

“tres mil cuatrocientos ochenta millones (3.480.000.000)”

Three thousand four hundred eighty millions

Jorge Eslava-Cobos, Lyda Mejía de Eslava

Tres mil cuatrocientos ochenta millones (3.480.000.000). Ese es el número de referencias en la web, de acuerdo con Google para la búsqueda de “add” (realizado en junio 4, 2.008).

Y eso es lo primero con lo que se topan unos atribulados padres de familia a quienes les acaban de informar que su hijo sufre esa condición. Dispuestos a hacer lo que sea necesario por el bienestar de su hijo, inician la pesquisa que ofrece la web en el convencimiento de que ese astronómico número de referencias obedece a un vastísimo conocimiento sobre esa enfermedad. A poco andar, caen en la cuenta de que - por el contrario - ese enorme número representa una pugnaz polarización de conceptos que oscilan desde

[WebMD ADD & ADHD Health Center - Find ADD/ADHD information and ...](#)

- [Traducir esta página]

ADHD affects an estimated 3% to 5% of children and adults in the US Get ADD and ADHD information here including its causes, diagnosis, and promising ...

[www.webmd.com/add-adhd/](#) - 113k - En caché - Páginas similares

pasando por

[Online Testing, Brain Supplements, ADD, ADHD, Depression, Books ...](#)

- [Traducir esta página]

Brain Supplements, ADD, ADHD, Depression, Books, DVDs, CDs, Online Testing - Books, DVDs and CDs, Audio Downloads, Supplements, Special Product Packages, ...

[www.amenclinics.com/store/index.php?cPath=12](#) - 32k - En caché - Páginas similares

y

[ADD Marketing](#)

- [Traducir esta página]

Welcome to ADD Marketing, you need have at leastFlash Player 6to see the content of this site.

[www.addmarketing.com/](#) - 2k - En caché - Páginas similares

hasta

[Ediciones Novedades Educativas](#)

El encasillamiento de niños bajo el rótulo de ADDH (Déficit de Atención con Hiperactividad) constituye un fenómeno mundial caracterizado por el abuso de medicación psicotrópica en niños y adolescentes.

No hay prueba científica que documente... He terminado de leer el libro ADDH Niños con déficit de atención e ...

[www.noveduc.com/unapatologia.htm](#) - 25k - En caché - Páginas similares

Y es entonces cuando se hace evidente:

Recibido: 06/06/08. Revisado: 06/06/08. Aceptado: 06/06/08.

Jorge Eslava Cobos. Neurólogo. Presidente Sociedad Latinoamericana de Neuropsicología - SLAN. Lyda Mejía de Eslava. Fonoaudióloga. Instituto Colombiano de Neurociencias.

Correspondencia: eslamej@cable.net.co

-
1. La enorme confusión que reina en este campo.
 2. La perentoria necesidad de estudios serios y metodológicamente rigurosos que contribuyan información sólida que nos permita eventualmente superar esta confusión.

Y ese es uno de los méritos del trabajo “Fenotipo Comportamental Evaluado con una Escala Multidimensional de la Conducta en Niños y Adolescentes de 30 Familias con Trastorno de Atención-Hiperactividad”, que aparece en este número de la revista “Acta Neurológica”: el rigor metodológico que brinda confianza en sus observaciones y conclusiones. Una mirada cuidadosa a las secciones “pacientes y métodos”, “instrumentos”, “análisis estadístico”, “resultados”, y a las tablas que las acompañan, brindan la seguridad de que el estudio ha sido adelantado con el rigor necesario y que las discusiones y conclusiones presentadas se ajustan - sin desbordarlos - a los resultados obtenidos.

