

Otros títulos de la serie
**Hablemos de Ciencia y
Tecnología**

1. Estadística, Productividad y Calidad
2. Pulso ecológico. Calentamiento global y todo lo demás
3. Hongos de parques y jardines y sus relaciones con la gente

Rafael Velasco Fernández

El Trastorno por Déficit de Atención con **Hiperquinesia**

Rafael Velasco Fernández



Rafael Velasco Fernández nació en Pánuco, Veracruz, en 1927; es médico con especialidad en Psiquiatría, por la UNAM. Se ha entregado a la docencia en el campo de la psiquiatría infantil y de la adolescencia. Su actuación en la adecuación superior le llevó a ocupar los cargos de rector de la Universidad Veracruzana, secretario general ejecutivo de la ANUIES y subsecretario de Educación Superior e Investigación Científica de la Secretaría de Educación Pública. En 2003 recibió el Premio Nacional ANUIES por su aportación a la educación superior.

En el ámbito de la medicina ha sido director general de Salud Mental de la SSA y secretario de Salud de su estado natal. En 2008 recibió el Premio Nacional de Medicina en el área de la Salud Mental. Ha escrito una docena de libros enfocados principalmente a la psicopatología infantojuvenil, las adicciones y la educación.

El Trastorno por Déficit de Atención con **Hiperquinesia**



**Secretaría
de Educación**



El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

Rafael Velasco Fernández



Gobierno del Estado de Veracruz

Fidel Herrera Beltrán

Gobernador del Estado

Víctor A. Arredondo

Secretario de Educación

Xóchitl A. Osorio Martínez

Subsecretaria de Educación Básica

Rafael Ortiz Castañeda

Subsecretario de Educación Media Superior
y Superior

Domingo Alberto Martínez Resendiz

Subsecretario de Desarrollo Educativo

Edgar Spinoso Carrera

Oficial Mayor

Andrés Valdivia Zúñiga

Coordinador para la Difusión y Optimización
de los Servicios Educativos

Blanca Estela Hernández García

Jefa del Departamento de Apoyo Editorial

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

Rafael Velasco Fernández



Departamento de Apoyo Editorial

Blanca Estela Hernández García

Jefa del Departamento

Ma. de Lourdes Hernández Quiñones

Jefa de la Oficina de Colecciones

Elizabeth Polanco Galindo

Jefa de la Oficina de Distribución

Karina G. Morgan Hernández

Anaicté Barrios Chimal

Octavio Lara Gallegos

Corrección de Estilo

Fernando Moreno Díaz

Diseño de portada

Milena Gómez Castro

Ma. Luisa Landa Landero

Enrique A. Spinoso Echeagaray

Beatriz Bretón Boschet

Apoyos Técnicos

Reyna Velasco López

Formación

Sara del Carmen Solís Arroyo

Jennefer Malpica Guzmán

Erick Quirós Reynoso

Captura

D.R. © 2010 Secretaría de Educación de Veracruz
km 4.5 carretera federal Xalapa-Veracruz
C.P. 91190, Xalapa, Veracruz, México

Impreso en México

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia es un texto editado por la Secretaría de Educación de Veracruz. Toda correspondencia dirigirla al Departamento de Apoyo Editorial de la Coordinación para la Difusión y Optimización de los Servicios Educativos de la sev, Av. Araucarias núm. 5, Edificio Orense II, tercer piso, Col. Esther Badillo, C.P. 91190. Tels. 01 (228) 813 98 61 y 813 99 44 (fax). Direcciones electrónicas apoyoeditorialsec@secvergov.mx y daesec05@yahoo.com.mx El contenido es responsabilidad del autor. Se autoriza la reproducción parcial o total del contenido, siempre y cuando se cite la fuente.

Agradecimientos

Siempre, tras una publicación, por modesta que sea, existen personas que la hacen posible con su trabajo profesional y dedicación. Agradezco a la Coordinación para la Difusión y Optimización de los Servicios Educativos, especialmente a Andrés Valdivia Zúñiga y a Blanca Estela Hernández García, la atención al proceso editorial que permitió la aparición de este libro.

Mi reconocimiento a todo el personal del Departamento de Apoyo Editorial, que tuvo bajo su responsabilidad la edición de la obra, así como a mi secretaria, María Elena Cuevas, quien se encargó de la transcripción puntual de los manuscritos.

Mis pequeños pacientes, que han sido centenares, colaboraron también, sin saberlo, como verdaderos libros abiertos. Para ellos tengo gratitud especial y un recuerdo imborrable.



Contenido

Introducción	9
Capítulo I. Bosquejo histórico y conceptos básicos	13
Situación actual	21
Clasificación del TDAH	24
Etiología	25
Prevalencia	28
Capítulo II. El cuadro clínico	31
Capítulo III. El diagnóstico	59
Examen neurológico	62
Electroencefalograma (EEG)	66
Pruebas psicológicas	67
Diagnóstico diferencial	70
El pronóstico	76
Capítulo IV. El tratamiento	81
El tratamiento farmacológico	83
El tratamiento multimodal	87

Capítulo v. El adolescente con TDAH	91
Capítulo vi. Aspectos psicológicos	99
La situación en el hogar	102
Capítulo vii. El niño con TDAH en la escuela	105
Anexo i. Un caso ilustrativo	127
Anexo ii. Guía práctica para comprender y orientar al niño con TDAH	149
Glosario	155

Introducción

En esta obra se describe un trastorno psicológico de la infancia, —Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia (ТДАН)— cuyo conocimiento científico se conformó poco a poco desde finales del siglo XIX. De ese proceso, como ha ocurrido con otros cuadros de la patología, resaltan momentos de avance y reconocimiento sobre su existencia, lo mismo que otros de negación y dudas. Hoy día constituye un capítulo de la psicopatología infantil, registrado en la clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en otros ordenamientos como el del *Diagnostic statistical manual of mental diseases* (DSM). Se sabe cada vez más de sus causas, del sustento fisiológico cerebral que tienen las manifestaciones conductuales características y del tratamiento progresivamente más efectivo.

No es un síndrome poco frecuente, es un cuadro que afecta alrededor de 3% de los niños en edad escolar, que interfiere (a veces de manera grave) con su desarrollo psicosocial y que, al

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

menos en los países en desarrollo y con mayor razón en los más pobres, es insuficientemente diagnosticado, con las consecuencias negativas imaginables para la vida de muchos niños y jóvenes, la familia y la sociedad. A este desconocimiento y sus implicaciones inevitables, todas negativas, se agrega otro mal que influye también: la incultura, la falta de educación y la proclividad hacia las explicaciones mágicas y pseudocientíficas que desorientan a muchas familias que llegan a creer en argumentos no científicos sobre lo que ocurre a los niños que padecen esta patología de la mente. Se niega la existencia del trastorno, se les llama niños índigos a aquellos quienes se conducen de manera distinta al resto de sus compañeros, pero cuyas características reconocibles son inocultables. Derivado de la ignorancia se les atribuyen cualidades especiales y se dice que “han venido al mundo para salvarlo de los errores humanos”, y deben ser tratados de tal modo que se favorezca el cumplimiento de su misión. Se recomienda, incluso, que no se sometan a tratamientos médicos “con fármacos que pueden dañarlos”.¹

Se considera que, además de compartir información con los médicos generales, pediatras y psicólogos en un capítulo —importante por su alta incidencia— sobre la patología del niño, esta obra contribuirá a que los padres de familia y maestros de educación básica, conozcan la realidad de un trastorno que

¹ En México y otros países latinoamericanos se dan conferencias por “expertos” en las que se descalifica a la medicina y a la psiquiatría en particular y se niega la existencia de esta patología.

por fortuna es fácilmente diagnosticable y tiene un tratamiento efectivo. Pensando en ello, se ha procurado utilizar planteamientos sencillos con un lenguaje accesible. Se desea contribuir a que los padres de familia se aparten de las creencias que no tienen fundamento científico alguno, aunque esta contribución no sea el interés central del libro.

El antecedente reconocible de esta publicación es el libro titulado *El niño hiperquinético*. En algún momento se pensó en realizar una reedición, corregida y aumentada como suele decirse, conservando el título y algunos de los capítulos. Sin embargo, los más recientes conocimientos invitan a llevar a cabo el esfuerzo de reeditararlo. No pareció conveniente la permanencia del título ya que desde hace más de una década se usa universalmente el término Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia para calificar este cuadro.

Queda claro cuál es la expectativa. En todo caso, esta obra es también una contribución a la difusión científica de un problema de salud importante.

Rafael Velasco Fernández



Capítulo 1:

Bosquejo histórico y conceptos básicos

El Trastorno¹ por Déficit de Atención con Hiperquinesia (TDAH) tiene una historia peculiar. Pocos cuadros de la patología infantil se han prestado tanto a la discusión científica y, sobre todo, a las discrepancias clínicas y aun conceptuales. Este trastorno pasó por etapas que van desde la negación de la existencia del cuadro clínico, hasta la comprobación científica de su realidad incluida una explicación puramente biológica de sus causas. En la actualidad, es uno de los trastornos infantiles mejor estudiados, pero si se tienen dudas de que hubo momentos en que se negó su existencia, véase lo que el Dr. Herbert E. Rie, reconocido psicólogo clínico de la

¹ Trastorno, en español, no es el mejor término para aplicarlo a este cuadro psicopatológico de la infancia. De hecho, el uso excesivo de este vocablo en las clasificaciones, tanto en la DSM-IV de la Asociación Psiquiátrica Americana como en la de la OMS, lleva a confusión al traducir *disorder* por trastorno, aunque desde el punto de vista lingüístico es correcto.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

segunda mitad del siglo xx escribió en 1980 acerca del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia (Rie, Herbert y Rie Ellen, 1980):

La ausencia de hechos verificables acerca de un grupo de problemas discutibles ha llevado inevitablemente a sostener puntos de vista que tienden a ser indefendibles. Durante un tiempo la controversia, las contradicciones y la confusión conceptual, así como la dudosa interpretación de las observaciones y de las referencias relevantes sobre este trastorno sugirieron que, en realidad, los hechos verificables han escaseado.

Basta comparar esta declaración del *Manual de la disfunción cerebral mínima, un enfoque crítico*, con la conclusión a la que llegó, en 1998, un grupo de expertos formado por psicólogos, psiquiatras, pediatras, psicofarmacólogos y neurofisiólogos, como resultado de la conferencia a la que convocaron los institutos nacionales de salud de los Estados Unidos de América bajo el título *Consensus Development Conference Statement*:

El TDAH es un desorden de la conducta comúnmente diagnosticado que representa un costoso problema de salud pública. Los niños que lo sufren tienen serios impedimentos y experimentan efectos adversos en su rendimiento académico, en su éxito vocacional y en su desarrollo psicosocial, lo que provoca un impacto desfavorable en los individuos, las familias, la escuela y la sociedad. [Es decir, el TDAH es una patología real diagnosticable].

La historia de este trastorno va de la incredulidad a la certeza, pasando por dudas razonables y avances científicos sostenidos. Pero hay que agregar que actuaron también intereses extracientíficos. Esta declaración la avala una variedad de escritos

dedicados a demostrar la inexistencia de este cuadro infantil, para desprestigiar a la psiquiatría y a la medicina. Se cita sólo uno de éstos. La Dra. Mary Anne Block en su libro *No more ADHD* (2001) externó que “La diabetes es una condición médica real... el TDAH es una clasificación inventada... la diabetes es una deficiencia de insulina, pero los problemas de atención y de conducta no son una deficiencia de drogas estimulantes”. Puede creerse que se trata de la opinión de una persona de escasos recursos intelectuales o con muy poca información, pero no. Es un ataque claro y franco a la psiquiatría infantil con el interés específico de desprestigiarla como disciplina médica. Así se explica que estas expresiones también aparezcan en un documento editado por la Comisión Internacional de Ciudadanos por los Derechos Humanos (2001), titulado “Hablemos de cómo la psiquiatría está atrapando a tu mundo con las drogas”, el cual forma parte de la obra *El libro para aprender* de Ronald Hubbard.

El camino seguido por la ciencia para el TDAH, desde las primeras descripciones y su conceptualización actual inequívoca y totalmente aceptada por la ciencia médica, constituyen un excelente ejemplo de aquella vieja disputa que ya no tiene por qué continuar: la de los organicistas-genetistas, los psicólogos y los socioculturalistas que se disputan la explicación sobre las causas de éste y de otros síndromes psicopatológicos. Esto ha complicado la evolución sui géneris de un trastorno plenamente comprobado por la observación clínica y la ciencia de la neurofisiología y de la bioquímica cerebral. El camino recorrido con interés científico es el siguiente:

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

En 1978, la OMS, en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), incluyó en la versión núm. 9 (CIE-9) esta descripción:

314. Síndrome Hiperquinético de la Infancia (*Hyperkinetic Síndrome of Childhood*). El criterio para el diagnóstico utiliza como datos fundamentales la distractibilidad, la desinhibición, la hiperactividad, la impulsividad, los cambios marcados del humor y la agresividad.

Por los mismos años, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, por sus siglas en inglés) integró a su clasificación del *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales* (DSM-III), lo siguiente:

314.01 Déficit de Atención con Hiperactividad (*Attention Deficit with Hyperactivity*). El criterio para el diagnóstico se basa en tres datos fundamentales y tres secundarios. Los primeros son inatención, impulsividad e hiperactividad; los secundarios son principio del trastorno antes de los 7 años, duración por lo menos de 6 meses y certeza de que no tiene como causa la esquizofrenia, un desorden afectivo o algún grado de deficiencia mental.

Ambas descripciones² fueron publicadas casi simultáneamente e hicieron referencia a lo que se conocía como el Síndrome

² Citadas porque fueron las primeras que consideraron este síndrome como trastorno psicopatológico.

de Disfunción Cerebral Mínima, aplicado a niños que exhiben trastornos de la conducta y el aprendizaje. Los procedimientos que permiten comprobar la existencia de tales síntomas se suman a la exploración clínica propia de la psiquiatría infantil, ciertas pruebas psicológicas, el estudio electroencefalográfico y la exploración neurológica pediátrica. Pero aun antes de que la OMS y la APA decidieran incluir el cuadro en sus clasificaciones, el Síndrome de Disfunción Cerebral Mínima fue llamado de diversas maneras: daño cerebral, daño cerebral mínimo, hiperquinesia infantil o niño hiperactivo o hiperquinético, hasta llegar al de disfunción cerebral mínima, este último parece expresar una actitud defensiva ante el hecho de que no podía demostrarse el daño cerebral y sus consecuencias inmediatas.

Durante casi toda la primera mitad del siglo XX la psiquiatría infantil estuvo dominada por las tesis psicoanalíticas. A través del análisis de los adultos se aprendió mucho acerca de la vida interior de los niños. Gran parte de los estudios del desarrollo psíquico del infante se sustentaron en el enfoque psicodinámico; ocurrió lo mismo con los desórdenes psíquicos y conductuales cuya etiología llegó a considerarse exclusivamente emocional. Los problemas infantiles tenían siempre su antecedente en las experiencias traumáticas de los primeros años de vida y en las relaciones con los padres, especialmente con la madre. El tratamiento era congruente con este enfoque: psicoterapia aplicada al niño en diversas formas y variedades, más la ayuda psicológica a los padres. El éxito relativo de esta terapia familiar en algunos de los casos llevó a la conclusión equivocada

de que todos los problemas psicológicos de los niños tenían esencialmente la misma etiología y, por tanto, requerían el mismo tipo de tratamiento (Gross, M. y Wilson, W., 1974).

Al principio de la década de 1940 sólo un reducido número de psiquiatras e investigadores enfocaban sus esfuerzos hacia el estudio de los factores biológicos que intervienen también en la producción de los cuadros psicopatológicos infantiles. A veces eran repudiados por sus colegas en las instituciones especializadas, debido al interés predominante por las tesis psicodinámicas (Kessler, J., 1980). El Dr. Laufer (1957), destacado estudioso de este síndrome, dice al respecto: "Era una situación incómoda... incluso el hecho de insinuar que en algún caso sobre el cual se discutía había posibilidades de la incidencia de factores orgánicos, conducía a una situación cercana al ostracismo".

Este dominio del psicoanálisis, sostenido desde principios del siglo xx, es quizá una explicación de por qué a pesar de las acuciosas observaciones clínicas hechas por el médico inglés G. F. Still (1902) sobre los niños con daño cerebral evidente, no fue sino hasta la década de 1920 que se retomó el tema con un definido interés por algunos cuantos autores (Burt, 1922; Hohman, 1922; Ebaugh, 1923; Kennedy, 1924; Stryker, 1925; Strecker, 1929). Ebaugh se refirió a las secuelas neuropsiquiátricas de ciertos padecimientos como la encefalitis, que producen cambios estructurales del sistema nervioso central; Stryker, por su parte, describió veintisiete síntomas propios de tales secuelas, entre los que señalaba algunos de los que hoy se consideran típicos del

TDAH: inatención, inestabilidad emocional, irritabilidad, problemas del sueño, hiperactividad y desobediencia.

El siguiente trabajo clínico relevante fue el de los doctores Kahn y Cohen (1934), quienes encontraron como dato esencial la hiperquinesia³ a la que consideraron el referente conductual de algún daño estructural del tallo cerebral. Posteriormente, ganó interés la posibilidad de que existiera daño cerebral, ya fuera de los núcleos de la base del cerebro o bien de la misma corteza. Contribuyó notablemente a ello el estudio del Dr. Bradley, en 1937, sobre el uso de los estimulantes en los trastornos de la conducta infantil. El éxito en cierta forma “paradójico” de la prescripción de esos fármacos a niños cuyo comportamiento parecía necesitar la acción de medicamentos sedantes, giraron la atención hacia los factores somático-fisiológicos. Contribuyó también el reconocimiento del fracaso de la psicoterapia tradicional aplicada a estos niños inquietos, y quizá al desarrollo de nuevas técnicas en el campo de la educación especial. Ganaron importancia en la descripción del síndrome las dificultades de aprendizaje, lo que a su vez favoreció el desarrollo de tests psicológicos, ingeniosos y útiles, no sólo para tipificarlo sino para diagnosticar problemas de aprendizaje en otras patologías, como el retraso maduracional descrito por la Dra. Bender.

³ Para hablar de la sintomatología característica de este cuadro actualmente se emplean de manera indistinta los términos hiperactividad e hiperquinesia (también: hipercinesia e hiperkinesia). Con base en la etimología, se debería usar la palabra hiperquinesia que proviene de *kinesis*, movimiento (de *kinein*, mover) e hiper más allá, sobre, excesivo. La traducción es excesivo movimiento, que es precisamente lo que estos niños presentan. Hiperactivo provoca la idea de una mayor actividad que no es precisamente lo mismo, porque existen muchas actividades que no se expresan con movimientos.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

En 1955, en un estudio hecho por Ounsted en niños epilépticos se intentó por primera vez la descripción clínica de un cuadro en el que se incluían signos y síntomas que hoy se reconocen como característicos del TDAH. Así, se reforzó la idea de que el fondo orgánico es determinante. La situación relatada por Laufer acerca de la influencia decisiva del psicoanálisis se abandonó como explicación etiológica. También en este contexto se llegó a extremos intolerables: ahora todo se debía a los cambios estructurales del cerebro que ocurren en los niños hiperquinéticos, su comportamiento nada tenía que ver con los problemas emocionales. Por ello se exageró la importancia de los datos proporcionados por las pruebas psicológicas (principalmente el test visomotor de la Dra. Bender, o *Bender Gestalt Test*). Se creyó que los estudios electroencefalográficos eran cruciales para el diagnóstico y se hablaba de la gran responsabilidad del lóbulo temporal del cerebro en la explicación de los síntomas conductuales. Igualmente se les dio más importancia a los "signos neurológicos blandos" de la que en realidad tienen.

Lo anterior propició un mejor conocimiento de la sintomatología, debido a un mayor apego a la observación clínica y a los estudios médicos en general. Pero se hizo a expensas de un descuido mayúsculo de la influencia de los factores psicológicos y sociales en la evolución y el pronóstico del trastorno. También se polarizó el tratamiento hacia el uso de medicamentos y la negligencia frente a otras formas terapéuticas como la psicológica, suministrada al niño y a su familia, y la pedagógica, mediante métodos novedosos que ya habían demostrado su utilidad.

Afortunadamente la orientación científica que tiende a integrar los hechos sin apearse a una tesis preconcebida y deformante se fue imponiendo poco a poco. Eso mismo ha ocurrido en otros campos de la medicina y, afortunadamente, de las ciencias en general, incluyendo a las sociales.

Situación actual

Al día de hoy el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia forma parte, como era de esperar, tanto en la ICD-10⁴ como en la DSM-IV con escasas diferencias entre ellas. La APA en su clasificación DSM-IV lo presenta así:

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

A. Existe 1 ó 2:

- I. Seis (o más) de los siguientes síntomas de inatención han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Inatención. A menudo:

- No presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.

⁴ICD: por sus siglas en inglés International Clasification of Diseases (Clasificación Internacional de Enfermedades), de la OMS.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

- Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
 - Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
 - No sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativo o a la incapacidad para comprender instrucciones).
 - Tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
 - Evita, le disgusta o es renuente a realizar tareas que requieren esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
 - Extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo: juguetes, lápices, libros o herramientas).
 - Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
 - Es descuidado en las actividades diarias.
2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad que han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad. A menudo:

- Mueve en exceso manos y pies, o se remueve en su asiento.
- Abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.

- Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- Está en marcha o suele actuar “como si tuviera un motor”.
- Habla en exceso.

Impulsividad. A menudo:

- Precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- Tiene dificultades para guardar turno.
- Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).

- B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o inatención que causan alteraciones se presentan desde antes de los 7 años de edad.
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo, en la escuela y en el hogar).
- D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad escolar y social.
- E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso del desarrollo normal, en esquizofrenia o en otro trastorno

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otra patología mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, de ansiedad, de tipo disociativo o de la personalidad).

Clasificación del TDAH

F90.0 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo combinado [314.01]: si se satisfacen los criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.

F90.8 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención [314,00]: si se satisface el criterio A1, pero no el criterio A2 durante los últimos 6 meses.

F90.0 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo [314.01]: si se satisface el criterio A2, pero no el criterio A1 durante los últimos 6 meses.

Hasta aquí la clasificación de la APA. En la de la OMS (ICD-10) no se llega a tanto detalle pero se describen pautas para el diagnóstico. Como no difiere mucho de la DSM-IV en lo esencial, recomiendo el uso de esta última pero haré otras consideraciones al hablar del diagnóstico.

Etiología

Desde que se identificó el cuadro clínico completo del TDAH, los científicos han intentado conocer sus causas a partir de diferentes hipótesis. Así, se ha obtenido cada vez mayor evidencia de que este trastorno no proviene de estímulos emocionales negativos del medio familiar, sino principalmente de factores biológicos. No existen, al día de hoy, conocimientos científicos que nos lleven a relacionar la vida en el hogar con el desarrollo del TDAH. Por una parte, no todos los hogares caóticos o inestables tienen niños con este trastorno y, por otra, no todos estos niños provienen de hogares inestables.

Algunas de las hipótesis sobre la etiología terminaron abandonadas y otras han permitido avanzar en el conocimiento y crear nuevos caminos para la investigación. Recordemos aquí que los nombres de daño cerebral mínimo y disfunción cerebral mínima⁵ provienen de la idea de que el trastorno tenía como antecedentes lesiones o daños cerebrales producidos por padecimientos infecciosos o traumatismos durante el embarazo y el parto.

Se pensó que el hecho de que tales lesiones no fueran detectables con los medios de que se disponía, no negaba esa posibilidad. Sin embargo, la teoría sólo podría explicar un número reducido de casos, puesto que no todos los niños con TDAH han sufrido traumas en su cerebro ni complicaciones al nacer.

⁵ Esa era la denominación que se usaba en 1976 para el TDAH.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

Otra teoría planteó como causa la ingestión de ciertas sustancias como el azúcar refinada. Un estudio realizado por los institutos de salud de los Estados Unidos de América en 1982, concluyó que la hipótesis no tenía respaldo científico y fue abandonada. De acuerdo con valoraciones hechas por los procedimientos científicos, el TDAH no es ocasionado por:

- Ver demasiada televisión
- Las alergias a alimentos o medicamentos
- El exceso de azúcar en la alimentación
- Un medio familiar inadecuado
- Un ambiente escolar negativo

En los años recientes se han practicado estudios interesantes de la neurofisiología y la bioquímica cerebral, utilizando los medios modernos de exploración. La tomografía por la emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés) ha permitido observar al cerebro en acción, considerando el consumo de glucosa por las diferentes áreas de la corteza y de los núcleos de la base. Con ésta y otras metodologías se sabe ahora que existen importantes diferencias entre los niños que sufren TDAH y los que no. En aquellos las áreas cerebrales que intervienen en el proceso de la atención usan menos glucosa, es decir, trabajan menos, son menos activas. A partir de este conocimiento, se supone que el bajo nivel de actividad de esas zonas causa la inatención.

Obviamente, es difícil desprender de estos estudios una conclusión segura mientras no se sepa qué es lo que

provoca esa baja de actividad. Probablemente esto se encuentre relacionado con la mayor o menor eficacia de los medicamentos y, al momento de editarse este libro, se trabaja en ello en diferentes países, principalmente en los Estados Unidos de América bajo los auspicios del National Institute of Mental Health. Por otra parte, la investigación sobre la manera en que el sistema nervioso central se desarrolla en un feto y continúa haciéndolo durante el primer año de vida, está dando información sobre lo que puede ocurrir para que las neuronas se conecten correcta o incorrectamente. Esto además proporciona algunas luces en el campo de las diferentes formas de las psicosis infantiles y del adulto. Se estudian también los efectos que puede tener en el feto el consumo, durante el embarazo, de algunas sustancias y medicamentos. Igualmente se investiga la acción de ciertas toxinas y sustancias del medio ambiente, ya que se sospecha que el plomo y otros componentes del aire son responsables de algunos cambios en la actividad cerebral.

Es una realidad que el TDAH “ronda” en las familias. Las historias clínicas señalan con claridad este hecho, lo que lleva a pensar que existen factores hereditarios influyentes. Un niño con este trastorno tiene al menos un pariente cercano que lo padece, y uno de cada tres adultos que en su niñez lo sufrió tendrá un hijo con el trastorno (NIH Publication No. 96-3672, 1996). En favor de un factor genético influyente, está otro hecho comprobado por los estudios en gemelos que muestran la alta incidencia del TDAH en ambos hermanos cuando son gemelos idénticos (homocigóticos). En relación con este dato, en 2008 se investigó un gen —en un

cierto número de familias que sufren un trastorno genético de la glándula tiroides— que podría estar involucrado en la transmisión del TDAH.

Prevalencia

En algunas publicaciones relativamente recientes se establece que el TDAH tiene una incidencia de 3 a 5% en los niños de edad escolar (de 6 a 11 años), pero en trabajos epidemiológicos anteriores se daban cifras menores. Es muy posible que las diferencias se deban al rigor que se ponga en el diagnóstico, pues aunque casi todos los estudios se basan en las recomendaciones de la DSM-IV, hay que considerar el valor que el investigador da a los síntomas registrados y a la manera en que se manifiestan en cada niño. Se debe ser cuidadoso con esta valoración; si se hace así, la incidencia real está alrededor de 3%. La discrepancia entre investigaciones es aún mayor al hablar de la diferencia entre niños y niñas. La relación va de 9 a 1 en algunas estadísticas y hasta de 4 a 1 en otras, y nuestra experiencia en México está de acuerdo con esta última. Asimismo, en las discrepancias actúan los factores mencionados, reforzados por aspectos socioculturales, cuya influencia afecta también al propio investigador.

