, una familia de **“sensibles”** de origen biológico (si eso existiera), normales en tanto no se los someta a exigencias desmedidas.
- Por fin, *situaciones de interacción emocional, de interacción química o de alteración orgánica inicial dan por resultado el mismo cuadro*. En otras palabras, 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. *Tampoco la observación del cuadro actual permite dilucidar la controversia organicismo – psicologismo*.
- La conformación de sistemas funcionales [2, 3] como combinación única de terreno y estimulación ambiental en cada persona no es bien estudiada por los médicos, en tanto los profesionales no médicos (psicólogos, psicopedagogos, etc.) suelen confundir sistemas funcionales con las funciones propias del terreno biológico.

Otra definición

En 1995 [4, 5] he publicado otra definición, que considero actual y más acorde a la clínica, si han de tenerse en cuenta los múltiples factores simultáneos a considerar globalmente:

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.**

Queda fuera de la definición el grueso de los niños con trastornos de atención y/o con hiperactividad: Los que presentan *respuestas normales a estímulos exagerados*, psicopatológicamente hablando, con un *trastorno reactivo*.

ABORDAJES

Si en un niño determinado se ha establecido sin embargo este infrecuente diagnóstico, el abordaje pedagógico - terapéutico dependerá 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 disestimuladoria habrá que reorganizar a los estimuladores / satisfactores (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 / logopedia, 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 clínico, requieren **siempre, como mínimo:**

- **Orientación psicoeducativa de los padres**, como camino regio para reencauzar la estimulación / satisfacción (causal o consecutiva) que el niño recibe de su medio más importante
- **Psicoterapia**, con objetivos tales 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.
- **Otros abordajes**, que dependerán del cuadro clínico.

En mi opinión, la medicina no debe ser reducida a biomedicación. El gran éxito comercial de la medicación me hace pensar empero que muchísimos profesionales no comparten mi desarrollo teórico o bien *carecen por su formación de otros recursos terapéuticos*, siendo influenciada su ignorancia por razonamientos no médicos e interesados en resultados diferentes a la salud del niño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1] DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Asociación Norteamericana de Psiquiatras, 1994

- 2] Quirós, J. B. de, y Schragger, O.: Fundamentos neuropsicológicos en las discapacidades de aprendizaje, Panamericana, Buenos Aires, 1980.
- 3] Wernicke, C.: Sistemas funcionales encefálicos y detección de su disfuncionalidad. Rev. de la AAOFM, Vol. 18 N° 55/56: 57-64, 1984 / 1985.
- 4] Wernicke, C. G.: El Niño Inquieto y el Trastorno de la Atención. Eduterapia Vol. 2 n° 2: 41-58, Buenos Aires 1995
- 5] Wernicke, C. G.: Disfunciones encefálicas mínimas: definición operativa, Rev. Arg. de Psicopedagogía 3: 19-27, 1981.