El señalamiento de las discrepancias en los tamaños del efecto de los diferentes componentes del fenotipo (inatención, hiperactividad, adaptación, problemas académicos) según los diferentes observadores es bien importante, en cuanto pone de presente la subjetividad del fenotipo, con todas las consecuencias e implicaciones que ello tiene. Este señalamiento nos obliga a preguntarnos “¿Cuál es en realidad el fenotipo?”, para caer en cuenta que este depende no solo de la realidad del sujeto que posee ese fenotipo sino también de los ojos a través de los cuales el observador detecta ese fenotipo (p. ej., las feromonas de una gata en celo tendrían un tamaño del efecto inmenso si el observador es un gato, en tanto que ese tamaño del efecto sería menor o tal vez inexistente si el observador es un humano). Trasladado a la situación clínica real del niño/a con TDAH, significa que ese fenotipo será muy variable (desde abrumador hasta inexistente) dependiendo de la perspectiva teórico-metodológica y epistemológica, del grado de preparación, de la experiencia y habilidad, de la mayor o menor tolerancia y/o reconocimiento de estas manifestaciones, de las expectativas, etc., del maestro (1) y de los padres. Lo anterior se hace explícito por parte de los autores: “De manera particular, en este estudio se encontró que los

padres de esta comunidad, de cultura caribe no perciben las conductas de hiperactividad como un problema característico de estos niños afectados de TDAH; esto puede sugerir una visión flexible y tolerante de los padres ante las conductas asociadas a la hiperactividad, hecho que llama la atención, por contraste, al considerar otras investigaciones, las cuales han mostrado a la hiperactividad como una característica sobresaliente del TDAH”. En ese contexto - las categorías clásicas (tipo mixto, tipo de predominio inatento, tipo de predominio hiperactivo-impulsivo) - en realidad identifican fenotipos del niño que lo presenta o mejor tal vez del observador que lo identifica? Si lo segundo es cierto, puede extenderse ese mismo razonamiento a la definición de la condición misma?

Pero hay otras consideraciones adicionales sobre el fenotipo que - de hecho - no son mencionadas en este artículo debido sin duda al hecho (meritorio) de que el diseño del estudio no evaluaba ese aspecto específico, pero que - en el comentario editorial - sí parecen pertinentes. Tienen que ver con el interrogante sobre si estos fenotipos corresponden a fenómenos unitarios o si son mejor entendidos como constructos de diversos elementos. Si ello fuera así, el fenotipo tal vez no sea ese “fenotipo macro” que corrientemente se identifica, sino uno cualquiera de los “fenotipos micro”, bien de manera aislada o en diversas combinaciones. La Neuropsicología y Neurofisiología contemporánea (2) han identificado ya con claridad que diversos procesos concurren en el fenómeno atencional (selección, sostenimiento, vigilancia), que hay diversos referentes categoriales (atención fásica / tónica, atención voluntaria / involuntaria) que los diversos procesos pueden concurrir de manera variable (p. ej. Atención dividida), etc. Así las cosas, persistir en la identificación de la “inatención” como fenómeno unitario del fenotipo parece a todas luces equivocado, y nos obliga a volver sobre el interrogante anteriormente mencionado: “¿Cuál es en realidad el fenotipo?” Para no mencionar las diversas vías por las que puede llegar a comprometerse cada uno de estos procesos atencionales: por la vía de una pobre memoria de trabajo (3), de alteraciones en la función ejecutiva (4), o de la pobre autocrítica en un déficit cognitivo (5), etc., etc. Similares señalamientos

pueden hacerse a los otros elementos del fenotipo (hiperactividad, oposicionismo).

Por otro lado, pero dentro de la misma línea de análisis, los datos de este estudio revelan que el elemento central del fenotipo - a través de los ojos del maestro - “son las conductas relacionadas con unas buenas habilidades para el estudio”. Dado que las dificultades del aprendizaje abarcan una gran cantidad de condiciones (6) (no solamente TADH) y que la inatención, hiperactividad y síntomas comportamentales pueden ser reactivos a dificultades psicológicas, familiares y escolares (7), será concebible que una gran cantidad de casos identificados como TADH de acuerdo a los criterios clásicos corresponda en realidad a consecuencia (y no causa) de las dificultades para el aprendizaje? Que implica esto para el uso rutinario de encuestas estructuradas como metodología preferente para el diagnóstico de TADH - y de las conductas que de allí se derivan?