El subtipo más frecuente es el combinado —más o menos igual presencia de datos relacionados con la hiperquinesia, comparados con los originados por el déficit de atención— (Cantwell, 1975). Poco sabemos todavía de las

causas neurofisiológicas que originan las diferencias y menos aún de las que dan cuenta de la notablemente mayor incidencia en los niños frente a las niñas. Cuando se tengan esas explicaciones científicamente fundadas se habrá dado un gran paso hacia el conocimiento de toda la base neurobioquímica del trastorno y de la relación de éste con los factores psicosociales. Por otra parte, es muy probable que los países más pobres tengan porcentualmente un número más elevado de casos. Ciertos trastornos que afectan al feto in útero y las incidencias negativas ocurridas en el parto son factores que facilitan la manifestación de este síndrome.



Capítulo 2:

El cuadro clínico

Los criterios diagnósticos que da la DSM-IV son de gran utilidad y entre los expertos existe consenso acerca de su valor para la identificación del TDAH. Es cierto que en esos criterios hay serias omisiones, como son la exploración clínica, la búsqueda de signos neurológicos y la evaluación sobre la utilidad que pueden tener los estudios electroencefalográficos y otros procedimientos de exploración.

De acuerdo con mi experiencia y según se puede concluir de la revisión del trabajo de otros expertos, el diagnóstico del TDAH se justifica siempre que estén presentes inequívocamente, y desde antes de los 7 años, los siguientes síntomas:

- Hiperquinesia, con las características que se han descrito como propias del trastorno, no como mera expresión

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

ocasional, temporal o situacional de un problema preponderantemente emocional. Implica la incapacidad del niño para organizar, regular y controlar su conducta motriz.

- Impulsividad, se expresa con frecuencia en forma de conducta agresiva e impredecible, debido a los cambios del humor. Cabe mencionar aquí a la “perseveración”,¹ que consiste en la dificultad para suspender una actividad repetitiva cuando se le da la orden.
- Retraso del desarrollo de habilidades específicas, que se traduce, principalmente, en problemas de aprendizaje. Sobresale como dato relacionado con este retraso la inatención, la incapacidad para concentrarse, la proclividad a distraerse de la tarea principal.
- Incapacidad para comprender y cumplir órdenes, (desobediencia patológica), en términos de la experiencia del autor.
- Sintomatología presente desde antes de los 7 años.
- Trastornos de conducta variables, siempre que se puedan identificar como consecuencia de la hiperactividad y la impulsividad: relaciones interpersonales muy obstaculizadas, manifestaciones de baja tolerancia a la frustración, temeridad (incapacidad para valorar adecuadamente el peligro), etcétera.

¹ Véase que digo “perseveración” y no “perseverancia”, consciente de que el primero es un término lingüísticamente inadecuado y que no lo registra el Diccionario de la Real Academia Española.

- Ausencia de trastornos psicopatológicos diferentes que explicarían la sintomatología: psicosis, retardo mental bien definido, desórdenes afectivos, inmadurez del desarrollo psicomotor (Velasco Fernández R., 1976).

Respecto a los criterios recomendables para calificar algunos de los síntomas, los de la DSM-III parecen suficientes:

- Inatención. Al menos deben estar presentes tres de estos síntomas: frecuentes fracasos para completar tareas; repetidas actitudes típicas que exhiben no estar escuchando; facilidad para distraerse; dificultad para concentrarse en las tareas escolares o en otras que exigen sostener la atención; problemas para persistir en una actividad determinada.
- Impulsividad. Al menos deben poder identificarse tres de los síntomas siguientes: actuar antes de pensar; desviaciones excesivas de una actividad a otra; problemas para organizar el trabajo; necesidad de supervisión casi continua; frecuentes interrupciones durante la clase; dificultad para respetar el turno en los juegos de grupo y en otras situaciones que lo requieren.
- Hiperquinesia. Deberán existir al menos dos de los siguientes síntomas: frecuente ir y venir; molestar excesivamente a los demás; problemas para permanecer sentado; movimientos excesivos durante el sueño; estar siempre en movimiento.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

Aunque supuestamente lo que nos dicen los expertos creadores de la DSM-IV debe bastar para caracterizar este trastorno, existen a mi juicio omisiones que la observación clínica debe subsanar.

El doctor Cruickshank (1971), señaló hace muchos años que la hiperactividad ocurre también en los niveles sensoriales. Quizá no sea oportuno mencionar este dato junto a la hiperquinesia, la cual se refiere sólo a los aspectos motrices; pero desde el punto de vista clínico sí es conveniente hacerlo. En efecto, parece que la disfunción misma favorece una forma de excesiva actividad sensorial, que obliga al niño a estar permanentemente hiperestimulado, tanto desde el exterior como desde su propio medio interno. Hay razones para suponer que el hambre, el dolor, la sed y otros estímulos internos tienen mayor intensidad en el niño hiperquinético y le exigen una satisfacción inmediata, so pena de alterar la conducta seriamente si la gratificación no ocurre. En cuanto a los estímulos externos, ofrecen al niño una gran dificultad para establecer la discriminación adecuada, provocando que prácticamente todos ellos tengan el mismo valor. Se comprende lo que esto significa como obstáculo para las tareas de aprendizaje.

Coloquémonos por un momento en los zapatos de esos niños. Piense que vive en una especie de caleidoscopio en el que las imágenes visuales, los sonidos y, por momentos, también las emociones y los pensamientos cambian constantemente... la mente, distraída por estímulos que debieran ser poco significativos, va de una idea a otra de manera casi repentina; lo mismo ocurre

con las actividades físicas, sin dar tiempo suficiente para pensar bien antes de actuar o para escuchar con atención lo que nos dicen. Puede parecer exagerado, pero es lo que se deduce de la sintomatología que presentan y de lo que nos comunican los niños y adolescentes que padecen el trastorno. Es importante valorar esta situación en relación con el entorno del paciente: la convivencia familiar, las situaciones escolares, etcétera.

La hiperquinesia manifiesta, además, una característica que conviene tener en cuenta cuando se interroga a los padres. Debido a que se origina principalmente desde el interior del niño, se manifiesta de manera permanente y en todo lugar. La **inquietud** que muestran otros niños cuyo problema no es el TDAH (los que sufren trastornos emocionales de diverso origen, por ejemplo), es casi siempre selectiva, en el sentido de que se exhibe sólo en los momentos y lugares que la originan o la evocan. El niño con TDAH es inquieto en el hogar, en la escuela y fuera de ella, aunque por supuesto, hay situaciones que la exageran y otras que parecen ejercer una influencia benéfica. En general, los ambientes que más estimulan los sentidos incrementan la motilidad, en tanto que los lugares tranquilos, sin ruido u otros estímulos, tienden a mejorar la conducta del niño y a disminuir la actividad física.

La **hiperactividad verbal** es otra consecuencia de la hiperquinesia. Algunos de los niños que la sufren hablan tanto y muestran tal incapacidad para mantener el foco de su atención durante el discurso, que nos hacen recordar ciertos estados maníacos del adulto en los cuales existe incluso fuga de ideas.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

Son pues, chicos hablantines que llegan a irritar a otros niños y especialmente a los adultos.

Debido a su relación con el tema que aquí abordo se describen los **trastornos del sueño**. Denhoff y Robinault (1970) dicen, por ejemplo, que a veces la hiperactividad se incrementa durante la noche de tal manera que se dificulta iniciar el sueño; también puede ser que el niño se duerma pronto y despierte unas cuantas horas después. Si esto ocurre, y puede darse el caso de que coexistan las dos formas de trastornos del sueño, el niño ya despierto comienza actividades propias de su hiperquinesia: habla en voz alta, deambula por la casa, pretende ponerse a jugar, etcétera. Sin embargo, tales conductas, son infrecuentes.

Existen dos formas de comportamiento que derivan directamente de la hiperactividad: la **destruictividad** y la agresividad. La primera se reconoce fácilmente en el hogar; con frecuencia el niño destruye objetos, valiéndose de herramientas como martillos, desarmadores, o bien, usa las manos o los pies. Las madres suelen expresar:

- Los juguetes no le duran ni un día...
- Todo lo destruye a pesar de los castigos...
- Por destructor, no lo aceptan otros niños...

La **agresividad** se manifiesta de muchas formas y no es algo que pueda separarse de la destrucción. En algunas ocasiones

el niño se muestra cruel con los animales, en otras agrede sin motivos a los demás niños o responde exageradamente a estímulos que no lo ameritan. Todo ello contribuye a que el chico sea percibido con recelo y que su impopularidad se incremente de manera irremediable.

Cabe señalar la no selectividad de la conducta agresiva. Es decir, el niño es indiscriminadamente agresivo las más de las veces, pero la madre puede expresar, por ejemplo, que tal o cual de los hermanos o de los amigos es el foco preferido de su agresión. Ésta puede manifestarse sólo de manera verbal y no llegar, salvo en contadas ocasiones, a la acción física directa.

También sobre la **inatención** expresaré algo más de lo que nos dice la DSM-IV. Es un producto de la distractibilidad que impide concentrar la atención y obstaculiza este proceso tan importante para el aprendizaje. Los autores anglosajones prefieren llamar al síntoma *short attention span*, que literalmente significa 'cortos periodos de atención', pone mayor énfasis en los aspectos positivos. De cualquier manera, esto constituye otra fuente de obstáculos para el aprendizaje y tal vez la principal razón para que el profesor —en muchas ocasiones— llegue a la errónea conclusión de que el niño hiperquinético es en realidad un deficiente mental. Debe quedar claro que el infante al que me refiero ahora es alguien con inteligencia normal, lo cual no descarta la posibilidad de que la hiperquinesia coexista con el retardo mental. Por supuesto, los síntomas que menciono pueden confundir a un observador inexperto, sobre todo cuando de hecho obstaculizan la capacidad

de aprendizaje del niño. Para que el profesor aplique un criterio más adecuado, deberá tomar en cuenta que si bien tanto el niño que sufre retardo mental como el niño hiperquinético no son buenos estudiantes, el primero se muestra siempre deficiente; mientras que el segundo frecuentemente sorprende con su capacidad para captar explicaciones complicadas.

La inatención está relacionada con la hiperactividad sensorial. En ella, el niño parece como si se viera forzado a reaccionar ante todos los estímulos (Wender, Paul H., 1971), y atraído por detalles irrelevantes. Tal situación refleja una incapacidad para organizar jerárquicamente los preceptos y las ideas, que adquieren así una importancia uniforme, porque el niño da la misma atención a lo esencial y a lo secundario.

Todos los autores que han investigado clínicamente este síndrome describen la **irritabilidad** como otro más de los síntomas característicos. Los estímulos placenteros y los frustrantes provocan respuestas exageradas de júbilo o de enojo, en comparación con lo que ocurre en los niños que no sufren trastornos de este tipo. Como consecuencia se presentan dos hechos que se pueden considerar derivados de la irritabilidad. Por una parte, el niño exhibe escaso control sobre su conducta y ésta se vuelve imprevisible a la vista de los adultos; y por otra, presenta una baja tolerancia a las frustraciones, lo que suele manifestarse en forma de berrinches incontrolables. Es un hecho bien conocido que los niños hiperquinéticos pasan sorpresivamente del enojo a la risa y de ésta al llanto, además de

que el no obtener lo que desean —incluso cosas sin importancia— puede provocar una rabieta que haga que los padres pierdan la paciencia.

La irritabilidad, a la que se podría llamar hiperreactividad (Wender, óp. cit.), implica la producción de respuestas normales en cuanto a la cualidad, pero definitivamente anormales por su intensidad. Aún no se ha explicado con claridad si esta característica es manifestación de una reactividad emocional alterada o de una incapacidad para modular reacciones sanas.

El otro síntoma importante, pero poco considerado en la DSM-IV es la **impulsividad**, entendida como la pérdida de la capacidad para inhibir una conducta. El niño hace lo que su impulso le indica, sin pensar en las consecuencias mediatas e inmediatas de sus actos. Da la impresión de no poder tolerar la menor demora en la satisfacción de sus demandas. Wender considera que la impulsividad incluye la baja tolerancia a la frustración, así como la llamada conducta antisocial, que comprende a su vez a la agresividad, la destructividad y la tendencia a cometer frecuentes hurtos. El mismo autor pone énfasis en los problemas que el niño tiene con el control de los esfínteres, y señala como datos frecuentes la enuresis y la encopresis. Con base en mi experiencia, puedo afirmar que dichos síntomas no aparecen con regularidad en el cuadro, y cuando son muy notables el clínico está obligado a buscar otros orígenes, quizá en el terreno de la patología emocional. Sin embargo, probablemente la enuresis y la encopresis son más

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

frecuentes en los niños que sufren TDAH que en los que no la padecen, vale la pena citarlos como componentes secundarios del síndrome.

La impulsividad del niño hace que se le tome por temerario; lo que sucede en realidad es que no mide el peligro. Además, por su incapacidad para inhibir los impulsos, con frecuencia se ve involucrado en conflictos interpersonales y puede caer en la conducta antisocial. Asimismo, suele tomar para sí artículos escolares de sus compañeros, dinero que la madre guarda en casa o cometer actos que se derivan de su agresividad y que casi siempre ameritan castigos tanto en la escuela como en el hogar, son los niños eternamente castigados. Como actúan con cierto cinismo exasperante es relativamente fácil confundirlos con verdaderos sociópatas en ciernes. De hecho, no hay duda acerca de que a un buen número de niños se les ha diagnosticado equivocadamente como hiperquinéticos. Por otra parte, ¿cuántos de los casos descritos por Dupré como perversiones instintivas constitucionales realmente eran auténticos TDAH? (Michaux, León). No lo sabemos. Del mismo modo ignoramos si Gilbert Robin se equivocó al llamar negligentes morales a niños que en realidad eran hiperquinéticos.

El siguiente síntoma de los niños hiperquinéticos es la **incoordinación de movimientos** o inmadurez motriz como también se la ha llamado. Algunos de estos niños tienen un desarrollo motriz aceptable e incluso pueden ser buenos atletas una vez que pasan la adolescencia, pero lo habitual es que exhiban

cierta torpeza general que involucra a los movimientos gruesos y a los finos. En este aspecto, los padres señalan caídas frecuentes, golpes contra muebles u otros obstáculos, poca seguridad para retener cosas entre las manos y muchos de ellos no logran sino hasta los 9 ó 10 años conducir una bicicleta, etc. También hay otros síntomas que hacen sospecharla, por ejemplo, las dificultades que tienen para abotonarse la camisa, atarse los zapatos, recortar figuras. En el plano escolar, son niños con dificultades para desarrollar ejercicios y contribuyen a que sus compañeros se equivoquen. Su inhabilidad para los deportes es manifiesta, un motivo más para que sus compañeros los excluyan de los juegos colectivos. La incoordinación para los movimientos finos se descubre fácilmente en la deficiente caligrafía.

Por lo general no falta dicha incoordinación, aunque sea en grados mínimos, pero no es suficiente su detección para asegurar la presencia del TDAH. En realidad, la dispraxia, como conviene llamar a esa forma de incoordinación, también forma parte de otros cuadros que poco o nada tienen que ver con el que me ocupa. Cuando acompaña a los síntomas más frecuentes del TDAH adquiere un significado mayor y su reconocimiento contribuye, sin duda, al diagnóstico.

La tendencia del niño que sufre TDAH a responder forzosamente a todos los estímulos se refleja en su interés y atracción por detalles mínimos e irrelevantes. Esto ya ha sido expresado, pero ahora lo señalaré en relación con una actitud obsesiva que el niño puede adoptar, a partir de esa incapacidad.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

La obesidad se traduce en un síntoma que se agrega al cuadro: la perseveración (Wender, Paul H.). La demanda de atención que exhiben estos niños se traduce en una conducta repetitiva, estereotipada y a veces compulsiva, que puede pasar inadvertida porque el foco de atención del observador se dirige hacia otras manifestaciones conductuales más perturbadoras.

La labilidad afectiva,² que es antecedente de la conducta imprevisible, la irritabilidad y la agresividad, es un síntoma que pertenece a la esfera afectiva. Para complementar la descripción de los trastornos del campo emocional se pueden citar además: anhedonia, depresión, deficiente autoestima y ansiedad. La depresión se puede comprobar, en algunos casos, a través de la presencia de los llamados equivalentes depresivos.

En cuanto a la autoestima, se ha visto que los niños mayores y los preadolescentes con TDAH frecuentemente se consideran a sí mismos incapaces, diferentes y malos, todo ello se desprende de las observaciones de sus maestros y de los estudios de personalidad que se les han practicado.

No es común que estos niños sufran ansiedad intensa y prolongada, síntoma que se presenta en otros cuadros psicopatológicos. Incluso algunos autores han pensado que la ausencia de angustia ante sus actos de violencia los sitúa como antecesores de la psicopatía. En varios de los pequeños pacientes

² En psicología, labilidad afectiva es un término que traduce la inestabilidad emocional de una persona, quien exhibe labilidad afectiva tiene un humor cambiante, los estímulos psicológicos la afectan fácilmente.

cuya sintomatología los incluye en los cuadros de TDAH puede verse una forma de angustia ligada a la compulsividad, que recuerda a la de los adultos con daño cerebral, descrita por Goldstein en 1942. En ambos casos la compulsión parece tener como finalidad evitar la ansiedad que se experimenta ante situaciones nuevas e inesperadas.

La realidad clínica es que los cuatro últimos síntomas que he citado tienen escaso valor práctico para el diagnóstico. Se mencionaron porque algunos autores los describen como parte del cuadro clínico, pero el acuerdo es general en cuanto a su poca especificidad. Los cambios emocionales, cuando existen, sólo contribuyen a matizar el trastorno y a producir diferencias entre un caso y otro.

Antes de hacer referencia a los trastornos del aprendizaje, que constituyen un aspecto central del trastorno, es pertinente considerar el síntoma conductual descrito con el nombre de **desobediencia patológica**. Hace muchos años, el doctor Thelander (1968) se refirió a la incapacidad que tienen varios de estos niños para comprender órdenes verbales. Se sabe que son desobedientes, pero su actitud ante las reglas y limitaciones establecidas por los adultos que tienen autoridad sobre ellos no es la de quien desobedece a sabiendas de que comete una falta que habrá de ocultar, sino la de quien no ha comprendido la prohibición y su significado, y mucho menos la necesidad de acatarla. El niño comete una y otra vez la misma falta sin tratar de ocultarla y sin comprender por qué se le castiga. De hecho se muestra

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

sorprendido cuando se le llama la atención, considerándose injustamente tratado. Respecto a su conducta en relación con su desobediencia, las madres suelen expresar:

- Mi hijo no es capaz de obedecer... he probado hasta diciéndole las cosas al revés, pero no obtengo buenos resultados.
- Después de una explicación y una amenaza, apenas me doy la vuelta, ya está haciendo lo que le prohibí.
- Con mi niño no valen los golpes ni los castigos, simplemente no registra lo que le prohíbo.

Éstas expresiones, que obtuve a través de mi práctica médica diaria, demuestran un desconcierto explicable por la forma peculiar del desacato de sus hijos. Cabe decir que ni siquiera es una verdadera desobediencia, ya que difícilmente se desatiende una orden que no se ha comprendido.

De cualquier modo, si el entrevistador busca este dato mediante las preguntas adecuadas, se sorprenderá de la frecuencia con que lo encontrará como acompañante del trastorno que me ocupa. Tan es así que su presencia, junto a la hiperquinesia verdadera y la inatención, dejará pocas dudas acerca de un diagnóstico de presunción.

Los **trastornos del aprendizaje**, casi siempre presentes en este cuadro, hacen que un profesor poco observador llegue —con frecuencia— a la conclusión prematura de que el niño sufre un retardo mental. El origen de las dificultades escolares

no está muy claro, pero por lo menos se pueden mencionar dos obstáculos para el aprendizaje que inciden en este pseudorretardo (Werry, John S., 1969):

- La hiperquinesia misma asociada a la incapacidad para la concentración, reduce el tiempo que el niño dedica a su trabajo escolar y a las tareas en casa.
- La existencia de desórdenes en el proceso cognoscitivo, especialmente los del área visomotora, que tienen probablemente una responsabilidad mayor.

Las dificultades escolares actúan también como agravantes, debido a que al niño se le complica realizar la tarea escolar en casa y opta por no hacerla. Veamos con mayor detenimiento los desórdenes del proceso cognoscitivo que afectan su rendimiento en el área del aprendizaje. La disociación, se define como la incapacidad para ver las cosas como un todo, como una gestalt (Cruickshank, William M., 1971), es una dificultad que se puede reconocer fácilmente en los tests visomotores porque, después de todo, está relacionada con otras incapacidades como la de traducir unos estímulos visuales en actos motrices. El niño no integra los detalles de un percepto en una totalidad o figura acabada (gestalt); por eso es que no puede dibujar correctamente las formas que se le presentan: las invierte, las fragmenta o las mutila. Aparece así su incapacidad de conceptualizar cosas separadas en una unidad significativa,

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

dificultad que posteriormente se traduce en problemas con la escritura (disgrafía), la lectura (dislexia) y el deletreo de palabras. Es frecuente que así ocurra.

La inversión del campo visual es otra de las características psicológicas que interfieren con el proceso cognoscitivo. El niño no puede destacar la figura del fondo en que ésta se encuentra y con frecuencia el fondo adquiere mayor relevancia. A esto se le llama inversión de fondo y figura. Las consecuencias que implica para el aprendizaje son importantes, sobre todo si se tiene en cuenta que una inversión semejante ocurre con los demás sentidos. Los estímulos que provienen de todo el campo sensorial tienen aproximadamente el mismo valor, lo cual impide que la atención se fije discriminadamente sobre lo que en un momento dado constituye la figura central, cuando ésta debe destacarse del fondo. Tal cosa se descubre cuando se aplican ciertas pruebas, como la ideada por Strauss y L. Lethinen (1947), que consiste en presentar estímulos visuales en los que no es fácil separar la figura del fondo.

La perseveración, fenómeno ya descrito y que se puede definir como la dificultad para cambiar de una actividad, mental o física a otra, es un dato más que se suma a los dos anteriores para obstaculizar las tareas de aprendizaje. En el caso de los niños que sufren TDAH se presenta como el efecto prolongado de un estímulo en las actividades subsecuentes. Se ve claramente en la ejecución de los dibujos de la prueba de Bender. Después de dibujar los puntos de la tarjeta número 1, el niño sigue haciendo

puntos en la número 2, a pesar de que en ella existen hileras de pequeños círculos.

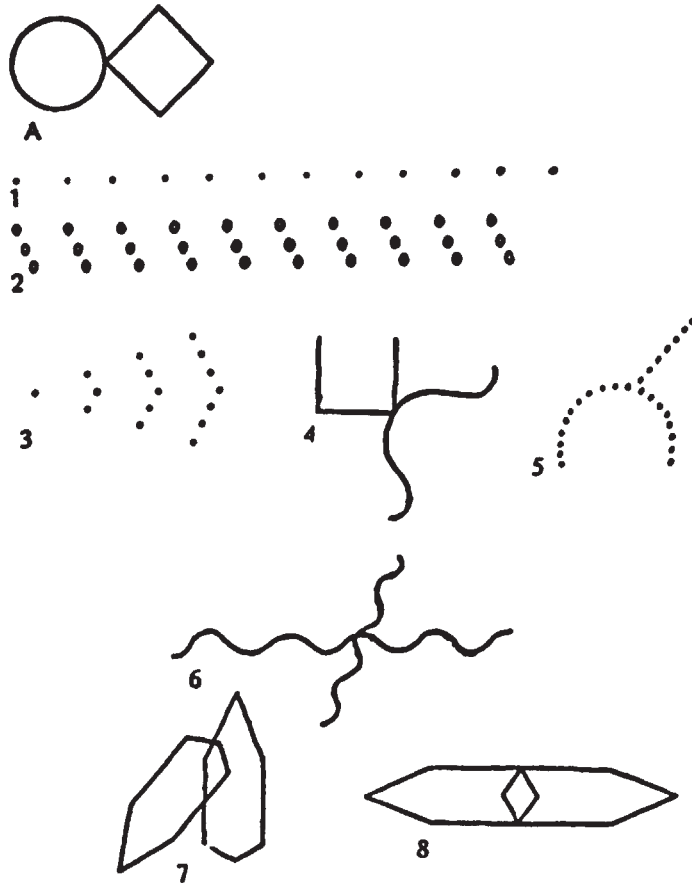


Fig. 2.1 Figura del Bender Gestalt Test, según la adaptación de Wertheimer.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia












































Adultos	100%	25%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
11 años	95%	95%	65%	60% 	95%	90%	70% 	75% 	90%
10 años	90%	90%	60% 	60% 	80% 	80%	60% 	60% 	90%
9 años	80%	75%	60% 	70%	80%	70%	80%	65% 	70%
8 años	75%	75%	75%	60%	80%	65%	70% 	65% 	65%
7 años	75% 	75%	70%	60% 	75%	65% 	60% 	65% 	60% 
6 años	75% 	75%	60% 	80% 	75% 	60% 	60% 	60% 	75% 
5 años	85% 	85%	60% 	80% 	70% 	60% 	60% 	60% 	75% 
4 años	90% 	85% 	75% 	80% 	70% 	60% 	65% 	60% 	60% 

Fig. 2.2 Resumen de las respuestas normales a diferentes edades.

