

Introducción a un Definición Alternativa del TDAH

A primeros de este mes de diciembre (2002) se ha llevado a cabo en Londres una Conferencia conmemorativa de los 100 años transcurridos desde la presentación por parte del Dr. George Still de sus “niños hiperactivos”.

Este pediatra, pudo recoger amplia información respecto de los comportamientos problemáticos de los niños que eran remitidos a su consulta por sus madres.

Obviamente, en 1902, la sociedad contaba con unas formas de pensar sobre la conducta humana, sobre el desarrollo de los niños, sobre la salud y la enfermedad, etc., que ha ido evolucionando.

El Dr. Still, Pediatra por formación y “PsicoPediatra” por necesidad (ausencia de psicólogos en su servicio) se tuvo que enfrentar al estudio, diagnóstico y tratamiento de estos niños: hiperkinéticos, inatentos, de mal carácter, irascibles, provocadores, desobedientes,... y, antes o después, se vio abocado a la necesidad de establecer una teoría con finalidad diagnóstica que pudiera guiar su tratamiento. Al Dr. Still se le ocurrió (como todos conocemos) la idea de que en estos niños parecía haber algo que afectaba a los centros reguladores de su conducta y definió el problema como un “déficit del control moral”.

Esta definición llevaba implícita dos elementos claros: el niño es diferente a los demás (algo tiene consustancial a él que lo hace diferente) y el niño nace con la diferencia.

El aspecto congénito y la base biológica del problema queda pues establecida, en forma de idea-teoría, basada en la observación sistemática y no-sesgada de una realidad cotidiana.

Mucho se investiga a partir de 1902 (aunque no tanto como el impulso dado al estudio de este problema en los últimos veinte años) y a estos niños y a *otros que se les parecen mucho*, son descritos con diversos nombres técnicos: Síndrome Conductual de Daño Cerebral, Daño Cerebral Mínimo, Disfunción Cerebral Mínima, Hiperactividad, Reacción Hiperkinética de la Infancia, Trastorno Impulsivo Hiperkinético, Síndrome de Hiperactividad Infantil,...

La observación de sus problemas se sistematiza y, curiosamente, son más los médicos pediatras que los psiquiatras infantiles y mucho menos los psicólogos, quienes se ocupan de un tema que resulta ser, finalmente, responsabilidad de todos ellos.

Quizás el exceso de biologicismo en su estudio y la falta de formación psicológica por parte de los primeros investigadores del problema, ha favorecido un sesgo importantísimo en lo que, desde un primer momento debió ser estudiado desde una perspectiva neurobiológica y comportamental íntimamente relacionadas entre sí.

Los primeros esfuerzos se dirigieron, como no podía ser menos, a conseguir un acuerdo unánime en la denominación del problema. Y así, como bien ha puesto de manifiesto en Londres hace días el Dr. John Ratey (Harvard Medical School), se establece el Manual de Diagnóstico Estadístico como mero “índice de denominación de trastornos”.

En un tono jocosos, expone el Dr. Ratey que muchas personas se toman el DSM-IV como las “tablas de la ley” otorgadas por Dios a Moisés en el Monte Sinaí. Es decir, muchas personas (especialmente profesionales) creen que lo que dice el DSM-IV es “LA VERDAD”, cuando el DSM-IV solamente es un Acuerdo para llamar a las cosas de una misma manera. Citando su disertación: El DSM-IV no informa de *lo que son* las cosas, sino *cómo se llaman* las cosas...”.

Así, la otra clasificación internacional, elaborada por la Organización Mundial de la Salud, la CIE-10, ha uniformado las denominaciones con vistas a que los profesionales podamos compartir este vocabulario técnico común y hacer frente a la Torre de Babel en que se puede convertir nuestro trabajo cotidiano.

Lamentablemente, pese a los esfuerzos de consenso, realizados por miles de profesionales de diversos países, el personalismo o la tradición, lleva a mantener denominaciones obsoletas y fuera de las Clasificaciones Internacionales del problema que nos ocupa. Así, una de las primeras asociaciones de Padres de Niños Afectados, se registra como ANSHDA, Asociación de Niños con “Síndrome de Hiperactividad y Déficit de Atención”; y algún Neurólogo sigue firmando diagnósticos tales como Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención, o Síndrome de Atención Deficiente,...