Particularmente relevante es el análisis crítico que - a partir de sus datos - hacen los autores con respecto a los fundamentos teórico-metodológicos de la propuesta del DSM (8), centrados alrededor de una definición categorial dicotómica, al afirmar que “las manifestaciones clínicas del TDAH forman parte de un espectro de manifestaciones continuas, en las cuales los criterios clínicos tradicionales para el diagnóstico se combinan con otros síntomas, que no se han considerado como parte del problema”. Apoya esta afirmación el hallazgo de que - en su muestra - se destacan “alteraciones también significativas en otras dimensiones, por ejemplo, en la variable de atipicidad de la escala clínica”. Todo ello confiere especial valor a su afirmación “Los datos de nuestro estudio estarían desnudando las limitaciones de los análisis categóricos”.

Y no es esta una afirmación de poca monta. Apunta a los fundamentos mismos de la condición y a los criterios para el diagnóstico y tipificación, de donde se desprenden las justificaciones para la intervención, las estrategias con las que estas se instrumenten, los criterios de vigilancia y seguimiento y las medidas de desenlace.

En este sentido, creemos muy pertinente traer a colación y enfatizar la propuesta de Pineda y

cols. (9,10) que intenta identificar en esta condición unos endofenotipos de clases latentes. De acuerdo con esta propuesta, TADH no es una entidad clínica categorial. Es en cambio la expresión fenomenológica de una susceptibilidad genética (variable en sí misma) que en ese nivel es apenas latente y que solo cuando se acopla con las condiciones medioambientales desfavorables (ellas también de grado variable) terminan expresándose como TADH (por supuesto - y como consecuencia - también en magnitud variable). Las consecuencias de este planteamiento son diversas y muy importantes, entre ellas:

1. La susceptibilidad genética no es a TADH sino a una mayor vulnerabilidad a varios fenotipos (incluyendo TADH pero también alcoholismo, TOC, etc).
2. La expresión fenomenológica de la susceptibilidad no es obligada; depende de las condiciones medioambientales.
3. Como considerar las medidas de desenlace cuando de una lado desaparecen algunas de las presiones (escolares, de subordinación y otras restricciones, etc.) con el paso a través de los diferentes grupos etarios, pero otras en cambio surgen y/o se incrementan (libertad frente al alcohol, mayores consecuencias de los actos, incertidumbre frente a la autonomía, etc)? Evoluciona la expresión fenotípica del genotipo mismo atada como consecuencia obligada a la edad (como ocurre con las características del sistema osteoarticular o como la menopausia por ejemplo)? Si ello fuera cierto, como se acoplaría con las cambiantes exigencias medioambientales?
4. TADH no existe por sí mismo como condición patológica categorial (apendicitis, adenocarcinoma o síndrome de West por ejemplo). Depende - entre otras cosas - de las expectativas y exigencias de la cultura. Ello obliga - más que en casi cualquier otra condición - a tomar con beneficio de inventario los datos de la “literatura médica” y aterrizarlos a las condiciones locales. En lo personal, los autores de este comentario no se sentirían autorizados a presentar una exposición basada solo sobre datos de la

“literatura médica” en una comunidad Emberá o de la isla de Chiloe.

5. La expresión fenomenológica no es categorial sino continua y a lo largo de diferentes ejes que son también diversos según el sujeto. Las implicaciones de esto son enormes. Incluyen el hecho de que un niño tenga un mayor o menor compromiso en un eje y distinto en otro, pero también que el impacto de cada uno de estos compromisos sobre el desempeño frente a tareas académicas o sociales, o sobre la actitud frente a diversas situaciones, es también variable. Ello contrasta de manera ostensible con el enfoque actual: tiene o no tiene TADH (convertido en sinónimo de “se prescribe o no medicación”).
6. Las posibles estrategias de intervención son múltiples (11,12). El hecho de que sea el acople con condiciones medioambientales desfavorables el elemento que convierta en realidad lo que era tan solo una susceptibilidad, señala que las acciones sobre esas condiciones medioambientales tienen una importancia capital (13,14). Cual es la mejor combinación de estas estrategias en cada caso en particular? Ese parece un terreno mucho más fértil para la investigación y el análisis académico que la polarizada defensa a ultranza de una posición a favor o en contra de la existencia misma del TADH.