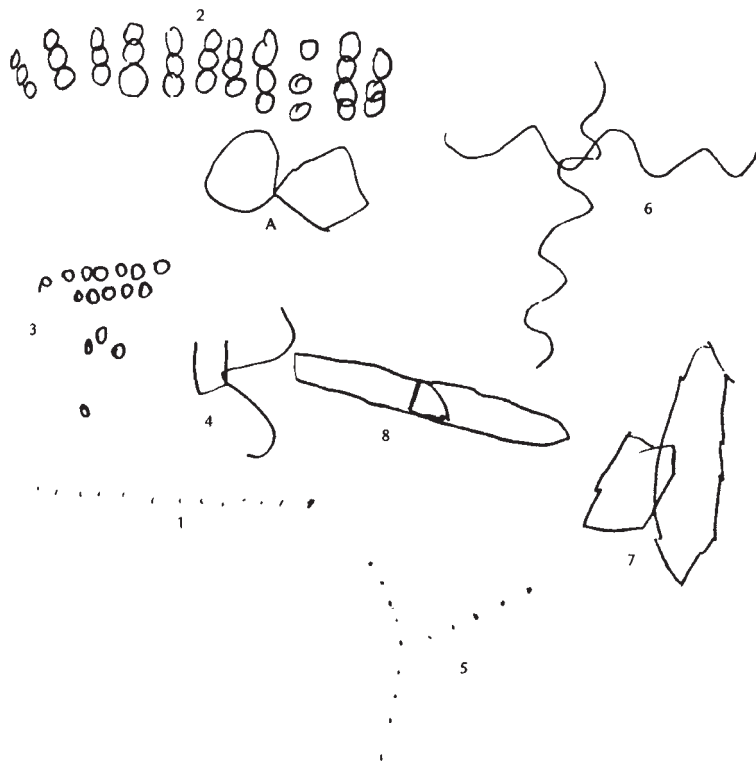


Fig. 2.3 Nombre: F.C.S. Edad: 6 años, 2 meses. Sexo: masculino. Sintomatología básica: hiperquinesia, oposicionismo, agresividad de palabra y de hecho, inatención, "berrinches" (baja tolerancia a la frustración). Coeficiente intelectual: 115, determinado por la aplicación del wisc, test de Raven y otros.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

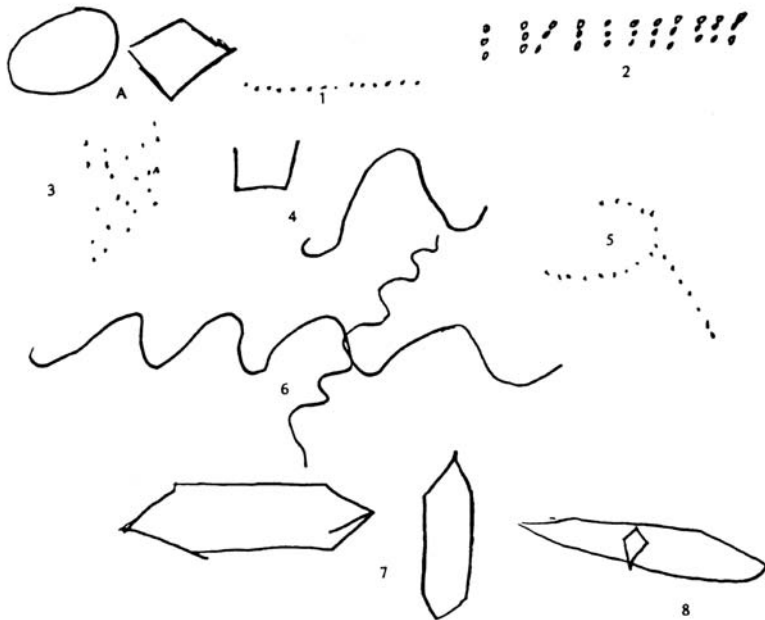


Fig. 2.4 Nombre: C.B.V. Edad: 10 años, 6 meses. Sexo: masculino. Sintomatología básica: incoordinación motriz, dificultades de aprendizaje, inatención, hiperquinesia. Coeficiente intelectual: 90, determinado por los test de Raven (individual) y wisc.

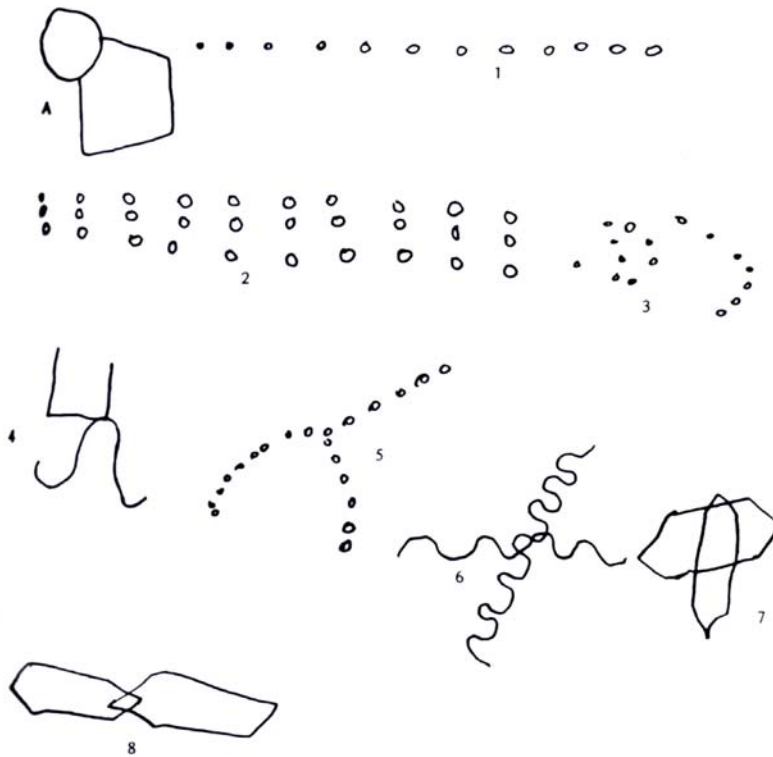


Fig. 2.5 Nombre: L.B.R. Edad: 10 años, 10 meses. Sexo: masculino. Sintomatología básica: hiperquinesia, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración. Coeficiente intelectual: 85, obtenido mediante aplicación del wisc.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

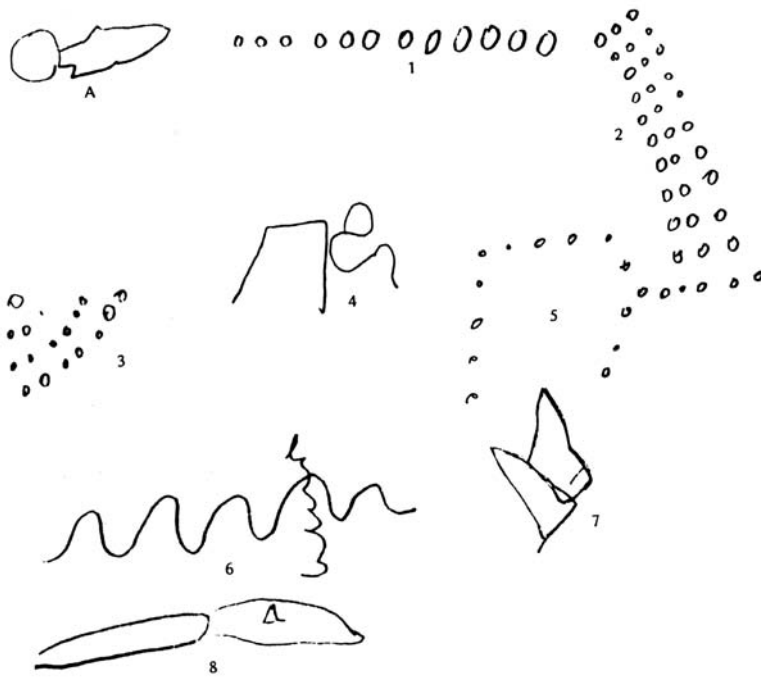


Fig. 2.6 Nombre: C.A.G. Edad 8 años, 10 meses. Sexo: femenino. Sintomatología básica: rebeldía, oposicionismo, agresividad, hiperquinesia. Coeficiente intelectual: 103, determinado con el test de matrices progresivas de Raven y el wisc.



Fig. 2.7 Nombre: S.A.B. Edad: 7 años, 2 meses. Sexo: femenino. Sintomatología básica: hiperquinesia, agresividad, inatención, dificultades de aprendizaje, incoordinación motriz. Coeficiente intelectual: 90, determinado con los test de Raven y el wisc.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

En cuanto a la conducta, la perseveración se manifiesta de diversas maneras: el niño repite una y otra vez la misma frase; continúa iluminando un dibujo pese a haberlo terminado; sigue rebotando una pelota aunque haya llegado al límite previsto, entre otras acciones. Es como si la actividad motriz se hubiera perpetuado.

Respecto a la memoria, ésta se encuentra disminuida, un motivo más para que los procesos de aprendizaje se vean obstaculizados. La atención es un fenómeno muy ligado a la memoria, lo mismo que la tensión, aquélla para favorecerla y ésta para frenarla. Si recordamos aquí que estos niños sufren aprosexia con sólo pequeños lapsos de atención propicia para el aprendizaje racional, y si agregamos el hecho de que la tensión aumenta como resultado de la hiperactividad y de otros fenómenos se comprenderá el origen de la incapacidad para memorizar normalmente. En la práctica, esto se traduce en una cadena de hechos que arruinan el proceso normal del aprendizaje escolar (Cruickshank, William M., 1971); a partir de la desventaja que implica el hecho de utilizar sólo breves lapsos de atención, la tensión del niño se incrementa cuando el profesor lo amonesta y le exige una mayor concentración; se reduce así la capacidad de recordar lo que le acaban de decir y aumenta la hiperactividad que es causa, a su vez, de una reducción de los periodos de atención y concentración. Se cierra entonces el círculo vicioso que conduce a una explosión del profesor o del padre, en una experiencia más de fracaso para el niño.

También dentro de los trastornos del aprendizaje debe mencionarse la pobreza de la imagen corporal que los niños con

TDAH exhiben con frecuencia. Como resultado de una larga serie de vivencias, fracasos y problemas visomotores, el infante forja una imagen deformada de su cuerpo y del cuerpo humano en general, lo que se comprueba en los tests psicológicos que consisten en el dibujo de una persona. Si he incluido aquí este dato, es porque interfiere en el proceso de aprendizaje, puesto que la formación de una adecuada imagen corporal está relacionada con el desarrollo del ego y con la estructuración de un concepto positivo de sí mismo. No cabe duda de que una buena y estimulante imagen corporal es la base de un buen concepto del *self*. Presento un cuadro descriptivo con valor didáctico de los síntomas del TDAH.

Hiperquinesia:

- Destructividad
- Hiperactividad verbal
- Trastornos del sueño
- Agresividad

Inatención:

- Hiperactividad sensorial
- Distracción

Irritabilidad:

- Conducta impredecible
- Baja tolerancia a la frustración: rabietas, berrinches, sainetes

Impulsividad:

- Conducta antisocial
- Enuresis, encopresis
- Temeridad

Incoordinación motriz:

- Torpeza corporal
- Disgrafía
- Ineptitud deportiva
- Disartria, dislalia

Disforia:

- Anhedonia
- Ansiedad
- Deficiente autoestima

Desobediencia patológica:

- Incomprensión de órdenes
- Repetición de la falta
- Incomprensión del castigo

Trastornos del aprendizaje:

- Problemas visomotores, dislexia
- Disociación
- Inversión del campo visual

- Perseveración
- Memoria deficiente
- Pobreza de la imagen corporal

Además de la sintomatología resumida está la signología, la cual debe tenerse en mente durante la exploración física y psicológica del niño. Los síntomas y signos nos deben proporcionar los elementos necesarios para emitir un diagnóstico, los primeros son recogidos principalmente durante el interrogatorio directo e indirecto, y los segundos a través de la indispensable exploración y los estudios de laboratorio.



Capítulo 3:

El diagnóstico

La historia clínica es la fuente más importante de datos, cuya correcta valoración permite un diagnóstico de presunción y, con frecuencia, una definición completa. Los rubros más relevantes en la aportación de los datos para diagnosticar el TDAH:

- Los antecedentes personales patológicos y no patológicos (edad, ocupación, referencias familiares, etcétera).
- La historia del desarrollo psicobiológico.
- La sintomatología actual.
- La exploración psiquiátrica.
- La exploración física, sobre todo la neurológica.
- La exploración psicológica (entrevista y aplicación de tests).

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

Pocos cuadros de la psicopatología infantil demuestran con tanta claridad la necesidad de una acción interdisciplinaria. El diagnóstico y, sobre todo, la acción terapéutica se favorecen si intervienen diferentes especialistas. Por ello, los estudios más completos se obtienen en las instituciones donde se cuenta con personal especializado y los medios instrumentales necesarios. Es evidente que el equipo de trabajo debe tener un líder responsable de la atención integral prestada al niño y del curso de la terapia ante el propio paciente y sus familiares. Siempre que tal situación sea posible, el líder deberá ser el psiquiatra infantil, quien deberá estar suficientemente preparado para la elaboración de la historia clínica, la valoración de los datos, el establecimiento de un diagnóstico y el seguimiento del tratamiento integral. Por supuesto, otro médico o el psicólogo clínico pueden ocupar ese lugar si tienen los conocimientos necesarios.

La *anamnesis* es parte fundamental de la historia clínica. Los padres, en especial la madre, constituyen la principal fuente de datos. Siempre se debe intentar interrogar al profesor del niño; igualmente se debe tener en cuenta la información que proporcione el trabajador social acerca de la situación socioeconómica y general de la familia. Un buen consejo es que no se debe confiar excesivamente en las fuentes de información. Graham, Rutter y Williams (1970) demostraron que una comparación hecha entre las quejas de los padres y los datos obtenidos directamente del niño señala que aquéllos, por regla general, reportan menos hechos relevantes que el paciente mismo.

Respecto a los antecedentes, los que más importan son la historia del embarazo y las circunstancias del parto. No es ocioso insistir en que la ausencia de datos patológicos en este renglón no invalida un diagnóstico positivo, como tampoco la presencia de una *anoxia neonatorum* implica el desarrollo del TDAH. La historia del desarrollo psicobiológico del niño puede resultar útil para el diagnóstico, sobre todo si se aportan datos sobre problemas del lenguaje, del sueño y de la coordinación motriz en general. De especial valor sería el descubrimiento de una marcada hiperquinesia desde muy temprana edad. Se recomienda mayor cuidado en la valoración de los datos más representativos del síndrome: hiperquinesia, inatención, impulsividad, desobediencia patológica.

La entrevista psiquiátrica directa con el niño reviste gran importancia. Los datos que arroja la inspección general pueden ser útiles: un niño desaliñado, descuidado en el vestir, inquieto y distraído puede despertar la sospecha del trastorno. Pero no dejará de obtenerse información acerca del estado afectivo, el tono del humor, la orientación, la percepción, los procesos del pensamiento y la verbalización y el lenguaje. Coadyuva al diagnóstico la presencia de mala orientación en tiempo y espacio, afectividad inestable con humor cambiante, verbalización inadecuada y problemas con la pronunciación de ciertas palabras. Nunca se debe dejar de hacer la exploración médica rutinaria, sin embargo, lo más importante es que el examen neurológico se practique, preferentemente, en la primera entrevista.

Examen neurológico

Para el caso del TDAH la mayoría de los expertos está de acuerdo con que no es necesario efectuar un examen neurológico pormenorizado. Sin embargo, hay que partir del supuesto de que se hace un estudio integral de un niño cuya situación patológica se desconoce y, por lo tanto, se recomienda hacerle un examen neurológico exhaustivo. El síndrome no incluye patología neurológica severa y no es de esperar que la exploración descubra francos signos de anormalidad en el sistema nervioso central. Lo habitual es que se obtengan datos que suelen llamarse signos neurológicos blandos. No se trata de signos de dudosa interpretación (datos no muy definidos obtenidos por exploración), ya que su existencia puede quedar perfectamente establecida porque traducen una disfunción. Su ausencia, en cambio, no niega la existencia del trastorno; insisto en ello a riesgo de parecer repetitivo. Los que se describen como ligados al cuadro que nos ocupa son los que develan un significativo retraso del desarrollo de una o más de estas funciones: lenguaje, coordinación motriz, percepción, diferenciación derecha-izquierda y coordinación visomotora. Conviene recordar que tales funciones siguen un curso característico de progreso, no obstante el retardo en su desarrollo puede ser provocado por el retraso mental de diferentes orígenes: desórdenes maduracionales, trastornos cerebrales de base orgánica y aun por la combinación de factores, lo cual ocurre con relativa frecuencia. El justo valor clínico de

los signos se obtiene considerando el grado de impedimento en relación con la edad mental y la edad cronológica del niño (Cohen, H. J. y cols., 1967).

Las pruebas que se describen a continuación se pueden practicar fácilmente en el consultorio del médico general, pues no requieren de instrumentos especiales; sin embargo, por medio de ellas es posible descubrir los signos neurológicos ligeros de los que hemos hablado (Duffy, John C., 1974).

1. Prueba dedo-nariz. El niño toca con el dedo índice alternativamente la punta de su nariz y el dedo del examinador. Entre un movimiento y otro el examinador cambia de posición su propia mano. Habitualmente se comprueban las dificultades a las que se enfrentan estos pacientes para ejecutar la orden.
2. Prueba destinada a valorar la habilidad para mover los globos oculares: estando niño y examinador frente a frente, se le ordena a aquél que siga exclusivamente con los ojos un objeto, generalmente un lápiz que el médico mueve en diferentes sentidos. Por lo común, el niño que sufre TDAH muestra dificultades para hacerlo con éxito y tiende a mover la cabeza para seguir el objeto.
3. Prueba de tocamiento simultáneo: sirve para evidenciar la incapacidad de estos pacientes para diferenciar dos estímulos táctiles cuando se le aplican al mismo tiempo en la piel.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

4. Prueba que revela simultagnosia: consiste simplemente en mostrar un cuadro que contiene objetos y personas y pedir una descripción de lo que se ve. Quien la sufre puede nombrar los objetos y las personas que ve pero no es capaz de describir las acciones que realizan. Puede estar presente en los niños que padecen TDAH.
5. Pruebas relacionadas con la deambulación: se pueden descubrir así las limitaciones de estos niños comparados con otros de la misma edad, haciendo caminar al niño con las puntas o los talones de los pies, o pidiéndole que camine por una línea tocando con el talón de un pie la punta del otro.
6. Prueba de *grafestesia*: regularmente los niños en edad escolar son capaces de acertar cuando se les pide que identifiquen la letra que en su espalda hemos trazado con nuestro dedo índice. Frecuentemente, en el caso del TDAH, el niño no identifica la letra.
7. Prueba de vestirse y desvestirse: puede aportar datos acerca de la incoordinación, tanto de los movimientos gruesos (ponerse y quitarse un suéter, por ejemplo) como de otros más finos (abotonarse, atarse los cordones de los zapatos, etcétera).
8. Otra prueba útil es la que consiste en ordenar al niño que se siente frente al examinador y flexione una pierna para que su talón toque la rodilla contraria y resbale por toda la tibia hasta el suelo. Es de esperar que los niños que sufren el TDAH muestren dificultades para ejecutar estas indicaciones.

9. Prueba de movimientos coreiformes o accesorios (de pianista): para observar la presencia de este tipo de movimientos se pide al niño que extienda los brazos hacia adelante con las palmas de las manos vueltas hacia abajo mientras mantiene los ojos cerrados.
10. Prueba de sinquinesia: se detecta cuando al realizar un movimiento complicado con un miembro se producen movimientos iguales simultáneamente en el miembro opuesto. Para ello se ordena al niño que, empezando por el meñique, toque con la punta de cada uno de sus dedos de la mano derecha la punta del dedo pulgar de la misma. Si observamos al mismo tiempo la otra mano, comprobaremos que los dedos se mueven en igual forma. Después de la edad preescolar no debe existir la sinquinesia, y si aparece puede interpretarse como uno de los signos neurológicos ligeros que estamos describiendo.
11. Prueba para determinar *adiadococinesia*. Puede investigarse de diversas maneras. Una de ellas es mostrar al niño ciertos movimientos y pedirle que los ejecute él mismo. Sentados, con las manos sobre las rodillas, se pueden ejecutar movimientos alternantes de pronación y supinación de los antebrazos. Acostados en decúbito dorsal, levantar primero el brazo izquierdo y la pierna derecha, luego, alternadamente, los otros dos miembros. Normalmente después de un principio titubeante e incierto, casi todos los niños mayores de 5 a 6 años pueden hacerlo exitosamente,

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

no así aquellos con TDAH, quienes suelen tener grandes dificultades.

12. Prueba de estereognosia: el sujeto presenta dificultad para percibir y comprender la forma y naturaleza de los objetos que palpa, pese a no verlos. Para determinarlo basta con poner en las manos del niño, mientras se le mantiene con los ojos tapados, ciertos objetos ya conocidos por él (monedas, llaves, lápices, gomas, etc.) y pedirle que los identifique.
13. Los movimientos de la lengua deben investigarse dando órdenes sencillas y mostrando primero la forma de hacerlos. Se pide al niño que trate de llegar con la punta de la lengua a la nariz, la barbilla y ambas comisuras labiales. Todas son acciones que pueden resultar difíciles para el niño que sufre TDAH.

Éstas y otras pruebas deben hacerse; consumen poco tiempo y tienen un valor adicional pocas veces expresado por los autores. Además, dan la oportunidad de establecer un buen *rapport* en un clima amable, sobre todo si se realizan como si se tratara de un juego.

Electroencefalograma (EEG)

El estudio electroencefalográfico no hace el diagnóstico. Durante algunos años, y ante el auge de la exploración por este medio, se sostuvo que su aplicación era lo que finalmente podría inclinar la balanza hacia el diagnóstico o hacia su negación. Hoy día, a veces

se llega al otro extremo, el de eliminar del EEG toda posible validez como apoyo a la clínica aplicada a este cuadro. En el estudio del síndrome hecho en 1998, indebidamente no se intentó valorar su utilidad.

Daré una opinión con base en mi experiencia. En primer lugar, se recomienda que la exploración electroencefalográfica se realice siempre, en todos los casos de niños hiperquinéticos. Es un hecho que los EEG muestran trazos anormales con mayor frecuencia de lo que ocurre en niños sanos. Además, no debemos olvidar que también el déficit de atención da un porcentaje mayor de comorbilidades que pueden detectarse por la exploración electroencefalográfica.

No hay cambios en un EEG que puedan ser considerados específicos o característicos del TDAH, pero hay consenso en el sentido de que se encuentra, con mayor frecuencia de la que ocurre en los demás niños o en aquellos que son inquietos pero no reúnen los requisitos señalados en la DSM-IV, la existencia generalizada de ondas lentas (theta) y una franca reacción aumentada a la hiperventilación. Se insiste: no es necesario que estas anomalías existan para hacer el diagnóstico, pero si se encuentran y la clínica apunta en ese sentido se tendrá un dato más en su apoyo.

Pruebas psicológicas

La evaluación que el psicólogo clínico debe hacer, reviste cierta importancia para el diagnóstico y, posiblemente, mayor aún para

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

el pronóstico de las dificultades de aprendizaje características del trastorno. En general, se recomienda la aplicación de las pruebas que sirven para obtener el cociente intelectual. Se utilizan preferentemente los tests de matrices progresivas de Raven, el de Goodenough y el *wisc* (*Weschler Intelligence Scale for Children*). En cuanto al Test de Goodenough, además de los datos relativos a la inteligencia, puede aportar elementos que permiten deducir si el niño tiene una imagen corporal deformada; aunque estos datos se pueden obtener con otra prueba también muy empleada, la del dibujo de una persona, de Machover.

Entre las pruebas psicológicas que existen para la valoración de facultades específicas una de las más usadas es la de Bender, que ayuda a descubrir las dificultades visomotoras,¹ aunque en algunos medios se abusa de su utilización y se le concede un valor excesivo. Se llegó a decir que esta prueba es “el electroencefalograma de los pobres”, aduciendo a su pretendida capacidad para demostrar organicidad cerebral. La verdad es que cuando se aplica correctamente y demuestra que hay dificultades visomotoras ostensibles nos proporciona un buen elemento para el diagnóstico, siempre que estos datos se agreguen y se valoren con los de carácter clínico. La distribución caótica de los dibujos, la perseverancia, la fragmentación y las rotaciones son los elementos que con mayor frecuencia se encuentran en los protocolos de los

¹ He incluido las figuras originales del test en el que se ilustran las respuestas normales por edades y cinco ejemplos de casos de TDAH.

niños que sufren el trastorno. Pero debo señalar que cuando el test se aplica a infantes que nunca han asistido a la escuela y que además viven en el medio rural, los resultados no tienen validez para diagnosticar las dificultades visomotoras (1952).

La batería de tests que integran la prueba del desarrollo de la percepción visual de Marianne Frostig puede aportarnos datos de gran importancia para diagnosticar las dificultades de aprendizaje. Se descubren con ésta los siguientes datos:

- Pobre coordinación mano-ojo; como se sabe, una buena coordinación favorece la habilidad para escribir.
- Obstáculos en la capacidad para la discriminación fondo-figura.
- Severos problemas para analizar las relaciones espaciales.

No tengo la intención de agotar el tema de la investigación psicológica en el caso del diagnóstico de este trastorno. Muchos otros tests se han ensayado, incluso se dice que algunos proporcionan elementos de esencial interés para apoyar el diagnóstico. Pero insisto en que la exploración psicológica es una ayuda secundaria, aunque lo suficientemente valiosa para que nunca se omita. Sin embargo, la hiperquinesia, síntoma más importante del trastorno, parece poco abordable por los métodos de la psicología clínica. Para su valoración difícilmente se puede pensar en escalas que logren eludir la subjetividad del examinador.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico es fácil cuando se puede comprobar la existencia de los síntomas principales. Un cuadro caracterizado por hiperquinesia verdadera, inatención, irritabilidad y desobediencia patológica debe ofrecer pocas dudas; con mayor razón si la exploración física confirma los signos. Otras veces, en cambio, la levedad de los síntomas y signos, o bien la presencia de otros datos de dudosa clasificación (neuróticos o incluso psicóticos), colocan al clínico en una posición más difícil. Aquí es donde lo clínico supera el valor de las pruebas psicológicas.

Tal vez los cuadros que más se asemejan al del niño con TDAH son la llamada inmadurez y ciertas formas de la deficiencia o el retardo mental. El término de inmadurez ha sido introducido en la psicopatología y en la psicopedagogía para referirse a un síndrome cuya total comprensión se dificulta en la medida en que se agregan ciertos calificativos: inmadurez emocional, visomotora, psicomotriz, electroencefalográfica, social, afectiva, etc. Se caracteriza, de una manera general, por algunos trastornos de la psicomotricidad y de la conducta afectiva, los cuales sólo con fines didácticos se pueden agrupar del siguiente modo:

- Expresiones de inmadurez psicomotriz
 - Bajo rendimiento en tareas como colorear dibujos o recortar figuras.

- Incapacidad manifiesta para terminar los trabajos individuales que se le asignan.
 - Dificultad para comprender y consumir las órdenes que se le dan (no una verdadera desobediencia patológica).
 - Reticencia a trabajar individualmente en el banquillo escolar.
 - Facilidad para distraerse a causa de la intervención de otros niños.
 - Conductas motrices correspondientes a una edad cronológicamente menor.
- Expresiones de inmadurez afectiva-conductual
 - Fracaso del niño en el intento de ganar seguridad en las relaciones con sus “objetos amorosos”.
 - Incapacidad para manejar las emociones: angustia frecuente al enfrentarse a situaciones mínimamente conflictivas.
 - Llanto fácil y recurrente.
 - Conducta demandante o excesivamente apegada hacia los padres, el profesor o la educadora.
 - Comportamiento regresivo en varias áreas del desarrollo: el lenguaje y las actitudes corresponden a una edad cronológicamente menor. Sin embargo, el niño no presenta características de deficiencia mental, sólo de inmadurez en sus expresiones emocionales y conductuales.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

Acerca de la inmadurez, lo dicho basta para comprender que puede confundirse con el TDAH. Sin embargo, es relativamente sencillo hacer un diagnóstico diferencial.