Por su parte, resulta especialmente dramática la diferencia entre las consideraciones que sobre este problema mantienen la Asociación de Psiquiatras Americanos (APA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Sorprende la cantidad de adhesiones al modelo propuesto en el DSM-IV de tres subtipos clínicos y la escasez de las mismas al modelo de la CIE-10 (que no admite tales subtipos).

¿Cómo es posible que tales diferencias no se hayan reflejado en debates o en artículos científicos?

¿Cómo es posible que siendo la CIE-10 una clasificación acordada principalmente en Europa, los europeos adopten –sin discusión alguna- el modelo americano?.

¿Cómo es posible que, siendo la clasificación en los tres subtipos clínicos, el resultado de un “acuerdo entre expertos del comité de la APA”, y no el resultado de un CONSENSO entre expertos, haya tanta investigación que **confirma** la existencia de estos tres subtipos?

Esta discusión la hemos mantenido a nivel privado (porque nadie parece interesado en mantenerla a nivel público) tanto con el Dr. Taylor (impulsor del modelo propuesto por la OMS), como con el Dr. Brown (EE.UU.) y la cuestión se manifiesta claramente dramática. A modo de resumen: la comisión de expertos de la APA, convocada para el tema del TDAH, no lograba alcanzar un acuerdo: un especialista planteaba una cuestión y otro planteaba otra. En tales circunstancias, se adoptó una solución de consenso (que no de acuerdo). Y así se presentó un mismo trastorno con tres formas clínicas de presentación. Y he aquí la paradoja resultante: ninguno de los expertos estaba de acuerdo con la *existencia de un problema con tres formas clínicas*, sin embargo,... múltiples investigaciones posteriores...“evidencian empíricamente la existencia de estos tres subtipos...” ¿cómo es posible? ¿tendrá esto algo que ver con el cuento del “traje nuevo del emperador”? (recuerden la picaresca de los sastres que embaucaron al vanidoso emperador y a su condescendiente corte para que “vieran” un lujoso vestido sobre un emperador desnudo).

Resultan muy curiosas ciertas escalas (casi todas iguales) como la de Stephen McCarney (1989), las cuales obtienen una cualidades psicométricas excelentes para identificar subtipos clínicos en los que no creían ni siquiera quienes los aprobaron.

También nos parece muy llamativo que cuando en los pasados años, los norteamericanos se han decidido a llevar adelante un costosísimo estudio multicéntrico para evaluar la eficacia de los tratamientos en el tdah han elegido como participantes de este estudio..... ¿representantes de cada subtipo clínico?..... ¡NO! Solamente han participado en el MTA sujetos que cumplían los requisitos para ser diagnosticados del subtipo “combinado” (curioso, el denominado TDAH por la CIE-10)

¿Por qué se han quedado fuera de tan importante estudio los otros subtipos....? ¿será que una cosa es ser ingenuo (muy parecido a *ingenioso*) y otra cosa muy diferente ser *tonto*?

Por otra parte, siendo el TDAH un problema socio-comportamental, con un referente biológico, ¿cómo se explica que no abunden los modelos conceptuales que intenten dar una explicación exhaustiva y coherente a los indicadores conductuales, a los

aspectos comórbidos a la evolución y desarrollo del problema en contextos culturales y sociales diferentes?

¿Por qué insisten tanto los norteamericanos y sus seguidores europeos en ignorar los trabajos de Zentall, Satterfield y otros?

En nuestro deseo de colaborar en este proceso de clarificación conceptual que haga posible una metodología de evaluación e intervención multicomponencial en el TDAH, elaboramos un Modelo Conceptual, en base al cual hemos desarrollado estrategias de evaluación e intervención de bastante éxito.

Sometemos a la consideración y el debate de los miembros de este foro sus contenidos, confiando en su utilidad profesional.

GARCÍA PÉREZ, E.M. y MAGAZ, A. (2000). *Modelo Conceptual del TDAH*. En el Manual de Referencia del Curso Conceptualización, Identificación y Tratamiento del TDAH. Bilbao, COHS. Consultores en CC.HH.

McCARNEY, S.B. (1989). *Attention deficit Disorders Evaluation Scales*. Columbia. Missouri: Hawthorne

SATTERFIELD, J., CANTWELL, D., LESSER, L, PODOSIN, R. (1972). Psysiological studies of the hiperkinetic child. *American Journal of Psychiatry*, 128, 1418-1424

ZENTALL, S.S. (1988). A context for hyperactivity. (In K.D.Gadow & Bialer (Eds.) *Advances in learning and behavioral disabilities* (vol. 4, pp. 273-343). Greenwich, CT: JAI Press.)