A ese respecto, no sobra destacar que ninguno de los argumentos anteriores (ni tampoco ciertamente las afirmaciones de los autores del artículo comentado) niegan la existencia de TADH ni de la pertinencia o utilidad de las medicaciones en esta condición. Llamen sí la atención (y el artículo comentado aporta datos sólidos) sobre el hecho de que el TADH es campo propicio y obligado para la redefinición.

Tal vez con ella los padres del futuro encuentren en la web - y en los profesionales - una menor cantidad de información. Pero menos confusa. Y más útil.

REFERENCIAS

1. **Cajiao F.** Herramientas para escribir el mundo. Bogotá, Magisterio, 2005.
2. **Mangun G., Jha A., Hopfinger J., Handy T.** The temporal dynamics and functional architecture of attentional processes in Human extrastriate cortex. en Gazzaniga M (ed), *The New Cognitive Neuroscience*, Cambridge, MIT press 2.000, pp 701-724.
3. **Rapport MD, Alderson RM, Kofler MJ, Sarver DE, Bolden J, Sims V.** Working Memory Deficits in Boys with Attention-deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): The contribution of Central Executive and Subsystem Processes. *J Abnorm Child Psychol* 2008 Mar 4E.
4. **Biederman J, Seidman LJ, Petty CR, Fried R, Doyle AE, Cohen DR, Kenealy DC, Faraone SV.** Effects of Stimulant Medication on Neuropsychological Functioning in Young Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Clin Psychiatry* 2008 May 27:e1-e7.
5. **Payton JB, Burkhart JE, Hersen M, Helsel JW.** Treatment of ADDH in mentally retarded children: a preliminary study, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28(5):761-767.
6. **Eslava-Cobos J., Mejía L.** “Aproximación Neurofisiológica: Evaluación de los Trastornos del Aprendizaje”. en Eslava-Cobos J., Mejía L., Quintanar L., Solovieva Y. (eds.) “Los Trastornos del Aprendizaje: Perspectivas Neuropsicológicas” 2008. Bogotá, Editorial Magisterio.
7. **Cobos F.** Psiquiatría del niño, el Adolescente y la Familia. <www.franciscocobos.net.co>
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*, Washington DC: American Psychiatric Association Press; 1994.
9. **Pineda DA, Palacio LG, Puerta IC, Merchán V, Arango CP, Galvis AY, Gómez M, Aguirre DC, Lopera F, Arcos-Burgos M.** Environmental influences that affect attention deficit/hyperactivity disorder: study of a genetic isolate. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 16: 337-346.
10. **Jain M, Palacio LG, Castellanos FX, Palacio JD, Pineda D, Restrepo MI, et al.** Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders: evidence of pleiotropy and new susceptibility loci. *Biol Psychiatry* 2007; 61:1329-1339.
11. **Arnold L.E.** Contemporary diagnosis and management of Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder. Newton PA, *Handbooks in health care* 2002.
12. **Solovieva Y, Quintanar L, Flores D.** Programa de corrección neuropsicológica del déficit de atención. Puebla, Editorial de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. 2002.
13. **Condemarin M, Gorostegui M, Milicic N.** Deficit Atencional; estrategias para el diagnóstico y la intervención psicoeducativa. Santiago, Planeta. 2004.
14. **Monge M.** Manejo en el aula del trastorno de déficit atencional e hiperactividad. *Neuropediatría - revisiones* 2006; 4: 11-18.