Por otra parte, la deficiencia mental también puede causar confusión con el síndrome hiperquinético. En Latinoamérica se cuestiona el uso de la expresión “retardo mental”, a pesar de que en el resto del mundo occidental se emplea con aceptación. Tal vez se debe a que en nuestro medio la palabra “retardo” conduce al calificativo retrasado, que habitualmente tiene un carácter despectivo. Algunos autores como Sarason (1968) creen que se debe hacer una distinción, clínicamente aconsejable, entre la deficiencia y el retardo; aquélla calificaría, así, un estado deficitario de la inteligencia ligado a cambios orgánicos reconocibles, en tanto que el retardo se refiere al incompleto desarrollo de la inteligencia en ausencia de una lesión del sistema nervioso central, cualquiera que sea su origen. Independientemente de esta posición, que dista mucho de ser aceptada por todos, en lo personal prefiero el término deficiencia, porque explica el problema central sin prejuzgar sobre la etiología: lo que existe es un déficit de las funciones mentales llamadas superiores: la inteligencia, el juicio, la memoria y el razonamiento, las cuales también suelen estar afectadas. Por eso es que la definición utilizada por la American Association of Mental Deficiency parece muy adecuada. Una traducción un tanto libre sería: “La deficiencia mental se refiere a un funcionamiento intelectual por debajo del promedio general, que se origina durante el desarrollo y que se asocia a un impedimento de conducta adaptativa”.

En general, el niño deficiente empieza a exhibir su incapacidad al llegar a la escuela primaria, cuando los problemas de aprendizaje lo enfrentan al fracaso escolar. Distinguir entre un niño con TDAH y otro con deficiencia es a veces difícil, sobre todo para el profesor, quien con frecuencia identifica todo fracaso escolar con un problema de deficiencia mental. Ya he insistido en que el TDAH no se acompaña con deficiencia mental y que los problemas de aprendizaje se deben a causas diferentes (por supuesto, pueden coexistir ambos cuadros, pero en la índole misma de la hiperquinesia no está involucrada la deficiencia).

El diagnóstico diferencial entre los síndromes de inmadurez, deficiencia y TDAH se logra con relativa facilidad mediante el procedimiento clínico. La anamnesis, la exploración física, la valoración neurológica (incluyendo la electroencefalográfica) y la integración de los datos mediante el criterio clínico, pocas veces dejarán alguna duda, sobre todo si se tiene la oportunidad de observar la evolución del caso durante un cierto periodo. El profesor, el padre de familia y el médico del niño tienen también una buena oportunidad para distinguir entre los tres síndromes. La confusión proviene principalmente de la existencia de algunas manifestaciones que se aprecian en las tres condiciones; en esencia, las que se refieren al bajo rendimiento escolar, por una parte, y a la falla en el autodomínio emocional, por la otra. Esta última se percibe claramente como una baja tolerancia a la frustración. La realización de un examen más acucioso permite

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

detectar las diferencias, en forma resumida y de acuerdo con mi experiencia personal en:

- Bajo rendimiento escolar
 - Inmadurez: no es un dato constante. El rendimiento mejora por periodos considerables, cuando se dan motivaciones adecuadas a cada caso particular. A veces, el niño sorprende por su capacidad de aprendizaje, pero vuelve a su ritmo habitual.
 - Deficiencia mental: es un dato en general muy constante, no hay sorpresas. Las dificultades de aprendizaje no son específicas (dislexia, disgrafía, paligrafía, discalculia, etc.), aunque en algún caso en particular pueden coincidir. Lo que hay es un lento y difícil aprendizaje.
 - TDAH: no es un dato constante, pero a diferencia de lo que ocurre con la inmadurez, la mejoría es notable debido a los cambios favorables en la sintomatología general, más que a las motivaciones que se le den al niño. El profesor se sorprende de que, ocasionalmente, su alumno comprende y retiene mejor que los demás estudiantes los temas difíciles.

- Baja tolerancia a la frustración
 - Inmadurez: se manifiesta como llanto, demanda de atención y angustia, las madres suelen decir que el niño "hace gran sentimiento por todo".

- Deficiencia mental: no es un dato tan frecuente; en realidad no necesariamente forma parte del cuadro. Suele manifestarse con desconcierto ante la situación frustrante, como la incomprensión de los hechos, más que con angustia y llanto.
- TDAH: la frustración, en ocasiones debida a motivos mínimos (no obtener una golosina, por ejemplo), se expresa de una manera vehemente, con grandes rabietas en las que el niño agrede a otros o a sí mismo. Las madres suelen llamar “berrinches” a estas demostraciones, pero hay que tener cuidado al valorar el término, porque también puede referirse a un capricho del niño para obtener algún objeto o favor especial (permisos, por ejemplo).

Otros cuadros psicopatológicos infantiles se podrían confundir con el TDAH. Creo que el dato más importante para el diagnóstico diferencial lo constituye la evolución del caso particular; en este sentido se debe tener en cuenta la historia del trastorno y la historia natural del síndrome.

La historia del trastorno: edad del niño en la que se presentaron los primeros síntomas y signos, evolución del comportamiento (cambios temporales, exacerbaciones, mejorías, conocimiento de las causas de tales cambios, etc.), situación actual y tendencias reconocibles para el futuro inmediato.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

La historia natural del síndrome, ya que si es realmente conocida por medio de la anamnesis practicada con tiempo y sin apremios, nos permitirá localizar las diferencias.

Finalmente, *la prueba terapéutica* ante una duda persistente acerca de un cuadro en el que hay datos suficientes para no descartar el TDAH y si los síntomas son disruptivos y afectan seriamente la vida familiar y escolar del niño se puede iniciar el tratamiento con estimulantes. La única condición psicopatológica infantil que mejora (después de unos días, quizá dos semanas) con este tipo de medicamentos es el TDAH. Este efecto, aparentemente paradójico, permite que un niño hiperreactivo y extremadamente inquieto se calme con estimulantes que en cualquier otro caso provocarían el efecto contrario. La prueba terapéutica tiene indicaciones precisas y no debe aplicarse sin haber agotado el procedimiento clínico para el logro de un diagnóstico integral seguro.

El pronóstico

Una idea muy extendida entre los pediatras es la de que toda la sintomatología empeora durante la edad escolar y mejora, progresivamente, hasta desaparecer durante la pubertad. Se trata de una falsa apreciación si nos atenemos a los estudios clásicos, tanto los longitudinales como los retrospectivos. Mencionaré primeramente la investigación de Menkes y colaboradores, publicada en 1966. Estos autores analizaron el desarrollo y

la evolución de catorce casos que 25 años antes habían sido diagnosticados en la consulta externa del afamado Servicio de Psiquiatría Infantil Johns Hopkins. Los criterios que sirvieron para seleccionar la muestra incluyeron los siguientes síntomas: hiperactividad, dificultades de aprendizaje y uno o más datos de dispraxia, déficits visomotores, o dificultades del lenguaje. La hiperactividad incluía inatención, labilidad emocional, impulsividad y baja tolerancia a la frustración. Parece, así, que se trató de niños con TDAH, ya que además ninguno tenía antecedentes de haber sufrido convulsiones y todos habían alcanzado un cociente intelectual superior a 70. Al momento de la revaloración cuatro de los pacientes estaban institucionalizados con procesos psicóticos y dos presentaban un retardo lo suficientemente severo como para considerarlos no autosuficientes; ocho vivían autónomamente, aunque cuatro de ellos habían sido hospitalizados al menos una vez durante algún tiempo. Otros tres, de 30 años de edad cada uno, se quejaban de que aún eran muy inquietos. En los demás la hiperactividad había desaparecido entre los 12 y los 14 años, excepto en uno que ocurrió hasta los 21. El bajo coeficiente intelectual y la presencia de signos neurológicos ligeros se correlacionaron claramente con la pérdida posterior de la capacidad para la autosuficiencia.

Hammar, de la Clínica para adolescentes de la Universidad de Washington (Hammar S. L., 1967), llevó a cabo un extenso estudio en adolescentes entre los 12 y 18 años quienes habían sido remitidos a su servicio con problemas de conducta. De los resultados obtenidos se extraen dos conclusiones valiosas:

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

- Algunos que de pequeños mostraron la sintomatología típica del TDAH, continuaron siendo estudiantes de bajo rendimiento escolar al llegar a la adolescencia, desde luego en una proporción considerablemente mayor de lo que ocurre con los niños sanos.
- La hiperquinesia disminuye en forma clara conforme se alcanza la pubertad.

Otro estudio retrospectivo que es interesante es el que hicieron Quitkin y Klein, publicado en 1969. Los autores examinaron las historias clínicas de ciento cinco pacientes menores de 25 años que presentaban signos neurológicos ligeros. Del total, diecinueve manifestaron un funcionamiento intelectual relativamente aceptable, pero se caracterizaron por su conducta impulsiva y destructiva, baja tolerancia a la frustración, cambios impredecibles del humor aparentemente endógenos, berrinches y respuestas emocionales exageradas. Esta investigación llevó a los autores a concluir que existe una correlación significativa entre el TDAH en la infancia y los trastornos psiquiátricos en la edad adulta. Pero también sugiere que los niños en los que predominan los defectos cognoscitivos y la asociabilidad evolucionaron hacia cuadros esquizoides; por otra parte, los que padecían con mayor intensidad los síntomas relacionados con la impulsividad, la hiperreactividad y los cambios rápidos en el humor desarrollaron problemas caractereológicos en la esfera afectiva. Sin embargo, esto no quiere decir que una gran proporción de niños con

TDAH se convertirán, forzosamente, en adultos con problemas psiquiátricos severos.

He citado estos estudios porque son clásicos, las investigaciones posteriores ratificaron sus resultados, que en su momento fueron ejemplo de investigación científica de tipo longitudinal.

No existe una respuesta segura para saber cuántos niños de los que sufren el síndrome superarán la sintomatología y desarrollarán una personalidad adecuada (Wender, Paul H., 1971). De los estudios que aquí he citado y de muchos otros, se desprende lo siguiente:

- Los niños con sintomatología neurológica más clara, que muestran conducta antisocial, tienen un mal pronóstico.
- No se puede predecir la evolución de aquellos otros en los que predominan los síntomas menos graves, por más que se enfatice la posibilidad de que cierto porcentaje, más alto que el de los niños normales, desarrolle problemas caracterológicos importantes.
- Parece estar suficientemente probado que la hiperquinesia es el síntoma que evoluciona más favorablemente, si se compara con las dificultades del aprendizaje.



Capítulo 4:

El tratamiento

En 2007 quedó claro que el uso de estimulantes ocupa el centro de las estrategias de tratamiento del TDAH (Cantwell, Willens y Biederman). Todas las otras formas de terapia supeditan su éxito a la condición de que el niño reciba los medicamentos indicados. Si se emplean adecuadamente puede esperarse su acción benéfica en un nivel que va de 70 a 85%, mejora que será mayor si la farmacoterapia se combina con psicoterapia al niño y la familia, y con apoyo pedagógico especializado.

Ya he hecho referencia al descubrimiento del Dr. Bradley en 1937 sobre el efecto sedante que comprobó en niños hiperquinéticos al suministrarles dextroanfetamina, que es un estimulante poderoso. En realidad se trataba de una respuesta favorable de prácticamente toda la sintomatología central: inatención, hiperquinesia e impulsividad. Estos resultados invitaron

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

a probar otros estimulantes, como la cafeína y ciertos reductores del apetito, hasta llegar a la pemolina y el metilfenidato. Este último mostró desde el principio ventajas sobre los demás, tanto por la mejor respuesta terapéutica como por ser un medicamento manejable, con efectos secundarios controlables.

La historia de los intentos terapéuticos en torno al TDAH incluye la aplicación de dietas especiales, prescripción de vitaminas y minerales, medicación a base de hierbas tradicionales, *biofeedback*, estimulación perceptual, etcétera. Pero la evidencia empírica y los estudios bien realizados mostraron su ineficacia. En el medio mexicano llegamos a ver tratamientos con las flores de Bach, la aplicación de prácticas exorcistas y otras “curaciones” con fines de lucro. Hoy se puede decir que no se obtendrá beneficio alguno si el tratamiento farmacológico adecuado se sustituye con las siguientes prácticas:

- *Biofeedback*
- Dietas diversas especiales
- Tratamientos antialérgicos
- Megavitaminas
- Masajes y otras acciones quiroprácticas
- Uso de anteojos con lentes especiales
- Delfinoterapia
- Equinoterapia

El padosiquiatra debe convencer a los familiares de sus pequeños pacientes de que mientras un nuevo procedimiento terapéutico

no pase por la comprobación mediante el método científico de investigación, las familias no deben gastar tiempo, dinero y esperanzas en falsas promesas de tratamientos supuestamente exitosos.

El tratamiento farmacológico

La American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) publicó en 1991 una guía para la práctica clínica sobre el diagnóstico y el tratamiento del TDAH. Ahí se estableció que los puntos clave son el tratamiento farmacológico, la terapia y asesoría a los padres, y un adecuado apoyo pedagógico. Los psicoestimulantes han sido usados desde 1937 y, de acuerdo con el reporte de la AACAP, son efectivos en 75 a 90% de los casos, en lo que toca a la mejoría de los síntomas centrales (hiperquinesia, inatención e impulsividad), pero también en otros secundarios (agresividad y oposicionismo).

Los estimulantes más estudiados son el metilfenidato, la dextroanfetamina y la pemolina. Se ha comprobado que cuando uno de ellos no da buenos resultados, otro puede obtenerlos, lo cual no tiene aún una explicación del todo satisfactoria. En México se ha logrado primordialmente con el clorhidrato de metilfenidato.¹ Desde el principio este fármaco demostró ventajas sobre los otros medicamentos estimulantes, no sólo por la mejor respuesta terapéutica, sino porque los efectos secundarios son

¹ Hasta que aparecieron las preparaciones de acción prolongada.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

menos intensos y más controlables, generalmente reduciendo las dosis. En su forma de preparación original, prolongada, el más usado fue el Clorhidrato de Metilfenidato en tabletas de 10 mg (Ritalín). Al poco tiempo de ser ingerido se absorbe casi por completo alcanzando la mayor concentración en la sangre entre una y dos horas después.

En la actualidad se cuenta con preparaciones de liberación prolongada en dos diferentes formas llamadas de segunda generación: a) la que libera clorhidrato de metilfenidato en forma de gránulos cubiertos de polímero (Metadate), de más reciente descubrimiento; y b) la que lo hace por el sistema de liberación osmótica (Concerta). Estas innovaciones han significado una mejoría notable del tratamiento del TDAH, dadas las características de los niños que lo padecen.

Estudios comparativos realizados en estos productos señalaron que el Metadate es un poco más efectivo en las primeras 7 horas que siguen a la ingestión del medicamento, en tanto que Concerta lo es después de ese tiempo. La observación clínica y la evaluación del efecto sobre los síntomas principales (inatención e hiperquinesia) son la clave para decidir en cada caso el uso de estos medicamentos. Mi experiencia me permite asegurar que la acción prolongada del metilfenidato ha sido un avance en el tratamiento. Por otro lado, no se han encontrado variaciones significativas en los efectos secundarios, al comparar ambas preparaciones.

El metilfenidato se clasifica entre los estimulantes moderados, con efectos más prominentes en las actividades

mentales que en las motrices. Los estudios sobre la farmacodinamia de esta sustancia llevan a suponer que su acción es directa sobre las neuronas de la corteza cerebral y también sobre las que conforman el sistema de activación reticular. Sin embargo, no se tiene del todo claro el mecanismo por el cual ejerce su acción benéfica sobre los síntomas del TDAH. Se recomienda no usarlo en niños menores de 6 años, pero es posible administrarlo a los 5 años, siempre que se observen las especificaciones de los expertos. No es recomendable prescribirlo cuando la clínica y la exploración electroencefalográfica apuntan hacia un fondo epiléptico; en todo caso puede combinarse con dosis variables de valproato o carbamacepina, siempre que se tenga el diagnóstico seguro del TDAH como problema central.

Se sugiere el uso de metilfenidato como medicamento de elección, pero su manejo debe dejarse al peditosiquiatra, al pediatra y al médico familiar. Es común observar que el medicamento se prescribe sin cumplir las directrices señaladas por los productores. Lo más frecuente es que se suministren dosis bajas que no producen los efectos esperados, lo que lleva a suspender o cambiar el tratamiento. Pero también se puede ver que se dan dosis excesivas buscando resultados rápidos o ante el hecho de que con las dosis recomendadas no se aprecia mejoría. Si se prescribe en la forma de tabletas (Ritalín) es preferible empezar con una dosis baja en el desayuno y la comida, evitando el suministro nocturno. Se aumenta la dosis paulatinamente, si fuera necesario, hasta obtener la mejor respuesta. Es conveniente

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

no exceder los 50 mg diarios en tomas fraccionadas y que las dosis de sostén generalmente se mantengan entre los 20 y los 30 mg en 24 horas. Es importante advertir a los padres sobre la necesidad de dar tiempo suficiente antes de concluir que no hubo respuesta favorable. De 2 a 3 semanas me parece el tiempo adecuado para tomar decisiones.

Algunos expertos recomiendan que la medicación se suspenda los fines de semana, pero no hay consenso en que ello sea una buena medida. Cuando el tratamiento es exitoso se pueden hacer periódicamente intentos de retirarlo. Lo mejor es, siempre que sea posible, cumplir la regla de dar el menor número de medicamentos a la más baja dosis útil y durante el menor tiempo posible. Respecto a esto último, hay que decir que siendo el metilfenidato una sustancia adictógena, como lo son otros estimulantes, numerosos estudios señalan que en los niños no genera dependencia, por lo menos hasta la etapa de la adolescencia. Por ello, si se tiene el cuidado de hacer una revisión periódica completa, incluyendo los estudios del funcionamiento hepático y los hematológicos indicados, el tratamiento puede prolongarse cuando se esté seguro de que el desarrollo físico del niño se encuentra dentro de los límites normales.

No me ocuparé de los otros estimulantes en virtud de la clara preferencia que debe tenerse por el metilfenidato considerando los estudios realizados. Pero hay medicamentos no estimulantes cuya prescripción puede intentarse cuando no se obtienen resultados favorables con el metilfenidato (de

10 a 20% de los casos). De hecho se han usado varios y se cuenta con buena experiencia. Los derivados tricíclicos como la imipramina, los antiepilépticos (principalmente el valproato y la carbamacepina) y aun los antihistamínicos que funcionan como sedantes moderados pueden probarse y, eventualmente, ser de utilidad. En cambio no se recomienda el uso de las drogas bloqueadoras alfa-adrenérgicas (clonidina, guanfacina). En los niños pueden ser de difícil manejo y ya se han reportado muertes súbitas cuando se asocian al metilfenidato. Ocasionalmente se mencionan de manera anecdótica resultados favorables con los neurolépticos, pero debido a los efectos secundarios que éstos fármacos producen se recomienda mucha prudencia. Las benzodiacepinas, probadas en estudios controlados han demostrado ser inútiles, lo mismo que el litio. No debe sorprendernos que se haya intentado su uso y el de otros fármacos, pero lo deseable es que las investigaciones reúnan todos los requisitos que los científicos exigen. Es posible que el mejor conocimiento de las actividades de los neuroreceptores y neurotransmisores lleve al descubrimiento de nuevas sustancias potencialmente efectivas en el tratamiento del TDAH, pero en la actualidad son los estimulantes.

El tratamiento multimodal

Sería un error creer que basta con el tratamiento psicofarmacológico para obtener los mejores resultados. Después de un amplio

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

y concluyente estudio, la Academia Americana de Pediatría² determinó desde 1988 que la prescripción de medicamentos no debe ser considerada como el tratamiento único del TDAH, y hay que iniciarlo sólo después de una evaluación cuidadosa. En realidad, la Academia se pronunció por un tratamiento multimodal que tomara en cuenta el apoyo psicoeducativo como algo de gran ayuda.

En este sentido, debe darse toda la información posible a los padres de familia y los profesores sobre las principales características del trastorno. Así se crea poco a poco un ambiente social y escolar cada vez mejor para un mayor éxito del tratamiento de estos niños. En los países en desarrollo, donde nos faltan psicólogos escolares y los maestros frente a grupo no tienen la suficiente capacitación para contribuir eficientemente a la atención integral de este trastorno, hay que procurar introducir en sus planes de estudio contenidos sobre el TDAH y otros temas de esta naturaleza. Además, debiera establecerse una meta a largo plazo: que cada escuela del nivel básico cuente con los servicios de un psicólogo escolar. Pero hay que empezar por crear esta disciplina con rigor académico para dotar de psicólogos capacitados a las escuelas oficiales y particulares.

Los tratamientos multimodales sin duda son los mejores; consisten en la prescripción de fármacos por profesionales calificados, y la intervención psicosocial a la familia, la escuela

² American Academy of Pediatrics Committee on Children With Disabilities and Committee on Drugs, 1996.

y al maestro especializado que pueda acudir a domicilio. Pero insisto, sin los estimulantes manejados convenientemente los otros métodos no logran ser completamente útiles. La terapia de modificación de conducta, por ejemplo, ni siquiera es posible si el niño no mejora su hiperquinesia y su inatención. Esto nos lo ha enseñado la experiencia de muchos años en las instituciones oficiales (clínicas de conducta y otras) en México.

Cuando el niño con TDAH sufre ansiedad intensa amerita atención especial. El estudio llamado Multimodal Treatment Study of Children with ADHD, del National Institute of Mental Health, el más grande de los realizados, encontró que la comorbilidad con ansiedad no afecta de manera adversa la respuesta conductual a los estimulantes, pero los resultados son moderados.

En el estudio de diseño de grupos paralelos participaron 579 niños con TDAH de 7 a 9 años de edad, en seis sitios de tratamiento, evaluados a fondo y asignados de manera aleatoria a cuatro grupos: tratamiento con medicamento, tratamiento psicosocial intensivo, una combinación de ambos tratamientos o cuidados comunitarios usuales. Las primeras tres intervenciones fueron diseñadas para reflejar las mejores prácticas de cada estrategia, y estos niños fueron monitoreados de cerca y estudiados por 14 meses. Los cuatro grupos fueron reevaluados periódicamente por 24 meses mediante múltiples mecanismos, obteniendo variados resultados.

Para la muestra total, los tratamientos combinado y con medicamentos fueron más efectivos que los tratamientos

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

psicosocial y el de cuidados comunitarios. Los mismos resultados se obtuvieron para los niños con TDAH en comorbilidad con trastornos de ansiedad.

Existe sin duda una sobreprescripción, entendiendo por ello que se emplean en casos no indicados, por falta de preparación o incapacidad profesional. Ante la respuesta negativa de los casos en que estos psicofármacos no debieron prescribirse se va creando un clima en contra de la atención con medicamentos, lo cual perjudica tanto a la práctica médica en general como a la pediatría y la psiquiatría en particular.

Capítulo 5:

El adolescente con TDAH

Padezcan o no TDAH, los adolescentes experimentan un cambio profundo que los lleva a la individuación, dejando atrás la dependencia total que se tenía de la familia. Hoy se sabe que es una creencia equivocada que la llegada de la pubertad significa la desaparición del TDAH o al menos de la mayoría de los síntomas. Lo único que parece mejorar en un cierto porcentaje es la hiperquinesia. La inatención y sus consecuencias persisten, principalmente las académicas y las que afectan la adquisición de conocimientos utilizables en la vida social. De aquí se obtiene que en un alto porcentaje —alrededor de 70%— los adolescentes e incluso los adultos continúan padeciendo el trastorno con características que han sido plenamente identificadas.

La familia merece estar informada, y los médicos y psicólogos clínicos deben tener un buen conocimiento de la

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

situación. Hay que hacer ajustes al tratamiento farmacológico, también es necesario enfrentar el hecho de que el adolescente con TDAH puede sufrir retardos y distorsiones en el desarrollo de las capacidades que deben llevarlo a una vida independiente.

En mi opinión, en la adolescencia es cuando más se dificultan ciertas tareas si se padece TDAH, como pueden ser lograr la autonomía e individuación o alcanzar los sentimientos de identidad e intimidad. Los problemas académicos y sociales se deducen de la situación en la que permanentemente vive el adolescente que sufre TDAH, es importante valorarla poniéndola en relación con el entorno del paciente: la convivencia familiar, la situación socioeconómica, las características escolares, etcétera.

Los siguientes hechos pueden predecir un mejor pronóstico:

- Haber tenido una intervención terapéutica oportuna y acertada. Lo ideal es que durante la niñez se haya recibido el tratamiento farmacológico multimodal adecuado y se tenga la posibilidad de seguir con él.
- Pertenecer a una familia que comprende el problema, recibe consejo psicológico y actúa de manera positiva en el hogar.
- Haber alcanzado una autoaceptación del trastorno, con un mínimo de estrés y sufrimiento (esto ocurre cuando la intervención terapéutica ha sido efectiva).

- Asistir a una escuela de educación básica en la que se conocen los problemas de conducta y aprendizaje que acompañan al trastorno, y se enfrentan adecuadamente.

Los principales factores de riesgo para una evolución del cuadro con pronóstico desfavorable son los siguientes:

- Inexistente, retardada o inadecuada intervención terapéutica durante la niñez y la preadolescencia.
- Presentar serios problemas de comportamiento en el hogar y la escuela como consecuencia de la sintomatología esencial: inatención, hiperquinesia, impulsividad, agresividad y desobediencia.
- Una mala conformación de la autoestima.
- Haber iniciado el consumo de sustancias adictivas ajenas al metilfenidato.

Se ha publicado tanto sobre la posibilidad de que un niño con TDAH, al llegar a la adolescencia empiece a consumir sustancias adictógenas, que da la impresión de que algunos expertos suponen que en la naturaleza misma del TDAH hay una proclividad notable hacia su consumo. Se llega a afirmar que la secuencia TDAH—consumo de drogas—drogadicción, es alta y constituye un grave peligro; tal declaración es exagerada ya que se ha demostrado que la incidencia a las adicciones es más baja entre los niños que recibieron farmacoterapia con metilfenidato.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

Independientemente de que pueda existir alguna predisposición bioquímica cerebral del adolescente con TDAH que lo hace más vulnerable a la neuroadaptación subyacente a la adicción, sus características principalmente responsables de esa mayor vulnerabilidad son la impulsividad, que lleva a la acción no meditada; la baja tolerancia a la frustración; la mala conformación del sentimiento de identidad y la temeridad.

El hecho plenamente comprobado es que el adolescente con antecedentes y presencia de TDAH tiene mayores posibilidades de empezar a consumir drogas adictivas que el muchacho común. Pero es necesario alertar sobre las exageraciones; una situación no implica necesariamente la otra, como parece quedar sentado en algunos textos.

Un adolescente que padece el trastorno con predominio de la hiperquinesia y la impulsividad tiende a exhibir una conducta disruptiva, por lo mismo tiene mayor riesgo de experimentar expulsiones de la escuela, impopularidad y rechazo de sus compañeros, situaciones que pueden conllevar al fracaso académico. Se dice que en aquéllos en los que predomina la inatención hay tendencia a la baja autoaceptación y a la depresión, con la sensación de “ser diferente”.¹ Se enfatiza la necesidad de refugiarse en la clínica para distinguir entre la depresión verdadera y ciertos síntomas que son resultado de las otras

¹ Recomiendo ampliamente: *ADHD, A complete and Authoritative Guide*, publicado por American Academy of Pediatrics de los Estados Unidos de América.

características señaladas, también para discriminar entre signos y síntomas propios de la adolescencia normal y los que con base clínica pueden ser atribuidos al TDAH.

El adolescente exhibe con frecuencia una conducta que es expresión de su preferencia por los placeres inmediatos sobre los beneficios a largo plazo (vivir intensamente el hoy y el momento, sin previsión de lo que ello pueda acarrear). El adolescente con TDAH del tipo hiperactivo-impulsivo o del tipo combinado muestra una mayor dificultad en la regulación de sus impulsos, incluso cuando su conducta puede dirigirlo a ciertos actos autodestructivos o riesgosos para su integridad psicofísica. Asimismo, su comportamiento lleva con frecuencia a dificultades sociales, ya que sus compañeros de la misma edad esperan de él una actitud más madura.

Cuando lo que predomina es la inatención, característica más presentada, el adolescente falla regularmente en la concentración en el aula y en la realización de las tareas escolares. El resultado puede ser el fracaso académico, pero también puede conducir más adelante a serias dificultades en el trabajo y en las actividades sociales. La planeación a largo plazo se complica y por ende se puede retrasar la adquisición de un proyecto de vida y lo que se denomina “el control del propio destino”, como expresión de la completa y sana individuación con autonomía.

Los beneficios del tratamiento farmacológico y psicopedagógico, descontando algunos rasgos negativos del carácter que pueden persistir, coadyuvan en la transición hacia la

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

vida adulta y la conformación de una personalidad sana. Pero es condición que en esta etapa del progreso hacia la vida adulta se reciba apoyo médico y el beneficio de una familia comprometida con la condición psicopatológica del adolescente. Es importante que se comprenda el hecho de que el joven se siente diferente; lo cual es cierto, contrariamente a lo que suelen decir terapeutas desconocedores. El adolescente no distorsiona la realidad, simplemente comprueba el hecho de que no es igual a la mayoría de sus compañeros de la misma edad. Lo que la psicoterapia debe lograr es que él y su familia enfrenten esa problemática de manera racional. Después de todo, los demás adolescentes son distintos en otros sentidos y pese a ello alcanzan una aceptable madurez biopsicosocial. Lo que parece irracional es poner como meta psicoterapéutica el que nuestro paciente se sienta igual que los demás. Tendrá que alcanzar el mayor grado de madurez posible, aceptando la percepción que los demás tienen de su propia personalidad y de su comportamiento. Sólo así se proporcionará a sí mismo la voluntad y confianza que necesita para progresar hacia la madurez.

El manejo farmacológico del TDAH durante la adolescencia amerita el mayor cuidado, tanto si tuvo tratamiento desde la niñez como si el diagnóstico se hiciera por primera vez y el paciente no hubiera recibido ese apoyo invaluable. En el primer caso, los adolescentes no necesariamente requieren cambios en la dosificación del metilfenidato o de otro estimulante usado. Cuando hay que realizarlos no es por causa del desarrollo

físico sino de acuerdo con el nivel de habilidad alcanzado para funcionar bien tanto académicamente como en los planos social y conductual. Se puede aumentar o disminuir cuidadosamente la dosis y valorar las respuestas en forma periódica. Es importante que el joven participe activamente en esa evaluación convencido de que tiene una responsabilidad compartida, y que no puede dejar el suministro del fármaco exclusivamente a sus padres.

No es un objetivo fácil de alcanzar, ya que a esta edad y después de años de tomar sus medicamentos, el joven tiende a abandonarlos o al menos a presentar negligencia al respecto. Para vigilar que esto no ocurra, los padres adquieren nuevas responsabilidades, sólo así puede pensarse en el éxito terapéutico.

Es pertinente señalar que si bien en el inicio de la pubertad no existe riesgo de adicción al metilfenidato, en la primera juventud es posible que sí ocurra. El médico responsable de la prescripción debe hacer recomendaciones específicas sobre este asunto a los padres del paciente, a fin de vigilar que no haya sobredosificación por parte del mismo.

El metilfenidato de acción prolongada resulta una opción de mayor seguridad si se hace una toma única por la mañana.

Al revisar la bibliografía para este capítulo fue sorprendente descubrir que existen relativamente pocos estudios referentes al uso de otros fármacos que puedan sustituir o acompañar al metilfenidato. La experiencia, en mi caso, es que durante la adolescencia se pueden asociar al ritalín medicamentos como

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

el valproato de magnesio, los benzodiazepínicos del tipo del alprazolam e incluso antihistamínicos como la clorfenamina, que muestran utilidad cuando ha persistido la impulsividad. Finalmente, se debe tomar en cuenta que la respuesta del paciente puede sugerir a veces el retiro temporal del estimulante para una revaloración de las dosis o para considerar la combinación de medicamentos a los que puede recurrirse.

Capítulo 6:

Aspectos psicológicos

Los padres de los niños hiperquinéticos generalmente hacen preguntas con relación a las causas del trastorno, el uso de medicamentos, el pronóstico, la conducta que debe seguir con su hijo, etc. No solamente porque tienen derecho a las respuestas correctas, sino porque el hecho de proporcionárselas sirve a un fin terapéutico. El paidopsiquiatra, el pediatra o en su caso el psicólogo clínico debe dar las explicaciones pertinentes empleando un lenguaje accesible, según el nivel de preparación de los padres. Éstas deberán ser lo más completas posibles, poniendo énfasis en ciertos aspectos.

La mayoría de las veces los padres se responsabilizan a sí mismos de los problemas de conducta del niño, por tal motivo es conveniente un manejo adecuado de los sentimientos de culpabilidad que suelen generarse, la mejor

manera de hacerlo es proporcionar una explicación acerca de las causas del trastorno, declarando con seguridad que el mal radica en un problema de funcionamiento del sistema nervioso del niño. Si esto es comprendido cabalmente por los padres, el médico habrá ejercido una influencia positiva en su intención de liberarlos del sentimiento de culpabilidad, éste suele manifestarse en dos sentidos: como una consecuencia lógica de creer que el origen de la sintomatología radica en una actitud equivocada de los adultos, o bien como “responsabilidad genética” al suponer que es algo transmitido a través de la herencia. Por lo demás, el médico no estará faltando a la verdad si deja la responsabilidad al cerebro del niño, aunque deba aceptar un cierto desconocimiento de la patogenia del trastorno, es decir, la forma en que actúan los factores desencadenantes.

Por lo general, en nuestro medio se toleran más las acciones inadecuadas del que está enfermo, relevándolo de ciertas responsabilidades. Considerando a su hijo un enfermo y no un niño malo, los padres quedan en una posición psicológicamente positiva para los fines terapéuticos. Cuando se entiende bien que el niño no puede reaccionar como es deseable porque está sujeto a impulsos provenientes de su propio organismo y a respuestas incontrolables de su sistema nervioso ante los estímulos del exterior, se está en condiciones de evitar la angustia propia y la culpa generada por una hostilidad dirigida al niño, que es explicable aunque no justificable.

Es conveniente proporcionar una segunda explicación tan amplia como sea necesaria para que los padres acepten la prescripción de los medicamentos. Al hablar de la utilidad de los estimulantes me refiero a los aspectos ya descritos y que deben esclarecerse, por lo que se recomienda una actitud firme sobre la necesidad de usarlos. No debe omitirse, en el momento de comunicar a los progenitores el diagnóstico, el beneficio y la importancia de una farmacoterapia adecuada, ya que si el médico accede a los deseos de ciertos padres de manejar el problema exclusivamente por medios psicoterapéuticos, interés que dista de ser excepcional, estará cometiendo un error que puede ser de consecuencias negativas con el tiempo, porque prolongará pautas de conducta del niño y de sus padres, quienes actuarán en contra de la buena integración de la personalidad de su hijo.

Algunos de ellos se resisten a aceptar un tratamiento farmacológico porque consideran que “no tiene sentido administrar medicamentos” incapaces de cambiar el daño estructural ocurrido en el cerebro del niño, debido a que el origen del trastorno es orgánico y el mal es irremediable. Los argumentos que deben emplearse en estos casos se refieren a lo que se espera de la acción de los medicamentos: disminución de la actividad física y la impulsividad, aumento de la atención y mejora de la conducta del niño, etc. Se debe insistir en que lo que existe —cuando es el caso— es una disfunción y no un daño irreparable. No importa tanto si realmente hubiera “lesión”, porque se logra establecer pautas de conducta operantes

mientras llega a la total madurez cerebral. El médico no espera que los estimulantes terminen con las causas del trastorno, pero busca la atenuación de los obstáculos que la disfunción cerebral opone a la plena manifestación de las capacidades psicosociales del niño. Así, el tiempo que utilice en explicarlo a sus progenitores estará muy bien empleado. Insisto en esto porque el médico debe tener un poder de convencimiento suficiente para lograr que el paciente reciba lo que necesita y no lo que los padres quieren darle, que en la mayoría de las veces no es lo que le hace falta y estaría actuando como el cirujano que decide un “tratamiento a la expectativa” ante una apendicitis aguda, sólo porque así lo pide el enfermo o sus familiares.

La situación en el hogar

Otra indicación que el médico debe hacer a los padres es la referente a las actitudes frente a su hijo. Además de los consejos prácticos de sentido común, se les puede ayudar a reconocer los sentimientos del niño y a aceptarlos. Así, estarán en mejor posibilidad de enseñarle que una cosa son los sentimientos, siempre aceptables, y otra distinta las acciones, que pueden no serlo. El saber que sus pensamientos no lo convierten en un infante malo a los ojos de los demás, en especial ante sus padres, puede contribuir a que aquél se autoculpe menos. Este es un aspecto valioso en cualquier situación, trátase o no de niños hiperquínéticos; pero cobra mayor importancia dentro del

tratamiento psicológico del paciente que sufre este trastorno, si recordamos que debido a la sintomatología tan peculiar, su vida gira alrededor de la falta, la angustia, el castigo y la culpa.

Como en otras terapias destinadas al manejo de diversos problemas de carácter primordialmente emocional, siempre es útil conocer con cierta profundidad la situación real de las relaciones familiares dentro del hogar del niño. La intención es que el terapeuta influya para que se efectúen cambios favorables en beneficio del niño y de la familia, y no sólo para tener un mejor conocimiento del caso. Por ejemplo, la desaparición de las medidas punitivas cuando son aplicadas irracionalmente, sobre todo cuando incluyen el castigo físico, actuará positivamente al disminuir la tensión, ya que la ansiedad aporta una sinergia para empeorar el cuadro clínico, por lo que las medidas que tiendan a disminuirla producirán mejoría general de la relación familiar.

Algunas reglas generales útiles y prácticas pueden aplicarse en el hogar, aunque es obvio que en el salón de clases también tienen valor. Los consejos que han de darse y que forman parte de la psicoterapia administrada a los padres y al niño mismo tienen como base el reconocimiento de algunos de los hechos involucrados en el TDAH. El infante sufre más por su impulsividad que por cualquier otro de sus síntomas: pierde amigos, se le margina del grupo de compañeros y se conduce de tal modo que invita a sus progenitores a que lo castiguen con frecuencia. Su conducta es descrita por padres y maestros como antisocial,

extraña o sociopática. El niño simplemente intenta operar sobre la base de los datos incompletos e inconsistentes que percibe, empujado por impulsos incontrolables.

Careth Ellingson, en su obra *The Shadow Children* (1969), da una serie de recomendaciones para los padres. Con las variantes y los agregados que considero pertinente realizarles, las comentaré aquí debido a que han demostrado utilidad en la práctica diaria.

La rutina es indispensable para sentar las bases de un cambio favorable en la conducta del niño. Una vida de orden y calma es conveniente; sólo en los casos excepcionales se deben alterar los horarios establecidos para la hora de levantarse, las comidas, la tarea escolar, el juego, ver la televisión e irse a dormir. El niño deberá cumplir con todas estas actividades en horarios establecidos, según las necesidades del hogar, sin posibilidades de regateo, salvo en ocasiones, o de transgresiones.

Establecer una rutina también es válido para otros aspectos como la constancia ambiental. Por tanto, la consistencia es recomendable como medida positiva. Señalo dos aspectos:

- El respeto al orden previamente establecido, sin cambios de distribución de muebles u otros enseres por parte de los adultos según sus estados de ánimo, a menos que sea indispensable, y en este caso se hará participar al niño en esas tareas.
- El cambio frecuente y caprichoso de las normas que regulan la vida hogareña del infante contribuye, en gran

parte, a la intensificación de toda la sintomatología. Por ello debe haber consistencia congruente entre las disposiciones que establecen el padre y la madre. Resulta contraproducente cambiar de una prohibición a un permiso según el humor momentáneo de quien ejerce la autoridad, desorientando aún más al niño; así como la discrepancia entre lo que ha de prohibirse y permitirse cuando intervienen dos o más autoridades. El frecuente error en el que uno castiga lo que el otro permite y aun estimula tiene mayor gravedad en el caso que nos ocupa, por lo que debe establecerse una jerarquización de las faltas a las reglas del hogar.

Muchos padres, en el exceso de la confusión provocada por la conducta impredecible del niño, se equivocan al calificar lo que es trivial e intrascendente y lo que es grave y debe castigarse con severidad. El médico que lleva el caso debe ayudarlos a establecer esta jerarquización indispensable. En la práctica diaria ha resultado de utilidad una recomendación muy sencilla para los padres: hagan una lista de las conductas que no están dispuestos a permitir; redúzcanla tanto como sea posible considerando la situación del niño y establezcan que en su aplicación serán ambos muy firmes, y ante lo que no es esencial mantengan una actitud tolerante siempre de común acuerdo. Por supuesto, la lista de conductas puede estructurarse con la ayuda del psicoterapeuta, discutiendo la importancia de cada medida.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

Las órdenes e instrucciones deben darse en forma directa. Con los niños que no tienen este trastorno, una disposición tan simple como la de lavarse las manos será exitosa dándose del siguiente modo: "Hijo, ve a lavarte tus manos porque ya es hora de comer". En cambio, en el caso del niño hiperquinético lo más operante sería decir algo como esto: "A lavarse las manos para comer", sin que, por supuesto, tenga que emplearse un tono agresivo ni se adopte una actitud dictatorial. Lo que se desea resaltar es que al niño no le debe quedar más opción que la de obedecer la orden, con el mínimo de tensión, sobre todo cuando se trata de una disposición que no le resulta agradable. No importa cuál juguete escoja para divertirse, ni si prefiere colorear un dibujo; sin embargo, no podrá elegir, salvo por una buena razón, entre bañarse o no cuando se le indique hacerlo.

Los padres ayudarán al niño si de cuando en cuando le dan ciertas órdenes y le hacen encargos sobre acciones que él puede cumplir con éxito. Recordemos que la norma en estos pequeños pacientes no es el aprovechamiento escolar, por ello la sensación de fracaso los invade con frecuencia. Un reemplazo de sus fallos académicos por éxitos estimulantes en otras áreas del comportamiento puede significar el alcance de un sentimiento de unión con los demás y la certeza de que puede participar en tareas específicas, sobre todo si éstas se refieren a su colaboración en acciones colectivas. Por lo demás, no es difícil para los padres comprobar cuáles son las tareas que mejor lleva

a cabo el niño, a fin de estimularlas y procurar su repetición. Resulta muy conveniente intercalarlas con las que le representan un éxito menos probable.

Es importante lo referente a los premios y los castigos (recompensas, reforzamientos positivos y negativos, etc., en la terminología conductista). Todo niño, sano o enfermo, muestra actitudes que deben ser desalentadas y otras que deben ser estimuladas. Sin embargo, el tema que ha sido objeto de intensos debates a través de la historia de la educación es cómo hacerlo.

Debe quedar claro que el castigo físico está absolutamente contraindicado, aun a sabiendas de que la conducta de los niños hiperquinéticos es un desafío constante a la serenidad y al equilibrio de los padres. Los golpes, independientemente de otros aspectos, sólo engendran más agresividad, excitación y culpa. En materia de castigos, si lo que se busca no es simplemente que el niño abandone un comportamiento irritante sino que entienda que lo que hace está mal, la técnica más efectiva consiste en aislarlo en un cuarto (no en el baño y menos en un closet) hasta que haya recuperado su autocontrol. Esto se recomienda sobre todo en el caso de los berrinches y los actos agresivos, aunque debe evitarse un forcejeo que conduzca al niño a disculparse o a prometer que no lo volverá a hacer. Una vez pasado el momento, que en ocasiones resulta prolongado, durante el cual el niño pierde el control de sí mismo, debe ser recibido con aceptación, haciéndole ver que él mismo logró regresar de un mal estado de ánimo, sin hacer más referencias a la conducta que motivó el castigo.

La primera respuesta de los padres ante la violación de una regla debe ser la de detenerse y pensar antes de actuar: ¿la infracción cometida es de carácter menor y por lo tanto se puede ignorar intencionalmente?, ¿se refiere en cambio a una regla establecida con claridad que debe ser respetada sin concesiones? Por ejemplo, si el niño rezonga y se toma tiempo pero cumple medianamente un deber que se le ha encomendado, su actitud puede ser ignorada. Si su acción es debida a su inquietud y no produjo consecuencias importantes puede ordenársele un cambio hacia otras actividades; pero si su mala conducta afecta a otros o es destructiva (aunque sea en forma mínima), el castigo previamente establecido no debe dejar de aplicarse.

En mi opinión, las recompensas sólo deben ser actitudes por parte de los adultos y no estímulos materiales como monedas o fichas que han de cambiarse por dinero u otras cosas atractivas. Si usamos esa técnica capitalista (Wender, Paul H.), posiblemente obtengamos el éxito momentáneo de estimular una conducta aceptable, pero como asunto de educación para la salud mental, probablemente lo estaremos haciendo muy mal: convertimos al dinero y lo que se adquiere con él en metas demasiado importantes, a la vez que lo constituimos en un medio para lograr mayor aceptación. Sugerimos que los modificadores de conductas reflexionen sobre este punto, aunque nos tememos que algunos no lo considerarán relevante. El niño debe comprobar que su acertado comportamiento general y sus buenas acciones particulares le proporcionan el reconocimiento

y la aprobación de los demás, porque lo ayudan a ser mejor persona y contribuyen a que los demás lo sean también. Lograr que esto sea comprendido por cualquier niño es una tarea educativa de mucha importancia.

Desde el punto de vista de lo que es bueno para mejorar las relaciones interpersonales en el hogar, comprendidas ahora desde el lado de los padres, la técnica de recompensa material tampoco ofrece ventajas; más bien puede proporcionar al adulto la comodidad de una salida fácil sin involucrarlo en un compromiso a fondo en la relación emocional con su hijo, que representa la única forma conocida de educar en la verdadera acepción del término. Un método que reduce los estímulos a formas de recompensa material no ayuda a los padres a dar el primer paso indispensable: alcanzar la total aceptación de su hijo y de su incapacidad. Antes de que el niño aprenda a aceptarse a sí mismo y logre los controles internos necesarios para superar su problema, los padres deben adquirir sus propios mecanismos de control. El niño que sufre TDAH sabe que algo está mal y necesita estar seguro de que sus padres se interesan por su situación. Nos parece que las técnicas que sólo tienden a estimular conductas por la vía de la recompensa material no prestan atención a este punto, pese a que, hay que admitirlo, logran con aceptable éxito la mejoría en la conducta del niño en torno a situaciones específicas.¹

¹ Por supuesto, tales técnicas de recompensa tienen sus indicaciones en casos de patologías diferentes.



Capítulo 7:

El niño con TDAH en la escuela

Antes de comentar de forma general las técnicas pedagógicas recomendadas para el niño que sufre TDAH, conviene señalar, aunque de manera superficial, las actitudes y conductas que el profesor no especializado puede adoptar ante el comportamiento de sus alumnos hiperquinéticos. Por la índole misma del trastorno, es en el salón de clase donde se exhiben con mayor facilidad los dos grupos de síntomas: los que afectan la conducta del niño y los que producen las dificultades de aprendizaje. Aun tratándose de un niño cuyos cambios de comportamiento no sean tan graves en el hogar, en el aula se manifiestan, a veces, con toda su severidad: distrae y provoca a los demás, no permanece en su sitio durante las explicaciones del docente ni concluye su trabajo, no atiende por tiempo suficiente, etc. La situación se torna frustrante para el alumno y para el profesor (Safer y Allen,

1976). Asistir a la escuela primaria bajo estas condiciones significa que el niño empezará a encarar su fracaso de aprendizaje, el castigo repetido y la actitud de inaceptación de sus condiscípulos; todo ello lo irá identificando como el niño diferente, “el niño problema”.

Lo más probable es que el profesor de la escuela primaria que atiende a un grupo de 30 niños o más tenga al menos uno hiperquinético en su clase, y quede obligado a enfrentar los problemas que de ello derivan. Quizá deba dedicarle tiempo adicional (muchas veces para advertirle, discutir con él o castigarlo); esto en detrimento de la atención a los otros alumnos. La frustración resultante conduce a una comunicación negativa con el niño, que suele expresarse consciente e inconscientemente como hostilidad franca. Así, cualquier medida que mejore la conducta del niño favorecerá las relaciones con el profesor y los demás estudiantes, por lo que todo el grupo resultará beneficiado; de ahí la importancia de que el profesor conozca cómo debe proceder y cuál es la actitud más conveniente ante este trastorno.

Diversas investigaciones practicadas en grupos escolares de niños sanos han terminado con el mito de que el aprendizaje mejora cuando disminuye el ruido y se mantiene a los niños quietos y callados (Ferritor y cols., 1972; Harris y Sherman, 1973). En cambio, la experiencia de Ayllon (Ayllon y Roberts, 1974), parece demostrar que si se logra elevar el éxito académico de un grupo mediante las medidas adecuadas –que

incluyen recompensas y castigos—, mejora como consecuencia directa la conducta general en el salón de clase. Tratándose de un niño hiperquinético entre los 8 y 10 años, Ayllon reduce la sintomatología típica usando psicofármacos sin que se tengan que tomar otras medidas.

Autores como Safer y Allen concluyeron que los programas de tratamiento pedagógico para el niño hiperquinético deben dirigirse tanto a mejorar el progreso académico como a disminuir la sintomatología conductual, dando preferencia a lo primero; pero se da por hecho que se ha establecido un adecuado tratamiento psicofarmacológico.

Cuando hago alusión a la “buena conducta” me refiero al comportamiento que no produce acciones disruptivas para el grupo: llegar a tiempo al salón de clase, permanecer en su lugar, no gritar ni producir ruidos que alteren el curso de la clase, permanecer en el aula hasta que el docente lo indique, etc. La conducta que favorece un mejor aprendizaje se caracteriza por llegar a clase preparado para aprender —con el libro, el cuaderno, los útiles en general—, escuchar, comprender y cumplir las indicaciones, no fallar en la presentación de las tareas, etc. Conviene definir estas conductas por su repercusión sobre el comportamiento social y el aprendizaje, y no en términos de estados psicológicos, como la atención, la ansiedad o el temor. El profesor debe trabajar en estos casos considerando las conductas específicas y observables, evitando, hasta donde sea posible, el uso de los términos que definen experiencias

predominantemente subjetivas como la ansiedad, el temor, la atención y la ira.¹

Muchas de las escuelas primarias usan, como parte de sus estrategias de trabajo, premios o castigos en relación con el comportamiento de los niños y su aprendizaje. Por lo regular, la “buena” conducta es reforzada y reconocida por el profesor, generalmente por la vía verbal: se estimula al niño a que continúe comportándose como lo hace o se alaba su conducta delante de los demás. En cambio, cuando se porta “mal”, los comentarios del profesor son adversos, se reportan los hechos al director de la escuela, el niño es separado temporalmente del salón, los padres reciben reportes sobre sus faltas, entre otros. Respecto al aprendizaje, si el aprovechamiento es bueno las calificaciones lo comprueban, el profesor estimula verbalmente al niño, se concede la promoción del grado escolar, por mencionar algunos ejemplos. Por el contrario, si el niño falla en la adquisición del conocimiento, las notas a los padres, las bajas calificaciones y la reprobación del grado se presentan como sucesos inevitables. Estas son muchas de las medidas que, a través de la experiencia, han demostrado su utilidad y que con frecuencia se consideran para el control de la conducta en las escuelas.

Sin embargo, su aplicación sin cambios a los niños hiperquinéticos resulta ineficaz, como cabía esperar. El empleo

¹ El libro *Hiperactive children, diagnosis and management* de Daniel J. Safer y Richard P. Allen se recomienda como una de las mejores obras sobre el manejo del niño hiperquinético en la escuela y en el hogar.

de castigos y recompensas valiéndose del sentido común no es útil para el control de la conducta del niño con TDAH. El mejor consejo que puedo darle al profesor en este asunto es que ignore las faltas que no sean graves y resalte, cada vez que ocurra, las actitudes de cooperación y obediencia. Además, los castigos severos son más efectivos cuando se aplican con menos frecuencia y se debe recurrir a ellos en ciertos casos. Estas sugerencias desafortunadamente tienen ciertas implicaciones desfavorables para el control de la conducta del resto de los niños; sin embargo, como de alguna manera los compañeros del niño hiperquinético lo consideran distinto, es probable que logren entender que las medidas que se toman para él no pueden generalizarse.

Sobre el aspecto pedagógico recomiendo procedimientos “viejos”, pero no obsoletos. Mi experiencia en esta área la obtuve de la relación con profesores frente a grupo. Los resultados fueron buenos y concluí que la estrategia de premios y castigos es un recurso recomendable para los países en desarrollo, en los que sólo las familias de altos recursos económicos atienden a niños con TDAH en escuelas especializadas.

Los problemas del aprendizaje pueden ser muy leves o verdaderamente severos, correspondiendo a los grados de la propia disfunción cerebral y a las estructuras afectadas, lo cual hace necesario que se utilicen programas de trabajo adecuados a cada situación. Los casos típicos que cursan con paligrafía, disgrafía y, más adelante, con dislexia y discalculia ameritan una instrucción escolar que sólo puede administrarse

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

en una escuela diseñada para cumplir programas específicos. Independientemente de los trastornos de la conducta presentes, los datos que inclinarán recomendar acción pedagógica en una institución especializada son:

- Inmadurez reconocible de la actividad visomotora (exploración que devela signos neurológicos blandos, test de Bender y otros visomotores con puntajes anormales).
- Dislexia notoria, sobre todo si se acompaña de los demás datos.
- Disgrafía.
- Inatención marcada, que puede ser verdadera aprosexia.
- Inversión del campo visual, a partir de la valoración de su historia clínica y con la aplicación de las pruebas indicadas (Strauss).
- Perseveración.
- Memorización obstaculizada.
- Pobreza de la imagen corporal.
- Dispraxia.

Cualquier combinación de cinco o más de estos factores casi asegura la existencia de importantes dificultades para el aprovechamiento escolar. Conviene entonces plantear a los padres de familia la posibilidad de que el niño reciba enseñanza

en una escuela especializada. A muchos podrá parecerles exagerado este paso, más aún si se les indica que un niño con estos problemas deberá emplear dos o tres años en la regularización de su situación escolar. Sin embargo, es preferible, tanto por razones pedagógicas como psicológicas, utilizar este tiempo en remover los obstáculos que más adelante pueden impedir su acceso a la educación media superior y superior, además de los efectos negativos en la formación del carácter, principalmente a partir de las repetidas experiencias de fracaso.

Hay que valorar que no es demasiado tiempo en relación con los años de frustración que ha sufrido, en cuyo caso los padres deben ser más accesibles al consejo terapéutico. No ocurre lo mismo cuando se prescribe una acción pedagógica especializada a un niño que está en el primer año de la escuela primaria y ha demostrado síntomas y signos de TDAH con alteraciones importantes en el proceso de aprendizaje.

Las escuelas dedicadas a la enseñanza de estos niños han sido establecidas hace unas décadas y, por supuesto, existen pocas en los países en desarrollo; sin embargo, debe evitarse el grave error de enviarlos a una escuela para deficientes mentales, como con frecuencia ocurre debido a confusiones en el diagnóstico o al desconocimiento de estos síndromes. En última instancia es preferible que el niño asista a una escuela tradicional y que reciba en su hogar instrucción y atención por parte de un profesor especializado. Se recomienda tanto para el caso en que no exista en la comunidad una institución adecuada, como para cuando los

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

trastornos del aprendizaje forman parte importante del síndrome y pueden superarse con una acción adicional. Sin embargo, debido a la falta de profesores con la formación específica y a las limitaciones económicas de los padres de familia, quienes no pueden afrontar el pago de honorarios del especialista, sólo un porcentaje de pacientes podrá ser beneficiado con dicha atención complementaria. En nuestros países la principal ayuda que recibe el niño que sufre TDAH proviene de la medicina y secundariamente de la psicología clínica y la pedagogía.

Una buena forma de afrontar el problema en el ámbito escolar son las tutorías por profesores especialistas que prestan ayuda a pequeños grupos de niños seleccionados en la misma escuela tradicional. Esto implica toda una política educativa en relación con una enseñanza especializada; aquí sólo señalaré la posibilidad de proporcionar una ayuda menos costosa y más generalizada que la que se lograría si se fundan instituciones dedicadas al niño que sufre esta clase de trastornos.

Otro aspecto de la atención pedagógica poco discutido es la importancia que se da al aprendizaje de la lectura (Ellingson, 1969). Después de todo, el lenguaje escrito y hablado es el principal instrumento del niño para adquirir conocimientos y habilidades. Un vocabulario aceptable, una escritura menos disgráfica y cierta fluidez en la lectura pueden ser la diferencia entre un niño hiperquinético de adecuada escolaridad y otro que fracasa una y otra vez en sus intentos por mantenerse entre los alumnos regulares del grupo.

Básicamente, en los niños no hiperquinéticos se emplean dos medios para la enseñanza de la escritura y la lectura: el visual y el auditivo. La vista y el oído son los sentidos más usados en un salón de clases, y no se pone en duda que constituyen los medios básicos del aprendizaje. Pero el niño que enfrenta obstáculos en este proceso necesita la ayuda de otros dos recursos de la enseñanza: las técnicas quinesísticas y las táctiles.

Mediante las primeras se procura que la actividad motora refuerce lo que el ojo ve, agregando movimientos musculares amplios a ciertas tareas que el niño ejecuta, por ejemplo, el niño traza grandes letras una y otra vez en un pizarrón poniendo en movimiento músculos como los del antebrazo y los del brazo, habitualmente no involucrados en la escritura. De este modo se le ayuda a coordinar lo que sus ojos están viendo con lo que su mano está haciendo, primero utilizando músculos mayores y, posteriormente, los que ejecutan movimientos más finos.

Cuando se emplea una modalidad sensorial que involucra el sentido del tacto para reforzar la enseñanza se dice que se usa el método táctil, que es similar, o al menos parecido, al que se emplea con niños ciegos y que se basa en los mismos principios. Mediante el método visual el profesor hace que el niño reconozca las letras en sus diferentes presentaciones: minúsculas, mayúsculas, al principio de las palabras o en otras posiciones, etc., a fin de que aprenda a identificarlas siempre que sean vistas, no importa cuál sea el texto o la escritura donde se encuentren.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

Por medio del método auditivo reconoce la presencia de las letras aisladamente como elementos de palabras y frases. Utilizando la técnica quinesésica, el docente hace que el niño trace las letras y pronuncie su nombre al mismo tiempo, una y otra vez, hasta que pueda realizarlo sin dificultad a ojos cerrados. Finalmente, el método táctil complementa el trabajo: el niño traza las letras con su dedo índice —lo mismo con los ojos abiertos que cerrados—, las recorta con tijeras, las coloca en los lugares adecuados (manejo de las formas), etcétera.

Con la paciencia necesaria para trabajar en esto una y otra vez, precisamente con niños inquietos que se distraen y desobedecen, el profesor logra avances seguros, aunque lentos. Para destacar la necesidad de establecer en cada caso un plan educativo apropiado, me apoyé en los conceptos del doctor Myklebust (1964), quien señala que el factor más importante en el proceso de establecer un plan educativo para cada niño es el logro de un diagnóstico diferencial completo. El esfuerzo clínico que implica este proceso debe conducir a una valoración de las incapacidades que comprenda las siguientes consideraciones multidimensionales:

1. Hay que establecer claramente si la inhabilidad afecta a uno o más aspectos del aprendizaje. En consecuencia, deberán programarse actividades para remediar las funciones más dañadas y estrategias educativas que utilicen al máximo las vías sensoriales que permanecen intactas.

2. Se ha de valorar cuál es el reacomodo jerárquico de los distintos niveles de experiencia que el niño utiliza en el proceso de aprendizaje. No es lo mismo, por ejemplo, que se quede en niveles primarios, como el perceptual, a que maneje con facilidad el nivel simbólico, o incluso el conceptual.
3. Es conveniente esclarecer si dada una deficiencia en el aprendizaje como consecuencia del TDAH, las sensaciones que alcanzan las estructuras cerebrales son significativas; si el problema es básicamente verbal o si están involucrados algunos obstáculos en la recepción auditiva o en la formación de las imágenes visuales. También, dentro de esta consideración, comprobar si la deficiencia afecta el proceso de conceptualización y de abstracción.
4. Una pregunta que se debe responder satisfactoriamente es: ¿cuáles son las áreas del aprendizaje más afectadas? Inicialmente puede ser un problema de lectura o de matemáticas, pero en todo caso el programa educativo individualizado dependerá en buena medida de esta primera valoración.
5. Finalmente, Myklebust (1962) señala que las técnicas de diagnóstico psicopedagógico deben dejar establecido en cada caso particular cuáles son los efectos, actuales y potenciales, que las dificultades del aprendizaje producirán sobre el desarrollo psicosocial del niño.

Sólo enfocando la situación del niño desde esos cinco ángulos, es posible estructurar un plan educativo de utilidad.

Habría también que agregar una correcta valoración de las inhabilidades motrices existentes, a fin de enriquecer el plan de trabajo con las técnicas conocidas que procuran contrarrestar y, a veces, superar sus efectos. Por ello insisto en la necesidad de buenos diagnósticos, de útiles valoraciones individuales y de consideraciones integrales para cada caso particular.

El doctor Gerald N. Getman dedicó gran parte de su trabajo profesional a los problemas del aprendizaje en relación con las dificultades visomotoras (Getman, 1961). Las técnicas educativas por él propuestas tienen un buen grado de aplicación en el caso del niño hiperquinético, a pesar de la excesiva importancia que este investigador da a la visión en el proceso del aprendizaje —como inteligencia o lectura exitosa—. Aunque no parece tener sustento experimental, no se duda de lo fundamental de la visión en el proceso del aprendizaje.

En la práctica se emplean variaciones de las técnicas por él propuestas, teniendo en cuenta que hay otros métodos de diversos autores y que no conviene ajustarse a reglas. Por lo demás, sin un tratamiento médico que efectivamente controle la hiperquinesia, y al menos en cierto grado la inatención, la enseñanza especializada encuentra serias dificultades para producir progresos apreciables. De los planteamientos que hace Getman se obtienen algunas ventajas, pues no pasa por alto los aspectos motrices y, además, proporciona al profesor instrumentos educativos de aplicación sencilla. Propone seis diferentes clases de práctica:

1. De la coordinación general. Se intenta mejorar la calidad de los movimientos del tronco, la cabeza y los cuatro miembros. Por ejemplo, al estar el niño en decúbito dorsal se le pide que se tome sus manos por encima de la cabeza y separe las piernas sincronizadamente; en un segundo movimiento, también coordinado, vuelve a su posición original. Entre tanto, el niño mantiene fija la vista en un punto del techo.
2. Del balanceo y el equilibrio. Se usa la clásica barra para caminar sobre ella con diferentes ejercicios y posiciones.
3. De la coordinación ojo-mano. Se trata de que el niño desarrolle la integración de los sistemas tacto-visuales, ya que de acuerdo con lo que dice Getman, son básicos para las manipulaciones y las interpretaciones simbólicas. Mediante ejercicios de trazos en el pizarrón el niño experimenta y aprende los conceptos de círculo, horizontal, diagonal, etcétera.
4. De movimientos oculares. Se busca que el niño logre un buen grado de exactitud en los movimientos de seguimiento de figuras con los ojos y en la fijación correcta de éstos, todo ello es necesario para la lectura.
5. De la percepción de las formas. Aquí la finalidad consiste en que el niño desarrolle un buen conocimiento de las formas y la exactitud en los movimientos de la mano para reproducirlas. Se usa una técnica semejante a la mencionada como ejemplo de los intentos que se hacen para familiarizar al niño con las letras, sólo que en la técnica de Getman se utilizan formas generales como el círculo, el triángulo, el

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

rombo y el cuadrado. Luego se continúa con líneas y óvalos, dibujos geométricos más complicados.

6. De la memoria visual. Con ayuda de un taquitoscopio —instrumento que proyecta figuras sobre una pantalla a intervalos previstos— se intenta, mediante diferentes ejercicios, que el niño alcance un óptimo reconocimiento de los tamaños y de las formas, y sus relaciones espaciales. También se incrementa la rapidez en el reconocimiento visual y una mejor retención de las imágenes.

Cuando los problemas provocados por la incoordinación motriz son más serios, quizá la técnica más adecuada de trabajo que debe seguirse con estos niños dispráxicos es la del doctor Raymond Barsch² (1965). Sin embargo, la técnica de Marianne Frostig (1963) ha tenido una considerable influencia en México y en el resto de Latinoamérica, debido a la aplicabilidad de su sistema, con ciertas variantes, y al hecho de tener distinguidos discípulos de habla hispana. Especialmente interesante es su *Developmental Test of Visual Perception (DFVP)* publicado en 1961, el cual proporciona un cociente y una edad perceptuales, datos relativos obtenidos por comparación con otros niños de la misma edad. La doctora Frostig sugiere que si el cociente perceptual es inferior a 90 debe instituirse un entrenamiento

² La cito para recomendar su aplicación, previo estudio a fondo de sus postulados y de un programa de trabajo.

visual especializado; el programa Frostig-Horne se basa en el desarrollo de las capacidades perceptivo-motoras, como la coordinación muscular fina y gruesa, la imagen corporal, entre otras.

Finalmente, mencionaré a Grace Fernald, cuyas técnicas han resistido la prueba del tiempo y es un hecho que, con sus respectivas variantes, se aplican en un gran número de instituciones. También esto vale para las otras técnicas de las que he hablado aquí, de modo que no se justifica pensar que su temporalidad las hace obsoletas.



Anexo I

Un caso ilustrativo

Nombre: M. P. A.

Edad: 9.0 años

Sexo: masculino

Lugar de elaboración de la historia

Clínica de la Conducta de la Secretaría de Educación Pública.

Tiempo dedicado

5 entrevistas de 45 minutos con el paciente y 6 entrevistas de 1 hora con la madre, además, una entrevista con ambos padres. Debe considerarse también el tiempo dedicado por el psicólogo clínico, el pedagogo, el pediatra y el neurólogo quien adicionalmente practicó un electroencefalograma.

Motivo de la consulta

El pase escolar señala rebeldía, inquietud y precocidad. El niño fue expulsado de la escuela porque los maestros consideraban

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

incontrolable su conducta, aunque no reportaron hechos especiales y tampoco la madre del niño sabe de actos específicos en los que el director de la escuela se basara para decretar la expulsión. Se trata de una escuela no oficial, de sacerdotes católicos.

La madre del niño agrega, por su cuenta, otros síntomas como motivo de la consulta: es agresivo con sus hermanos, a quienes golpea con cierta brutalidad y violencia por cosas insignificantes, llegando a “perderse cuando está enfurecido”. El niño ha mostrado poca sensibilidad emocional independientemente de la agresividad manifiesta; no es cariñoso con sus padres y la única vez que la madre recuerda haberlo visto triste fue cuando murió su perro. No demuestra entusiasmo genuino por alguna actividad y reacciona indiferentemente a los problemas del hogar. Se mostró de esa manera cuando se le comunicó que sería enviado a una escuela en el extranjero.

Con el objeto de aclarar el contenido del pase escolar, se investigó por medio de una trabajadora social el aspecto señalado como precocidad, pudiéndose comprobar que se trata de una mala apreciación del profesor. Calificó de precoz al niño porque hizo ciertas preguntas que fueron consideradas como “sexuales”, por ejemplo, una relativa al nacimiento de los niños.

El último dato aportado por la madre es que el niño con frecuencia hace pataletas y berrinches por cosas insignificantes, como el no obtener un dulce o un permiso para salir a jugar. De todos los síntomas enumerados, los más importantes por su

intensidad y persistencia son, en opinión de la madre, la inquietud y la agresividad. El estudio intencionado de los síntomas citados como motivo de la consulta se llevó a cabo durante la primera entrevista y los resultados se consignan más adelante, en el apartado Historia del problema actual.

Antecedentes personales y familiares

Los datos genéticos de interés en el padecimiento actual son los siguientes: una tía abuela materna oligofrénica franca, probables neurosis de carácter en varios miembros de la familia por parte del padre. Como dato negativo de interés se consigna que mediante preguntas intencionadas no fue posible encontrar antecedentes epilépticos en la familia. El niño, que sufrió los padecimientos infecciosos de la infancia y fue amigdalectomizado sin complicaciones hace 4 años, no tiene antecedentes convulsivos ni equivalentes epilépticos. Físicamente ha sido sano.

Datos importantes del periodo prenatal

El embarazo, iniciado pocos meses después de las nupcias de los padres, fue normal. El parto, eutócico, ocurrió en una clínica y fue bien atendido. La madre no recibió anestesia ni existió, según ella, ningún problema médico en el curso del alumbramiento. El niño respiró normalmente y no mostró algún síntoma inquietante

en los días inmediatos a su nacimiento. Ambos padres deseaban y esperaban a su primer hijo, cuyo nacimiento fue recibido con beneplácito en la época en que el matrimonio vivía el mejor momento de su relación.

Desarrollo psicobiológico

El niño sostuvo la cabeza a los 5 ó 6 meses, dio sus primeros pasos a los 12 y pronunció sus primeras palabras a los 14. A pesar de no haber mostrado problemas con la pronunciación, fue un poco lento para integrar frases usando preposiciones y conjunciones. Durante el desarrollo psicomotor de los primeros años predominó la inquietud física, aunque no exhibió perseveración franca en algunos movimientos, ni desarrolló hábitos indeseables como el chupeteo del dedo o la onicofagia. La inquietud puede calificarse de patológica, de acuerdo con la siguiente expresión de la madre: “no recuerdo haberlo visto quieto nunca”.

El niño fue alimentado del seno materno en su primer año de vida mediante un horario de tetadas irregulares que no llegó a ser libre. Desde el destete, la alimentación del niño se hizo difícil por su tendencia a los berrinches, a no acatar horarios y a despreciar los alimentos. La madre describe como sainetes los momentos de las comidas, situación que prevaleció hasta hace poco, en que se optó por la indiferencia ante sus caprichos y actitudes de rechazo por la comida.

Los padres no establecieron nunca un régimen estricto de horarios para las funciones corporales, el baño, etc. Debido a la

rápida procreación de los demás hijos, la madre, quien se mostró desde un principio poco capacitada para el control de los aspectos materiales de su hogar, descuidó la educación de Manuel en los aspectos disciplinarios y de estímulos. Sin embargo, él controló sus esfínteres a buena edad. Las separaciones temporales de la madre no le provocan reacciones especiales y, en opinión de ambos padres, el nacimiento de los hermanos no tuvo ninguna influencia definida en la conducta del niño.

No pudo valorarse adecuadamente su desarrollo psíquico, pero los padres creen que en cuanto a inteligencia no ha sido precisamente destacado, si bien podrían calificarlo de listo para ciertas cosas (como para engañar). Su reacción a las medidas disciplinarias ha sido siempre desconcertante, ya que desde muy pequeño hubo que reprenderlo y aun pegarle por las mismas faltas en las que incurría repetidamente. Pese a que parecía haber comprendido la importancia y el significado de una prohibición, acto seguido caía en el error de violarla extrañándose de ser castigado por ello (desobediencia patológica).

Manuel no se ligó afectivamente a nadie, ni siquiera a alguno de sus hermanos, a la maestra del jardín de niños o a su madre. En este aspecto ha destacado el síntoma ya señalado de su indiferencia afectiva. No ha evidenciado miedos irracionales (a la oscuridad o a la soledad) ni ansiedad patológica en ninguna etapa de su desarrollo.

Respecto a la situación escolar, se ha caracterizado por un bajo rendimiento, aunque ha sido ayudado por sus

profesores para poder pasar de un grado a otro. Desde el jardín han predominado en él la falta de atención, la incapacidad de concentración, la desobediencia en la forma ya descrita, la inquietud física y la agresividad indiscriminada no selectiva, la cual parece coincidir con una manifiesta impulsividad.

La madre reporta pésima caligrafía, transposición ocasional de algunas letras, sobre todo las vocales, así como serias dificultades para la lectura.

Historia del problema actual

Los síntomas mencionados en orden de mayor a menor importancia, en opinión de los padres, son los siguientes: inquietud, agresividad, ausencia de intereses (este dato es el que más preocupa al padre), desobediencia, crisis emocionales motivadas por hechos de escasa importancia, ausencia de apego emocional y fracaso escolar.

La inquietud es un síntoma que ha acompañado siempre el desarrollo del niño. Éste actualmente tiene que estar en actividad física casi constante, aunque en ocasiones es capaz de leer una historieta o permanecer sentado ante el receptor de televisión durante unos minutos. Parecería que contribuye a la hiperactividad una actitud impulsiva de Manuel, quien tiende a conducirse como si considerara muy poco los resultados de sus actos. No presenta temblores ni contracciones localizadas, la hipermotilidad es más bien difusa y a veces aplicada a actividades

que exigen cierta coordinación motriz gruesa, como el juego y los deportes.

La agresividad es un síntoma también crónico, puesto que se ha manifestado desde la primera infancia y en forma no selectiva en el hogar. Evidentemente, el niño tiene una muy baja tolerancia a la frustración, ya que por causas de escasa significación procede a la agresión física y desmedida. Suele pegarle a su hermano de 3 años con el puño cerrado en la espalda y el abdomen. El relato de la madre confirma que la violencia se presenta en forma de verdaderas crisis de agresividad. Durante esos accesos de furia, como los llama la madre, Manuel pierde el autocontrol y da la impresión de ser capaz de llegar a cualquier extremo. Nunca ha manifestado esta conducta sin que exista un motivo, por insignificante que sea. La respuesta de los padres ha sido inconsistente, pero generalmente recurren al castigo corporal, nunca exagerado, o a castigos especiales como no darle dinero o no permitirle ver la televisión. La madre tiende a consentirlo y a no castigarlo, alegando que es un niño nervioso que debe ser tolerado con paciencia; sin embargo, la actitud de ella acarrea la desaprobación del esposo y de otros familiares de éste, quienes la consideran sobreprotectora y débil. Las discusiones acerca de las medidas punitivas, la conducta que se debe seguir, etc., se producen en presencia de los hijos y, en ocasiones, de manera violenta. La agresividad de Manuel ha empeorado en los últimos meses, manifestándose principalmente en el hogar, aunque también en la escuela y siempre en relación con su conducta impulsiva.

Al realizar una valoración adecuada de la indiferencia de Manuel, y de lo que sus padres han llamado ausencia de intereses, se encontró que en realidad sí se entusiasma con algunas actividades como el juego y la lectura de historietas. La escuela no representa un estímulo para el niño, quien prácticamente carece de amigos, ya que tiende al aislamiento dentro y fuera de ella. Hasta ahora no ha establecido ligas afectivas con ningún compañero del salón o del barrio. Su padre ha procurado interesarlo en otras actividades manuales, deportivas, etc., pero se desilusiona al ver que no consigue una respuesta entusiasta. Sus condiscípulos tienden a evitarlo, algunos francamente le temen y debido a ello Manuel es impopular tanto entre ellos y sus padres, como entre los profesores de su escuela.

En cuanto a la desobediencia, también es un dato crónico. En ocasiones llega a la rebeldía, pero lo característico es que persiste en ignorar las mismas órdenes, como si no existiera advertencia y amenaza de castigo de por medio. Desatiende con mayor frecuencia a la madre, pero también al profesor y a su padre. Suele salir a la calle sin avisar, pese a que se le ordene lo contrario. También se enfrenta a los empleados domésticos y los desobedece incluso cuando sus padres han delegado cierta autoridad en ellos.

Las crisis emocionales —llanto estrepitoso, gritos, pataleo contra el suelo y manifestaciones de ira intensa— ocurren frecuentemente debido a hechos sin importancia. Contra estas actitudes, que también se vienen presentando desde la primera

infancia, no han servido ni castigos corporales ni amenazas. Según lo describe la madre, “parece que el niño no puede reprimirse una vez que la ira se apodera de él”.

En cuanto al fracaso escolar, se refiere al hecho de haber perdido este año de estudios, no sólo debido a la expulsión, sino principalmente a su bajísimo rendimiento, al incumplimiento de sus tareas y a su mala conducta dentro de la escuela. Cursó 1° y 2° grados, pero sus conocimientos actuales corresponden, en opinión de su propio profesor, al primer año. Es evidente que Manuel no ha tenido sentimientos de culpa por su fracaso y su actitud resulta cínica al respecto. En el curso del interrogatorio y más adelante, cuando se hizo la valoración psicopedagógica del niño, se corroboró la dislexia y la discalculia.

Incluso cuando el dato fue expresado espontáneamente por los padres, de la anamnesis se desprende que, efectivamente, Manuel obedece con frecuencia a sus impulsos sin asumir nunca una actitud crítica ante sus actos.

Esta impulsividad debe considerarse, junto con los otros síntomas, como un dato más que también se ha presentado desde que el niño ganó cierta autonomía.

Como se puede ver, los principales síntomas son crónicos y han coexistido influyéndose mutuamente. La respuesta familiar ha sido variable, pero en general es posible decir que sus hermanitos le temen, su padre lo castiga y a veces lo rechaza, y su madre tiende a tolerarlo y sobreprotegerlo con una intención compensatoria.

Estudio psiquiátrico directo

Desde el principio se logró establecer una relación aceptable, y el niño pudo expresarse con espontaneidad. Desgraciadamente su actitud insegura y su poco interés en las entrevistas impidieron que se obtuvieran datos valiosos acerca de sus propias vivencias y su objetividad. Se presentó siempre desaliñado y hasta sucio, a pesar de que la madre se preocupa por la apariencia de sus hijos e insiste en su limpieza; siempre dio la impresión de descuido en su arreglo personal. Su lenguaje, aunque lógico y coherente, tendió a ser casi monosilábico, poco expresivo y muy convencional.

Con frecuencia, antes de contestar una pregunta, exclamaba "¿eh?", aunque se le había hablado lenta y cuidadosamente. Trató de disimular su inseguridad tomando una actitud de displicencia y desembarazo, ya que llegó incluso a silbar dentro del consultorio, cuando el entrevistador contestaba el teléfono o hablaba con otra persona. Sin embargo, salvo la inseguridad, no mostró claramente ningún disturbio emocional como temor, ansiedad o disgusto. En las entrevistas estuvo inquieto y puede decirse que se adaptó bastante bien a la situación y que su orientación en tiempo y espacio fue normal.

Se puso en evidencia un síntoma del cual no habla la madre y que tampoco está citado en el reporte escolar: la inatención. Manuel no fija su atención en un objeto o en una idea el tiempo necesario para comprenderlos de forma conveniente, y también muestra una falta de disposición para

concentrarse medianamente; cabe hablar de una verdadera aprousexia. Pero, en todo caso, es un niño de atención dispersa, lo cual debe considerarse cuando se valora su fracaso escolar, con mayor razón si se agrega que en las entrevistas se hizo notar un pensamiento concretista y una incapacidad para el uso y la comprensión de las abstracciones.

Respecto de sus vivencias y emociones poco pudo aclararse, excepto que se siente rechazado por su padre, dijo que éste quiere más a sus hermanos que a él. En general, el entrevistador se quedó con la idea de que los asuntos familiares le impresionan poco y le preocupan aún menos.

Al ser interrogado acerca de los aspectos relativos a su agresividad se obtuvieron respuestas que coinciden con las explicaciones de los padres y que denotan una muy baja tolerancia a las frustraciones.

Historia individual de los padres

Se anotan aquí sólo los datos necesarios para una mejor comprensión de la dinámica familiar: se describen los rasgos del carácter de los padres, tal como se desprende de la información obtenida en las entrevistas con la esposa.

El marido es dominante, autoritario, exigente y emocionalmente inestable, pero no violento ni brutal. Muestra elementos de personalidad obsesiva: es pulcro, ordenado y muy preocupado por su apariencia personal, incluso llega al narcisismo. Tiene

fuertes intereses y aspiraciones. De inteligencia normal, ha tenido éxito en su carrera como administrativo debido, sobre todo, a su capacidad de trabajo y a su perseverancia en la persecución de las metas que se ha fijado. Actualmente ocupa un alto puesto empresarial.

La esposa es muy dependiente, irritable e inestable. La forma en que ha enfrentado sus problemas y sus respuestas en las entrevistas permiten pensar que su inteligencia es normal, pero con una escasa capacidad para manejar conceptos. En todo caso, la inmadurez de la personalidad es manifiesta, ya que no ha desarrollado plenamente los sentimientos de confianza, autonomía e identidad.

Dinámica familiar

La relación entre los padres no ha sido buena del todo, excepto durante los dos primeros años del matrimonio. El esposo, excesivamente ocupado con su trabajo, dispone de poco tiempo para dedicarse a sus hijos, aunque procura ocupar los domingos a la vida familiar. Es evidente que no lo une a su esposa un afecto genuino y que tiene la convicción de que ella no ha sabido educar a los hijos ni ha podido cumplir con efectividad sus deberes caseros. Por este motivo, es frío e irónico con ella, actitud de la que participan otros de sus familiares (su madre, la abuela paterna de Manuel, y una tía que está viviendo temporalmente con ellos). De manera reciente ha tenido inclinación por otra mujer, lo que

ocasionó graves disgustos en su hogar, con intervención de los demás familiares y amenaza de divorcio.

Parece existir una relación de tipo sadomasoquista entre ellos, caracterizada por autoritarismo y frialdad por parte de él y sumisión con esporádicas muestras de rebeldía por parte de ella. En todo caso, no los une un amor auténtico y puede hablarse de inestabilidad matrimonial. La esposa se siente culpable, en parte, por su incapacidad como ama de casa, hecho que reconoce y le preocupa; por otro lado, atribuye el fracaso del hogar al egoísmo de su esposo y a la intervención en sus problemas de la madre de éste y de otros familiares, situación favorecida o incluso estimulada por el excesivo apego a su madre, quien ejerce sobre él una influencia evidente.

Examen médico

La exploración física hecha cuidadosamente por medio de aparatos y sistemas no arrojó ningún dato de enfermedad, salvo la existencia de una ascaridiasis que se infiere del interrogatorio. Se trata de un niño bien desarrollado, fuerte y de constitución media. Como es costumbre en la Clínica de la Conducta se practicó un examen neurológico que demostró estos datos de interés:

- Los pares craneales son absolutamente normales.
- Existe una ligera pero franca incoordinación motriz manifiesta, sobre todo, en la prueba de los movimientos de pronación y supinación de las manos.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

- Se registró la existencia de grafestesia.
- Se encontraron discretos movimientos de pianista en las condiciones que se recomiendan para esta observación.
- Hay sinquinesia.

Se solicitó el estudio electroencefalográfico y se obtuvo el siguiente reporte.

Técnica

Registro bipolar percutáneo, 19 electrodos. Sujeto en condiciones de reposo psicomotor, ojos cerrados. Fotoestimulación e hiperpnea.

Descripción del trazo

Ritmo occipital alfa de 9-10 c/s (onda por segundo), irregular simétrica, de voltaje medio de 30-50 milivoltios, entremezclando con algunos transientes agudos aislados. El gradiente y la reactividad a los estímulos de atención son normales. Espontáneamente aparecen espigas en oposición de fase en las derivaciones de la región fronto-temporal derecha. La hiperventilación lentifica globalmente el registro y hace aparecer brotes paroxísticos generalizados constituidos por ondas sinusoidales de 3-4 c/s, en oposición de fase en la punta del lóbulo temporal derecho.

Interpretación

EEG Anormal. Se describe un área de anormalidad en la punta del lóbulo temporal derecho y actividad paroxística generalizada con probable foco de origen en la zona mencionada.

Un segundo EEG reportó:

Descripción del trazo

El ritmo de fondo parieto-occipital es irregular, predominando la frecuencia 9-10 c/s de 30-50 uV, ligeramente asimétrico, menos organizado en el hemisferio derecho y con ondas agudas y abundantes ondas theta entremezcladas bilateralmente. La reactividad a los estímulos es normal. El gradiente es ligeramente defectuoso para esta edad, con mayor porcentaje theta de lo esperado, éste tiene una distribución ligeramente asimétrica, ocasionalmente más abundante en el hemisferio derecho. La hiperventilación modifica escasamente el registro.

Interpretación

EEG con discretos datos de anormalidad. El patrón EEG descrito es inmaduro para la edad y hay elementos de tipo irritativo (ondas agudas posteriores) con frecuencia asociados a trastornos de carácter pero sin significación de epilepsia clínica.

Examen psicológico

Se aplicaron las pruebas habituales para obtener un cociente intelectual y se encontró que éste alcanza el nivel de 85 a 90. Las pruebas usadas fueron Goodenough, Kohs, Raven, individual (test de matrices progresivas, forma para niños) y wisc. El psicólogo hizo notar que en ésta el rendimiento fue el más bajo en comparación con lo que ocurrió en las demás, señalando también su creencia de que la inatención y la inquietud física

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

influyeron determinantemente en los resultados. Es, por tanto, un cociente intelectual que debe aceptarse con mucha reserva.

También se aplicó uno de los llamados tests proyectivos (CAT o prueba de Murray para niños), cuyo reporte fue el siguiente:

El presente protocolo nos muestra un niño que vive relaciones conflictivas con su ambiente familiar. No hay buenas relaciones con el padre, ya que lo percibe agresivo, frío y muy lejano, al que le resulta casi imposible acercarse; cuando lo hace recibe en lugar de afecto y comprensión, regaños y castigos. Existe un sentimiento ambivalente hacia la madre, puesto que algunas veces aparece como una figura protectora y satisfactora de sus necesidades y otras (la mayoría) como una figura agresiva y rechazante, con la que sus relaciones se ven entorpecidas por amenazas y castigos. No obstante esto, Manuel se acerca más a su madre en una lucha por obtener afecto, cosa que no consigue totalmente. Existen sentimientos de rivalidad hacia un hermano, manifestada por una relación cargada de agresión. En este ambiente en el que privan la agresividad, la frialdad y la hostilidad, nuestro paciente ha encontrado que la única forma de relacionarse es por medio de la agresión, la cual utiliza para defenderse de los ataques del exterior.

En el *Bender Gestalt Test* se hallaron los siguientes datos:

- Signos generales de incoordinación motriz.
- Rotaciones parciales en las figuras A, 2, 3 y 8.
- Imagen en espejo de las figuras 4 y 5.
- Fragmentación en la figura A.

Se concluye que el niño tiene franca inmadurez visomotora, deficiente formación de las *gestalten*. Protocolo sugerente de organicidad cerebral.

Valoración de los datos

Como se verá más claramente al formular el diagnóstico descriptivo, existen suficientes datos en cada una de las esferas que habitualmente se toman en consideración para valorar la situación del paciente. En las esferas familiar y social existe lo necesario para pensar en una problemática emocional que explicara algunos de los síntomas conductuales del niño. En el aspecto estrictamente físico se presenta el dato de un EEG anormal que puede servir para considerar que algunos de los síntomas quizá tengan una base orgánica. Por último, la situación escolar del niño implica ciertos hechos que también deben tenerse presentes al intentar una valoración causal del trastorno. El problema fundamental radica en saber cuáles de los datos obtenidos en las distintas esferas tienen prioridad sobre los demás.

La hiperquinesia, la inatención, la impulsividad, la baja tolerancia a las frustraciones y la inestabilidad que hace poco predecible la conducta son datos que apuntan hacia una organicidad o funcionalidad del caso, a pesar de no existir antecedentes del periparto que así lo hagan suponer. Clínicamente se integra bien el síndrome de disfunción cerebral mínima, pero es preciso considerar la posibilidad de que se estén presenciando los inicios de una psicopatía agregada. La ausencia de intereses genuinos, la impulsividad y la falta de sentimientos de culpabilidad que siguen a los actos agresivos hablan a favor de una conducta sociopática

de la que suele describirse como antecedente de la personalidad psicopática del adulto.

También han de considerarse las implicaciones psicogénicas que explicarían psicodinámicamente algunas de las desviaciones de la conducta de Manuel como un problema emocional reactivo. Aun dando a los aspectos físicos un valor preponderante, los factores psicológicos personales y los de carácter interpersonal deberán ser considerados tanto al momento de esbozar un diagnóstico descriptivo como al programar un tratamiento integral.

Si existiera una angustia franca como dato de fondo o si fuera reactiva a las situaciones emocionales en el hogar, podría pensarse en un problema esencialmente emocional. Pero la agresividad, que es uno de los síntomas dominantes, no representa en este caso una respuesta específica a situaciones de carga emocional también específicas. Más bien parece una forma indiscriminada de reacción, algo implícito en el temperamento de Manuel o, en otras palabras, algo ligado a su constitución.

Finalmente, los datos que proporcionó el estudio psicológico son típicos del síndrome de disfunción cerebral y, en cierta forma, también los que se obtuvieron en los estudios electroencefalográficos; sobre todo en el segundo.

Diagnóstico descriptivo

Síndrome de disfunción cerebral mínima (denominación que en la década de 1970 se le daba al TDAH) que afecta a un niño de

9 años de inteligencia normal baja, cuyo hogar ofrece escasas oportunidades para un desarrollo emocional adecuado. Siendo un niño físicamente sano en todo lo restante, predominan los trastornos de la conducta y los del aprendizaje, en tanto que los signos neurológicos son discretamente patológicos.

Tratamiento

Valorado el caso en una sesión clínica multidisciplinaria se decidió establecer un tratamiento integral. Desde el punto de vista psiquiátrico se instituyó una terapia psicofarmacológica, utilizando estimulantes de la siguiente forma: dosis iniciales de 5 miligramos de dextroanfetamina,¹ divididas en dos tomas, una con el desayuno y otra con la comida para aumentar progresivamente hasta llegar a los 20 miligramos, igualmente divididos.

En una entrevista con los padres de Manuel se les dio a conocer el diagnóstico, los pormenores del tratamiento médico y la conducta que se debería seguir con el niño en la casa. Se hizo hincapié en la necesidad de que la actitud de ellos debería demostrar la aceptación incondicional hacia su hijo y su problema. Además, se continuó en psicoterapia con la madre durante varias entrevistas más.

¹ Este era el estimulante empleado entonces. Aún no se había puesto a la venta el metilfenidato. No está por demás señalar que si no fuera por los indeseables efectos secundarios, las anfetaminas hubieran permanecido más tiempo en uso dada su efectividad muchas veces comprobada.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

Desde el punto de vista pedagógico se recomendó a Manuel continuar asistiendo a la misma escuela, pero dos veces por semana debía asistir a la clínica para recibir terapia psicopedagógica con una maestra especializada. Por otra parte, el niño tendría atención psiquiátrica una vez a la semana para su valoración clínica y el control de medicamentos.

Evolución del caso

Los dos primeros días después del inicio del tratamiento se presentó una exacerbación de la hiperquinesia y de la impulsividad. A partir del tercero empezó una mejoría de toda la sintomatología con un notable control de la conducta, la desaparición parcial de la irritabilidad y la total ausencia de agresiones tanto en la escuela como en el hogar. La maestra reportó un cambio dramático de la conducta en general y de la inatención en particular. La respuesta fue extraordinaria. Esto permitió que las medidas recomendadas en el hogar se implementaran con facilidad y que el tratamiento psicopedagógico progresara de manera adecuada.

Aproximadamente dos meses después de la primera dosis de estimulantes reapareció, aunque disminuida, la inquietud física y cierta inestabilidad emocional con tendencia a la agresividad verbal. No queriéndose aumentar la dosis del medicamento debido a que se produjo, casi desde el principio, una ligera anorexia, se agregó, dos veces al día, clorhidrato de

difenhidramina a la dosis de 25 miligramos. La respuesta fue satisfactoria.

La tolerancia al medicamento fue aceptable, pues no hubo necesidad de disminuir las dosis de anfetamina, y después de varias semanas se suspendió la difenhidramina sin que reapareciera la inquietud. Asimismo, se sostuvo la mejoría general cuando, después de tres meses, se establecieron los fines de semana sin medicamento. Tampoco hubo cambios notables al reducir, seis meses después, las dosis de anfetamina a la mitad.

Un año después, la situación de Manuel tanto en la escuela como en el hogar había cambiado favorablemente. Casi había recuperado su aprovechamiento escolar y la aceptación de sus condiscípulos favoreció mucho su integración al medio familiar y social. Sin embargo, quedaba una clara tendencia a la inestabilidad emocional y su baja tolerancia a las frustraciones, sin llegar a las demostraciones ruidosas y a la pérdida del control.

Las dos esferas más afectadas en Manuel, la conducta y el aprendizaje, se vieron modificadas positivamente en una medida poco usual. En este sentido, la ayuda esencial que proporcionaron los psicofármacos fue la base para el éxito de las demás acciones.

Debe consignarse que la actitud de los padres no fue siempre la más adecuada y que la situación afectiva en el hogar no favorecía el progreso terapéutico, pese a ello todos los que intervinimos en la atención de Manuel coincidimos en que la mejoría fue más allá de lo esperado.

Comentario

Esta historia clínica corresponde a un caso diagnosticado y tratado en la Clínica de la Conducta de la Secretaría de Educación Pública en 1967.

Lo incluí como anexo de mi libro *El niño hiperquinético* en 1976. Se reproduce aquí, porque tiene un valor histórico, ya que corresponde a los tiempos en que dicha Clínica prestaba servicios integrales y multidisciplinarios.

Menos de 10 años después de que se realizó la historia clínica aquí anexa, y precisamente cuando los organismos internacionales de la ONU (OMS, UNESCO, UNICEF) recomendaban la necesaria interdisciplinariedad (pediatría, neurología, psicología clínica, psicoterapia y pedagogía especial) en los centros de atención a niños con problemas de conducta y de aprendizaje, en la Secretaría de Educación desapareció la atención integral. No más medicina, ni pediatras ni neurólogos ni paidopsiquiatras.

Este anexo representa una protesta formal a lo que ocurre aun muchos años después en detrimento de la atención integral a los niños que sufren el trastorno con déficit de atención e hiperquinesia.

Anexo II

Guía práctica para comprender y orientar al niño con TDAH

Esta guía fue elaborada en 1985 por la Psic. Constanza Alcaraz Lagarriga. Su distribución a los padres de niños con TDAH resultó ser de utilidad. La reproduzco aquí porque fue el resultado de una acción multidisciplinaria llevada a cabo bajo la dirección del Dr. Jesús del Bosque, entonces director del Hospital Infantil “Dr. Juan N. Narro”. Tanto la historia clínica como esta guía son ejemplos de acciones integrales en las que psicólogos, psiquiatras, neurólogos, trabajadores sociales y maestros especializados participan en un trabajo conjunto.

Con frecuencia se piensa que cuando los niños son inquietos es porque son rebeldes, malos o porque sus padres no han sabido educarlos.

Sin embargo, bien puede ser que los niños tengan un problema de inmadurez cerebral que provoca su comportamiento alterado. Esta inmadurez, considerada como una disfunción cerebral mínima, es llamada: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia (TDAH).

No se trata de un problema grave. Se puede enfrentar con éxito si el padre o tutor le brinda la atención requerida como se aconseja en este texto.

¿Qué caracteriza al TDAH?

Hiperactividad: el niño no puede permanecer quieto, además de que cambia de una actividad a otra sin terminar alguna.

Distractibilidad: el niño se distrae fácilmente y no logra poner atención. Se debe procurar que el infante se sienta parte de la familia, ya que se percibe rechazado por todos. El padre o tutor deberá buscar tiempo para platicar con él, enterarse de lo que le gusta, lo que siente o piensa y apoyarlo cuando tenga un problema.

Agresividad, impulsividad y baja tolerancia a la frustración: el niño está muy irritable y responde violentamente a padres o maestros, destruye las cosas, quiere tenerlo todo inmediatamente y reacciona con berrinches ante las situaciones que lo frustran.

Torpeza motriz fina y gruesa: el niño se tropieza o cae con frecuencia, además de que se le dificulta realizar tareas que requieren precisión.

Temeridad: no mide el peligro, llegando incluso a arriesgar su vida.

Desobediencia patológica: Comete la misma falta una y otra vez aun después de que se le regaña. Esto se debe a que no sabe por qué se le reprende, ya que no comprende el sentido de las órdenes que se le dan.

Conducta antisocial: el niño con TDAH es voluntarioso, rebelde y grosero, por lo que sus compañeros y familiares lo rechazan.

Inmadurez perceptual: muestra problemas para distinguir correctamente las cosas. Cuando escribe, invierte o se salta letras. Esto hace que presente un bajo rendimiento escolar, pese a ser un niño de inteligencia normal.

Al no poder controlar sus impulsos, comete faltas y suele mentir por temor a ser castigado, le echa la culpa de sus actos a sus compañeros o hermanos.

Como constantemente sus familiares y amigos le dicen que es torpe, desobediente y malo, él cree que realmente lo es y se siente triste y angustiado. Algunas ocasiones se come las uñas o se arranca el cabello, esto se debe a que vive con el constante miedo a ser castigado.

Los padres pueden hacer que sus hijos se sientan bien con ellos mismos y ayudarlos a solucionar su problema y a mejorar su conducta.

Los datos que los padres brindan durante la entrevista, así como el que lleven a sus hijos al estudio electroencefalográfico

(EEG) y con el psicólogo, cuando se requiere, son de gran utilidad para apoyarlo eficazmente.

Si al niño se le han prescrito medicamentos deben dárseles tal y como se indica, pues con ellos mejorará su atención y su conducta sin riesgo de que se produzca adicción.

Algunos de los niños con TDAH que tienen problemas en la escuela necesitarán de un apoyo psicopedagógico. Las terapias les ayudarán a mejorar su lectura y escritura.

Finalmente, es indispensable que el padre de familia o tutor coopere en casa. Primero que nada, se le debe indicar al pequeño qué es lo que puede o no hacer. Esto es importante porque da seguridad al niño y le permite saber qué es lo que se espera de él.

Estas indicaciones deben cumplirse por parte de los adultos de la familia y explicárselas claramente al niño hasta estar seguros de que las comprendió. Si los padres no se ponen de acuerdo el niño se confunde y obedece menos.

Cuando no obedezca debe ser castigado proporcionalmente a la falta cometida y ser siempre igual para cada falta, pero ¡en ningún caso debe aplicarse un correctivo físico! En cambio, hay que negarle el ver televisión o salir a jugar. Es importante mencionar que el tiempo para la sanción no debe ser muy largo, pues el niño termina olvidando la razón de ella.

Cuando el niño haga berrinches, se recomienda aislarlo en un lugar seguro hasta que el berrinche y la agresividad desaparezcan. Ya que se haya tranquilizado conviene integrarlo

nuevamente a la familia (sin mencionar más el motivo del castigo) y hacerle ver cómo él solo pudo tranquilizarse.

Cuando el niño obedezca debe felicitarlo. Una aprobación, un abrazo o una sonrisa pueden ser suficientes.

Si el niño sólo cumple parte de lo que se le pide no hay que regañarlo. En su lugar, exhale lo que sí hizo y anímelo a que termine la tarea asignada.

Establezca una hora fija para las actividades del niño: comer, dormir, hacer sus tareas, ver televisión. Éstas no deberán ser modificadas y se debe procurar que coincidan con los horarios de todos o algunos miembros de la familia. Esta rutina sólo por excepción podrá ser quebrantada.

Es conveniente hacer participar al niño en las actividades de la casa. Empezar con tareas que sean fáciles para él y felicitarlo cada vez que las realiza correctamente. Esto lo hará sentirse útil.

Los medicamentos y el cumplimiento de estos consejos provocarán, sin duda, una mejoría en la conducta del niño. No hay que olvidar lo importante que es que acuda puntualmente a sus citas.



Glosario

Actividad theta. Es uno de los diversos ritmos como se manifiesta la actividad eléctrica cerebral, tal como es recogido en el electroencefalograma. Normalmente aparece en las regiones temporales del cerebro; su persistencia excesiva es patológica.

Adiadococinesia. Dificultad para realizar movimientos alternativos rápidos.

Adictógena. Cualquier sustancia capaz de generar adicción.

Afásico. Paciente que sufre afasia, o sea, pérdida más o menos completa de la capacidad de hablar o de comprender el lenguaje hablado; la alteración radica en el cerebro, pero la inteligencia permanece inalterable.

Afectividad. Capacidad para sentir emociones; susceptibilidad ante los estímulos afectivos. Comprende los afectos, las emociones y los sentimientos de placer y dolor.

Alfaadrenérgica. Sustancia química que interviene en las respuestas cerebrales.

Ambliopia. Pérdida parcial de la visión.

Amigdalectomizar. Acto quirúrgico que consiste en extirpar las amígdalas.

Anamnesis. Estudio de los síntomas y signos mediante interrogatorio, que comprende los antecedentes personales y familiares, el curso de la enfermedad, etcétera.

Anhedonia. Incapacidad de experimentar los placeres ordinarios.

Anorexia. Pérdida del gusto por la comida.

Anoxia neonatorum. Falta de oxigenación de la sangre en el recién nacido, producida por diversas causas.

Anoxia. Falta de oxígeno.

Ansiedad. Sentimiento displacentero que implica la idea de un peligro inminente, totalmente indeterminado, no cristalizado todavía. Es acompañado de una serie de síntomas físicos que dan al sujeto ansioso la sensación de desorganización y aniquilamiento ante el peligro.

Antidepresivos tricíclicos. Medicamentos de efecto antidepresivo, el primero de los cuales fue la imipramina, cuyo

nombre comercial en México es Tofranil. Químicamente contiene dos anillos benzénicos ligados a otra cadena genéricamente llamada dibenzazepina y de ahí el nombre de tricíclico.

Antihistamínico. Medicamento utilizado para combatir las reacciones alérgicas y también como tranquilizante e inductor del sueño.

Apraxia o asimbolia. Incapacidad para efectuar ciertos movimientos y reconocer acertadamente los objetos y su uso. El estado de los órganos periféricos es normal y la causa del trastorno radica en la corteza cerebral. Existen diversas formas: motora, ideatoria, amnésica, etcétera.

Aprosexia. Dificultad notoria para mantener la atención o para concentrarse en sucesos determinados.

Ascariidiasis. Parasitosis intestinal producida por *ascaris lumbricoides* (lombriz común del intestino).

Ataxia. En neurología significa disminución de la capacidad para coordinar los movimientos de los músculos más importantes, como los que se usan en la deambulación (ataxia locomotriz).

Atelectasia. Condición patológica en la cual el pulmón no se ventila (por compresión o bien por reabsorción). Puede haber

atelectasias parciales que dificultan la respiración y, por lo tanto, la oxigenación de la sangre.

Atetosis. Movimientos sin propósito, involuntarios, lentos e irregulares, principalmente de los miembros y los dedos, los cuales se extienden y flexionan alternativamente. Es el resultado de una lesión del sistema nervioso central, a nivel de las vías extrapiramidales.

Atonía. Falta de tono en los músculos. El tono o tonicidad muscular es una cierta tensión o contracción que normalmente se tiene, aun estando en reposo absoluto.

Audición decibélica. Agudeza auditiva medida en decibeles, unidades de intensidad del sonido.

Caracterológicos. Relativos al carácter, como forma de expresión de la personalidad.

Clasificación topográfica. Ordenación, según las zonas afectadas, de los trastornos neuromotrices de la parálisis cerebral infantil.

Clorhidrato de Metilfenidato. Sustancia química contenida en diversos medicamentos comerciales. Es un estimulante del sistema nervioso central capaz de producir adicción a partir de la pubertad.

Cociente intelectual. Número que resulta de dividir la edad mental de un sujeto, obtenida mediante la aplicación de tests (pruebas), entre la edad cronológica. Actualmente se define como la relación entre el nivel de inteligencia de un individuo y el promedio de inteligencia de los individuos de la misma edad.

Comorbilidad. Conjunto de síndromes o enfermedades que suelen acompañar a la enfermedad principal que se describe.

Compulsión. Acto o actos que corresponden a pensamientos conscientes que el individuo se ve compelido a realizar sin poderlo evitar o, al menos, cuya omisión provoca intensa angustia. Las compulsiones son, en realidad, acciones que corresponden al contenido mental de las obsesiones.

Compulsividad. Estado ideoafectivo que acompaña a las obsesiones.

Concepto ontológico de enfermedad. De *ontia*: cosa; significó por mucho tiempo la idea de que las enfermedades son producidas por algo que procede de afuera y penetra en el organismo, como lo hacen los parásitos. De acuerdo con este enfoque, las enfermedades son entidades bien definidas, reconocibles, que obedecen a causas determinadas y que poseen una historia natural propia.

Conciencia. Tiene varios significados. En el texto se ha usado como la condición de estar alerta, de darse cuenta de lo que ocurre. Es un modo de existencia en el que las vivencias y los procesos psíquicos son experimentados inmediatamente por el sujeto, como percepciones, recuerdos, pensamientos, sentimientos, deseos, procesos de voluntad, etcétera.

Condicionamiento operante. Procedimiento mediante el cual se establecen respuestas adecuadas y se cambia la conducta. El experimentador espera a que se produzca el comportamiento adecuado y proporciona una recompensa, que a su vez refuerza la conducta deseada.

Condicionamiento. Procedimiento experimental en el que un estímulo adecuado (como la presentación de comida a un animal, la cual produce salivación) se acompaña de otro inadecuado (como el sonido de un timbre), hasta que este último es capaz de producir la respuesta (en este ejemplo, la salivación).

Conducta sociopática. Sociopatía y psicopatía son sinónimos en la psiquiatría moderna (ver Psicopatía).

Conductismo. Este término, acuñado por John B. Watson, se refiere a un enfoque psicológico que sostiene que la conciencia es indefinible y que el único objeto de estudio de la psicología debe ser la conducta, las actividades visibles del ser humano.

Convulsiones clónicas. Serie de contracciones breves y rítmicas que responden a una tensión muscular mantenida. Se presentan en las lesiones piramidales.

Crisis comiciales. Crisis convulsivas de origen epiléptico. En rigor, comicial es sinónimo de epiléptico; se trata de un término que está casi en desuso.

Cuadriplejía. Parálisis de las cuatro extremidades. Ocurre en las lesiones medulares altas.

Cuadros esquizoides. Síntomas que se asemejan o se parecen a los que son típicos de la esquizofrenia o “locura” en el lenguaje popular.

Culturalismo. El culturalismo (en Psiquiatría) es una corriente de ideas que da mayor importancia a los factores ambientales (culturales) como causas directas de las enfermedades mentales. Los culturalistas defienden esa posición, llegando algunos a negar la importancia que tiene la herencia.

Deambular. Acto de caminar, pasear, vagar.

Decúbito. Acostado, en posición de descanso.

Depresión enmascarada. Síndrome depresivo en el cual concurren ciertos síntomas, aparentemente contradictorios, que

hacen que la situación original de depresión se vea enmascarada. La excitación psicomotriz, la agitación y el pensamiento obsesivo que conllevan angustia, pueden ser esos elementos encubridores de una verdadera depresión subyacente.

Depresión. En un sentido general no psiquiátrico, es un sentimiento de tristeza, desesperación e infelicidad que ocurre normalmente en el ser humano en relación con los hechos vitales. En psiquiatría este término designa un síndrome específico que consiste en la baja del tono afectivo, dificultad del pensamiento y retardo psicomotor acompañado de angustia, ideas obsesivas y sentimientos de culpabilidad y de autodevaluación.

Desarrollo psicomotor. En el texto se aplica este término al progreso que el niño va logrando en las áreas psíquica y biológica (sinónimo de desarrollo psicobiológico). Comprende el lenguaje, la capacidad de sentarse, gatear, caminar, etcétera.

Desinhibir. Librarse de los controles de la conducta y actuar más libremente.

Desórdenes convulsivos. Trastornos psicofísicos que se acompañan de convulsiones o de contracciones desordenadas e involuntarias de un músculo o de un grupo de músculos. Se establece una distinción entre convulsión tónica y convulsión clónica, la primera es continua, mientras que la segunda consiste

en una rápida sucesión de breves contracciones. Existen también formas mixtas.

Dextroanfetamina. Sustancia clínica de efectos estimulantes, capaz de producir adicción.

Diagnóstico diferencial. Investigación clínica que se practica en un paciente para identificar una enfermedad, distinguiéndola de otras con las que podría confundirse.

Diátesis hemorrágica. Grupo de enfermedades de la sangre caracterizadas por un retardo en la coagulación y un exceso de sangrado.

Disartria. Trastorno del lenguaje hablado debido a defectos que impiden coordinar la musculatura de la fonación, y, en consecuencia, la correcta articulación de las palabras.

Discalculia. Dificultad para efectuar las operaciones aritméticas elementales.

Disforia. Estado de tristeza y ansiedad asociado a excitación y excitabilidad aparentemente inexplicables (*disforein*: estar triste).

Disfunción. Funcionamiento trastornado u obstaculizado de un órgano específico: disfunción glandular, disfunción cerebral (*dis*: dificultad).

Disgrafía. Dificultad para la escritura.

Dislalia. Dificultad para hablar (del griego *laleo*: hablar). Es un impedimento parcial para pronunciar adecuadamente las palabras.

Dislexia. *Dys*: dificultad y *Léxis*: dicción o lectura. Incapacidad parcial de leer comprendiendo.

Dispraxia. Dificultad para efectuar ciertos movimientos y de reconocer acertadamente los objetos y su uso. Es un grado moderado de apraxia.

Disruptivos. Actos que interfieren con el curso normal de los acontecimientos.

Distocias. Partos complicados por diversas causas.

Distonía. Estado anormal de tensión o tonicidad (tono) muscular. Puede ser generalizado, como en la catatonía, o limitado a un grupo de músculos.

Distractibilidad. Grado menor de la aprosexia, dificultad para concentrarse.

Dopamina. Es una de las catecolaminas, sustancias llamadas genéricamente aminas biogénicas, que intervienen como neurotransmisores sinópticos en el sistema nervioso central.

Ego. Palabra latina que significa “yo”. Filosóficamente (teoría subjetiva) es el sujeto de todas las percepciones, imágenes mentales, pensamientos, sentimientos y acciones (San Agustín y Kant). En psicoanálisis designa la personalidad psíquica propia e individual de un sujeto, considerada en estado de conciencia y afirmada por él. Es un concepto estructural y topográfico que se refiere a la parte organizada del aparato psíquico que ha sido modificada por la influencia directa del mundo exterior.

Electroencefalograma. Representación gráfica de los potenciales eléctricos del cerebro, registrados por electrodos que se fijan en el cuero cabelludo. Se emplea para el diagnóstico de trastornos neurológicos y neuropsiquiátricos, así como para la investigación neurofisiológica.

Encopresis. Falta de control del esfínter anal, que hace que el sujeto vacíe su intestino involuntariamente. El término se reserva, generalmente, para el caso de que la defecación involuntaria no se deba a un defecto orgánico o a una enfermedad específica.

Endógeno. En psiquiatría, dícese de los padecimientos que tienen su origen en el interior del organismo y afectan directamente al sistema nervioso. El término se usa en la clasificación de los trastornos mentales, cuando se tienen datos para suponer que aquéllos dependen de factores hereditarios y constitucionales.

Enuresis. Falta de control del esfínter urinario, lo que da por resultado que el sujeto se orine involuntariamente.

Epilepsia. Desorden crónico de diferente etiología, caracterizado por accesos de inconciencia que suelen acompañarse de convulsiones y otros signos y síntomas.

Equivalentes depresivos. Síntomas de orden psíquico que tienen un significado depresivo, pero que no son los que típicamente conducen al diagnóstico de depresión. La pérdida de interés, la indiferencia, el autodesprecio, ciertas formas de insomnio y los cambios inexplicables del apetito se mencionan entre tales equivalentes.

Equivalentes o sustitutos comiciales. Las manifestaciones de la epilepsia genuina son muchas. Cuando un paciente epiléptico tiene un “ataque” que no corresponde a las crisis de gran mal ni a las del tipo “pequeño mal”, se dice que presentó un “equivalente”, es decir un “ataque sustituto”.

Espasticidad. Espasmo sostenido y prolongado. El espasmo es una contracción muscular involuntaria.

Estereognosia. Facultad que se tiene de percibir y comprender la forma, tamaño y naturaleza de los objetos que palpamos, pese a no verlos.

Estimulación estroboscópica. Es la que se hace durante la toma del electroencefalograma, mediante una luz intermitente que es proyectada sobre los párpados cerrados del sujeto, producida por un aparato especial (estroboscopio).

Estrabismo. Defecto de la visión que consiste en que las imágenes no se forman en puntos correspondientes de ambas retinas, porque un globo ocular o ambos se encuentran desviados hacia adentro o hacia fuera.

Estructuras corticales. Células nerviosas de la corteza cerebral.

Estructuras neuroendocrinas. Partes del sistema nervioso que regulan la función de las glándulas de secreción interna, especialmente la que se refiere a la hipófisis.

Etiología. Estudio de las causas de los fenómenos y, en medicina, de las enfermedades. También puede referirse a las causas mismas.

Etiopatogenia. Estudio de las causas de las enfermedades y de los mecanismos que dan lugar a éstas. Es un término que comprende a otros dos: etiología y patología.

Exacerbación. Aumento notable de una respuesta a estímulos físicos o psicológicos normales.

Exógeno. Se aplica este término a los factores causales (etiológicos) que inciden desde afuera para producir estados patológicos.

Extrapiramidal. Sistema funcional de las vías nerviosas que se encargan de producir y controlar los movimientos automáticos que ocurren en los ajustes posturales del cuerpo.

Facies. Expresión de la cara. Algunos padecimientos producen una "facies característica".

Farmacodinamia. Conjunto de hechos y respuestas fisiológicas que ocurren con el consumo de una sustancia determinada.

Fotoestimulación. Estimulación por medio de la luz durante la toma del electroencefalograma.

Geneticistas. Suele llamarse así a quienes conceden la mayor importancia a la herencia como causa de las enfermedades mentales. Lo "genético" es lo producido o predeterminado por un gene o conjunto de genes, y en la práctica equivale a "hereditario".

Gestalt. Palabra alemana que se traduce por "forma". La psicología de la gestalt es una escuela que sostiene que las imágenes se perciben como un todo, como una cualidad total. Así, la experiencia perceptual es una forma o configuración en la cual el "todo" es algo distinto de la suma de las partes.

Grafestesia. Capacidad normal de identificar una letra o número que se dibuja con algún objeto o con un dedo en la espalda del sujeto.

Hemiplejía. Parálisis de la mitad del cuerpo (el brazo y la pierna de un lado).

Hiperactividad. Exceso de acciones físicas con escaso control.

Hipermotilidad. Aumento de la intensidad y la frecuencia de los movimientos normales.

Hiperpnea. Aumento del número de respiraciones por minuto, como respuesta a la necesidad de incorporar más oxígeno al organismo.

Hiperquinesia. Movimiento excesivo. El uso va dejando este término para aplicarse a una actividad física excesiva, francamente patológica.

Hiperreactividad. Respuesta exagerada a los estímulos.

Hiperventilación. Efecto de la hiperpnea.

Hipoacucia. Disminución de la agudeza auditiva.

Historia clínica. Documento que se obtiene a través del interrogatorio y la exploración clínica de un sujeto, en relación con su estado de salud. Contiene los antecedentes patológicos personales y familiares, el estudio de la situación actual, los resultados de la exploración, el diagnóstico, el pronóstico y las indicaciones sobre el tratamiento.

Homeostasis. Es la tendencia de un organismo a mantener la constancia y estabilidad de su medio interno como resultado de varios mecanismos autónomos que ajustan y adaptan el cuerpo, como un todo, a los cambios ambientales. El término fue usado por primera vez por Cannon en su célebre obra *The wisdom of the body*.

Impulsividad. Respuesta incontrolada e inmediata ante los estímulos físicos y psicológicos.

Incidencia. En medicina, el número de casos de una enfermedad durante un periodo específico.

Kernícterus. Trastorno del recién nacido, debido a la presencia de anticuerpos en la sangre materna que provocan intensa hemólisis (destrucción de las células sanguíneas) en el niño. La bilirrubina que se produce es causa de severa ictericia en el recién nacido, síntoma que conduce al diagnóstico.

Labilidad. Deficiente estabilidad. La labilidad afectiva se refiere a la inconsistencia y los rápidos y sucesivos cambios que ciertos individuos muestran respecto a sus emociones.

Manía. Antiguamente se llamaba así a la locura. En psiquiatría este término designa un estado de excitación psicomotora con exaltación de las ideas. En el lenguaje común, es una afición o hábito un tanto tiránico a que se someten ciertos individuos.

Medicina psicosomática. Parte de la medicina que se ocupa del estudio de las enfermedades en las que, según se cree, los factores emocionales y psicológicos son muy importantes. El término puede usarse también en sentido metodológico para referirse a un enfoque especial del estudio y tratamiento de algunos trastornos fisiológicos.

Metilfenidato. Ver clorhidrato de.

Monoplejía. Parálisis de un solo miembro o de una parte circunscrita del cuerpo, como un brazo, una pierna, la cara o los dedos.

Motilidad. Capacidad de movimiento.

Movimientos coreiformes. Se designan así ciertos movimientos que recuerdan los de la Corea o mal de San Vito, que se

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

presenta en las lesiones de las vías extrapiramidales y de la corteza cerebral. Son involuntarios, irregulares y sinuosos, especialmente en los brazos, los hombros y la cara.

Neoplasia. Tumoración, crecimiento celular.

Neuroadaptación. Conjunto de cambios fisiológicos y químicos que ocurren en las neuronas del cerebro como resultado de la ingestión prolongada y continuada de una sustancia adictiva.

Neurofisiología. Estudio de las actividades de las neuronas y del cerebro en su totalidad.

Neurolépticos. Drogas psicotrópicas que producen efectos antipsicóticos y sedantes. También se les conoce como antipsicóticos, atarácicos y tranquilizantes mayores.

Neurología. Rama de la medicina que estudia los padecimientos que afectan al sistema nervioso.

Nistagmus. Movimientos de vaivén de los globos oculares (horizontales, verticales y oscilatorios; estos dos tipos mucho menos frecuentes). Se presentan en diversas afecciones, por lo general vestibulares o centrales.

Nivel neuromotor. Parte del sistema nervioso central que es responsable de las funciones motrices.

Nosografía. Rama de la medicina que describe el curso de cada enfermedad, identificándola como una entidad distinta de las demás.

Nosología. Rama de la medicina que describe, distingue y clasifica las enfermedades, dándoles el nombre más adecuado.

Noxa. Cualquier agente, sea de carácter físico o psicológico, que lesiona de alguna manera el organismo.

Núcleo caudado. Es uno de los ganglios basales del cerebro. Junto con el putamen, constituye el llamado neostriatum (novo estriado) que recibe fibras del tálamo y de la corteza cerebral; a su vez, envía eferentes principalmente al globo pálido, otra estructura cerebral importante.

Obsesividad. (del latín *obsidere*: sitiar). Estado durante el cual una idea, un temor o un acto se presenta repetidamente y es sentido por el sujeto como forzado, impuesto en contra de su voluntad. Generalmente es una idea asociada a un sentimiento penoso en un dualismo ideoaectivo que invade la conciencia en forma repetida e incoercible.

Ocitócicos. Sustancias que se usan para provocar contracciones más efectivas de la matriz durante el parto.

Oligofrenia. Deficiencia mental. En general, se aplica este término a los casos de retardo mental de origen orgánico

demostrable, pero originalmente no hacía referencia a la etiología.

Oligofrénico. Persona con deficiencia mental.

Onicofagia. Hábito de morderse las uñas.

Organicidad. Que tiene el carácter de orgánico; que depende de un cambio estructural.

Organicistas. Los organicistas atribuyen directamente a los cambios estructurales (“orgánicos”) del cerebro, las manifestaciones psicopatológicas y los cambios en la conducta. Sin negar los otros factores (psicológicos y ambientales o culturales), conducen mayor importancia a los cambios orgánicos, aun reconociendo que éstos ocurren a veces a niveles bioquímicos y no pueden ser demostrados.

Osmótica. Relativa al intercambio de líquidos de los tejidos con la corriente sanguínea.

Ostracismo. Separación (por disposición de autoridad) de un individuo, para ausentarlo de un medio determinado.

Paidopsiquiatría. Rama de la psiquiatría (y por lo tanto de la medicina) que se ocupa del estudio de la psicopatología infantil; es sinónimo de psiquiatría infantil y de la adolescencia.

Paidosiquiatra. Médico especializado en psiquiatría infantil.

Paligrafía. Escritura de espejo que el sujeto efectúa cambiando la posición de las letras, dibujándolas como se verían ante un espejo. Por ejemplo: b por d.

Parálisis cerebral. Desorden congénito consistente en una atrofia simétrica bilateral de las células nerviosas, principalmente del tracto piramidal. Las extremidades se tornan débiles y espásticas, aparecen movimientos involuntarios, ataxia y generalmente algún grado de deficiencia mental.

Paraplejía. Parálisis de los miembros inferiores, incluyendo parte del tronco. Si se trata de los brazos, se denomina paraplejía superior.

Parto eutócico. Nacimiento normal, sin contratiempos.

Patogenia. Mecanismo por el cual los agentes causales de las enfermedades actúan para producirlas.

Patognomónico. Signo o síntoma característico de una enfermedad, que por sí solo conduce al diagnóstico.

Patología. Parte de la medicina que estudia las enfermedades. También se usa el término para referirse a la misma situación de enfermedad o anormalidad.

Pemolina. Es una sustancia estimulante del sistema nervioso central.

Periparto. Tiempo comprendido entre la iniciación del trabajo de parto y la normalización del estado fisiológico de la madre y el niño, una vez terminada la expulsión.

Perversiones instintivas constitucionales. Algunos psiquiatras franceses llamaron así a los cambios patológicos de los instintos, provocados genéticamente.

Placebo. Sustancia que calma las molestias de un paciente y produce una mejoría de su estado, no por acción farmacológica específica sino porque se refuerza la expectativa favorable del sujeto.

Placenta previa. Trastorno del embarazo que consiste en que la placenta tiene una implantación baja en el útero e impide la salida del niño durante el parto.

Plano neurosensorial. Relativo a la parte del sistema nervioso central que tiene las funciones sensoriales (de los sentidos).

Polímero. Sustancia obtenida por polimeración, reacción química en la que dos o más moléculas se combinan para formar otra.

Posología. Dosis y frecuencia con que deben administrarse los medicamentos.

Precepto. Interpretación significativa que un sujeto hace de un estímulo sensorial. Es una combinación de elementos objetivos y subjetivos que traduce la relación que hay entre el sujeto y su ambiente.

Pronación. Movimiento del antebrazo que permite girar la mano hacia adentro y poner la mano hacia abajo.

Propiedades antigénicas. Son las que tienen ciertas sustancias y gérmenes para provocar la formación de anticuerpos en el organismo.

Pseudodeficiencia. Aparente deficiencia mental causada por la obtención de un bajo cociente intelectual, debido a factores emocionales y de otro tipo. Por lo tanto no es una deficiencia verdadera.

Pseudoparálisis del motor ocular externo. Parálisis parcial (paresia) del músculo que mueve el glóbulo ocular hacia afuera.

Psicodinamia. De acuerdo con Freud, es el estudio de las “fuerzas mentales” en acción. En esencia, es una formulación o descripción del “cómo” se desarrolla la psique a partir de una energía hipotética (la libido), que se distribuye mediante diversas maniobras adaptativas a lo largo del desarrollo infantil.

Psicodinámico. Explicación de la conducta mediante la teoría psicoanalítica de Freud.

Psicologistas. Los psicologistas sostienen que en la etiología de los trastornos psicológicos lo más importante es la vida psíquica, las vivencias y los contenidos emocionales del paciente. En otras disciplinas el psicologismo tiene un significado diferente.

Psicopatía. Etimológicamente este término significa afecciones morbosas del espíritu en general; así, todo trastorno psicopatológico sería una psicopatía. En la moderna psiquiatría es sinónimo de sociopatía. Se refiere a un cuadro específico que cursa con trastornos caracterológicos y perversiones que parecen constitucionales y que se caracterizan por una conducta permanentemente antisocial.

Psicopatología. Rama de la medicina que estudia las causas y manifestaciones de las llamadas enfermedades mentales. También se usa el término para referirse a las manifestaciones mismas de esos trastornos.

Psicotrópico. Toda sustancia que produce un efecto en las funciones psíquicas en la conducta.

Rapport. La liga emocional generalmente positiva que se establece entre el psicoterapeuta y su paciente.

Reactividad. Capacidad de respuesta a los estímulos.

Reforzamientos positivos. Son las recompensas que se dan para que se repita una conducta deseada.

Reticular (sustancia). Se da este nombre a una estructura nerviosa de la base del cerebro que tiene la forma de una red (retícula), y que interviene en la selección y organización de las percepciones.

Secuelas neuropsiquiátricas. Consecuencias inmediatas, o a largo plazo, de los trastornos neurológicos y psiquiátricos de carácter agudo.

Self. Es la persona como un todo psicofísico en cualquier momento dado, incluyendo sus atributos conscientes e inconscientes. Es el sujeto considerado como agente consciente de su identidad; y es también el sujeto mirado como el objeto de su propia actividad.

Signología. Conjunto de signos que corresponden a un cuadro clínico. Los signos son indicios de trastornos físicos; a diferencia de los síntomas, se recogen por la exploración y no mediante el interrogatorio.

Simultagnosia. Dificultad para describir la acción representada en una ilustración. El sujeto describe lo que se ve en ella, pero es incapaz de explicar el movimiento que representa.

Síndrome. Conjunto de síntomas que caracterizan un cuadro patológico reconocible. Término médico usado en psicopatología para referirse a ciertos cuadros que no constituyen verdaderas enfermedades.

Sinquinesia. Se llama así al hecho de que la persona examinada realiza, sin proponérselo, el mismo movimiento con los dedos de ambas manos, pese a que se le ha pedido que lo lleve a cabo sólo con una de ellas.

Síntoma. En medicina es un indicio, habitualmente comunicado en forma verbal por el paciente, de un trastorno patológico.

Sintomatología. Conjunto de síntomas que ocurren en un caso particular.

Sistema neurovegetativo. Parte del sistema nervioso que regula la vida vegetativa; es decir, la que comprende las actividades vitales esenciales: respiración, circulación sanguínea, etcétera.

Sistema reticular. Es un conjunto de células y fibras nerviosas entrelazadas que están en el centro del tallo cerebral. Su funcionamiento es esencial para mantener el estado consciente, la atención concentrada, la introspección y la asociación perceptiva.

Sistemas preceptuales. Los que hacen posibles los mecanismos mentales por medio de los cuales se reconoce la naturaleza y el

significado de los estímulos sensoriales, que son interpretados al compararlos con otros relativos a experiencias pasadas.

Somático. Relativo al cuerpo, al organismo físico (*soma*).

Somático-fisiológico. Relativo al cuerpo y su funcionamiento.

Stress. Este término designa a la vez tanto a la reacción no específica del organismo ante cualquier agresión (traumática, tóxica, infecciosa, psicológica), como al propio agente de la agresión (un germen, un tóxico, un suceso).

Sucedáneo. Medicamento o sustancia que puede reemplazar a otro. En el texto este término está utilizado en su acepción de derivado.

Tálamo óptico. Constelación de núcleos o ganglios cerebrales situada entre el mesencéfalo y el cuerpo estriado. Tiene funciones somáticas y de asociación sensorial.

Terapéutica. Que pertenece al tratamiento médico, o éste mismo.

Tolerancia. Es la resistencia a los efectos de una droga que se produce por su uso prolongado. Característicamente ocurre con los derivados del opio, con las anfetaminas (en el adulto) y en menor medida con los barbitúricos.

Toxemia del embarazo. Síndrome causado por la aparición de albuminuria, edemas e hipertensión arterial en la embarazada. Sinónimo: toxemia gravídica.

Toxoplasmosis. Enfermedad causada por la infección in útero con toxoplasma gondii, microorganismo protozooario que afecta tanto al hombre como a los animales y que puede producir deficiencia mental.

Trauma. Herida o lesión. En psiquiatría, es toda experiencia inesperada que el sujeto es incapaz de asimilar. Por extensión, en psicoanálisis es una experiencia que genera ansiedad y es manejada por el sujeto mediante mecanismos de defensa.

Tricíclicos. Un tipo de medicamentos antidepresivos llamados así por su composición química.

Triplejía. Parálisis de tres miembros que ocurre, rara vez, en lesiones muy específicas del sistema nervioso central.

Umbral. En fisiología es una intensidad mínima que debe tener un estímulo para producir la respuesta esperada.

Referencias

American Academy of Pediatrics. Committee on children with disabilities and Committee on drugs, 1996.

Ayllon, T., y Roberts, M. D. "Eliminating discipline problems by strengthening academic performance" en *Journal of Applied Behavior Analysis*, 7. pp. 71-76, 1974.

Ayllon, T; Layman, D. y Kandel, H. J. "A behavioral-educational alternative to control of hyperactive children" en *Journal of Applied Behavior Analysis*, 8. pp. 137-146, 1975.

Barkley, R. A. "Predicting the response of hiperkinetic children to stimulant drugs: A review" en *Journal of Abnormal child Psychology*, 4: 327-348, 1976.

Barsh, R. The movigenic curriculum (Bulletin núm. 25). Madison, WI: Departament of Public Instruction (Bureau for Handicapped Children), 1965.

Block, M. A. *No more ADHD*. Comisión Internacional de Ciudadanos por los Derechos Humanos, 2001.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

Bradley, C. "The Behavior of Children Receiving Benzedrine" en *The American Journal of Psychiatry*. 94. pp. 577-585, 1937.

Burt, C. "A note on the mental after-effects of sleeping sickness in school children" en *British Journal of Psychology-Medical Section* 2. pp. 237-238, 1922.

Cantwell, D. P. *The hyperactive child: diagnosis, management, current research*. New York, Spectrum, 1975.

Clements, S. D. "Minimal brain dysfunction in children. Terminology and Identification" en *U. S. Public Health Publication* núm. 1415. Washington, D. C., 1966.

Clements, S. D. and Peters, J. E. "Minimal brain Dysfunction in the school age child" en *Arch Gen Psychiat* 6. pp. 185-197, 1962.

Cohen, H. J. y cols. "Developmental changes in over flow in normal an aberrantly functioning children" en *Journal of Pediatrics* 71. pp. 39-47, 1967.

Cratty, Bryant, J. "Transfer of Small-Pattern Practice to Large-Pattern Learning" en *Research Quarterly* 33. pp. 523-535, 1962.

Cruikshank, W. M. *El niño con daño cerebral en la escuela, en el hogar y en la comunidad*. Trillas, México, 1971.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition, 1994.

Delacato, Carl H. *Neurological Organization and Reading*. Springfield, Thomas, 1966.

— *Diagnosis and Treatment of Speech and Reading Problems*. Springfield, Thomas, 1963.

— *The Treatment and Prevention of Reading Problems*. Springfield, Thomas, 1959.

Denhoff, E., Robinault, I. P. *Cerebral Palsy and Related Disorders*. Mc Graw Hill, Nueva York, 1970.

Duffy, John C. *Child psychiatry*. Medical outline series, 1974.

Ebaugh, F. "Neuropsychiatric sequelae of acute epidemic encephalitic in children" en *American Journal of Diseases of Children* 25. pp. 89-97, 1923.

Ellingson, Careth. *The shadow children*, Topaz books, 1969.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

Fernald G. *Remedial techniques in basic school subjects*. Mc Graw Hill, Nueva York, 1943.

Ferritor, D. E., Buckholdt, D., Hamblin, R. L., y Smith, L. "The noneffects of contingent reinforcement for attending behavior on work accomplished" en *Journal of Applied Behavior Analysis*. 5. pp. 7-17, 1972.

Frostig, M. *Frostig developmental test of visual perception*. Consulting psychologist press. Palo Alto, California, 1963.

Getman, G. N. "Visual Success in Reading Success" en *Journal of the California Optometric Association*, 29 (5), 1961.

— *How to develop your child's intelligence*. Luverne, Minnesota, Anthon, 1962.

Gittelman-Klein, R. "Spectrum of Action of Psychostimulants and Neuroleptics in Childhood Psychofarmacology". *Adv. Biol. Psychiat* Vol. 2. Karger, Basel, pp. 23-36, 1978.

Goldstein, K. *The effect of brain damage on the personality*, pp. 245-260, 1942.

Gross, M. y Wilson, W. *Minimal Brain Dysfunction*. New York, Brunner-Mazel Publishers, 1974.

Hammar, S. L. "School Underachievement in the Adolescent: a review of 73 cases" en *Pediatrics*, 40. pp. 373-381, 1967.

Harris, V. W. y Sherman J.A. "Use and analysis of the 'Good Behavior Game' to reduce disruptive classroom behavior" en *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6. pp. 405-417, 1973.

Hohman, L.B. "Post-encephalitis behavior disorders in children" en *Johns Hopkins Hospital Bulletin*, 33. pp. 372-375, 1922.

International Classification of Diseases, 9ª y 10ª edición. World Health Organization.

Kahn, E. y Cohen, L. H. "Organic drivenness: a brain stem syndrome and an experience" en *New England Journal of Medicine*, 210. pp. 748-756, 1934.

Kennedy, R. L. J. "Prognosis of sequelae of epidemic encephalitis in Children" en *American Journal of Diseases of Children*, 28. pp. 158-172, 1924.

Kessler, J. "History of minimal brain dysfunctions" en *Handbook of minimal brain dysfunction: A critical review*. New York, N. Y., John Wiley and Sons. 1980.

Laufer, M. W. "In Osler's day it was syphilis" en *Explorations in child psychiatry*. New York, N. Y., Plenum Press, 1957.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

Menkes, M. Rowe, J. S. y Menkes, J. "A twenty five year follow study on the hyperkinetic child with minimal brain dysfunction" en *Pediatrics* núm. 39. pp. 393-399, 1966.

Michaux, León. *Psiquiatría Infantil*. Luis Miracle Editor, Barcelona, 1957.

Myklebust, H. "Learning disorders: psychoneurological disturbances in childhood", en *Rehabilitation Literature*, 25. pp. 354-359, diciembre de 1964.

Myklebust, H. y Boshes, B. *Minimal Brain Damage in Children*, Evanston II, Northwestern University Publications, 1969.

Myklebust, H. y Johnson, D. "Dyslexia in children" en *Exceptional children*, 24: 14-25, septiembre de 1962.

National Institute of Health, publicación núm. 96-3674, 1996.

Ounsted, C. "The hyperkinetic syndrome in epileptic children" en *Lancet* 2. p. 303, 1955.

Quitkin, F. y Klein, D.F. "Two behavioral syndroms in young adults related to possible minimal brain dysfunction" en *Journal of psychiatric research*, pp. 131-142, 1969.

Rapoport, J. L. K y cols. "Dextroamphetamine: cognitive and behavioral effects in normal prepubertal boys" en *World congress of psychiatry*, 1977.

Rie, H., y Rie, E. *Handbook of minimal brain dysfunctions*. New York, N. Y. John Wiley and Sons, 1980.

Rutter, M. "Brain damage syndromes in childhood: concepts and findings" en *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 18, pp. 1-21, 1977.

Rutter, M., Graham y Williams J. A. *Neuropsychiatric study in childhood*. Londres y Filadelfia, p. 78, 1970.

Sarason, L. G. *Verbal learning, modeling and juvenil delinquency*. American Psychologist, pp. 254-266, 1968.

Safer, D. J. y Allen, R. P. *Hyperactive children, diagnosis and Management*. Baltimore University Park Press, 1976.

Scharg, P. y Divoky, D. *The myth of the Hyperactive Child and Other Means of Child Control*. New York, N. Y., Pantheon Books, 1975.

Still, G. F. "Some abnormal psychical conditions in children: the Goulstonian lectures" en *Lancet* 1 pp. 1077-1082, 1902.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia

Strauss, A. A., y Lethinen, L. *Psychopathology and education of the brain-injured child*, Nueva York, Grune and Straton Co., 1947.

Velasco Fernández, Rafael. "El daño cerebral mínimo" en *Revista de la Clínica de la Conducta Vol. 1 No. 2*, México, 1968.

Velasco Fernández, Rafael. *El niño hiperquinético*, Trillas, México, 1976.

Wender, Paul H. *Minimal brain dysfunction in children*, Nueva York, Wiley-Interscience, 1971.

Werry, John. "Developmental hyperactivity" en *Annual progress in child psychiatry and child development*, Chess y Thomas. New York, Brunner-Mazel, 1969.



El *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia* se terminó de imprimir en noviembre de 2010, siendo gobernador del estado de Veracruz el Lic. Fidel Herrera Beltrán y secretario de Educación el Dr. Víctor A. Arredondo. La edición consta de 1000 ejemplares.