

Más de 100 años de investigación

Por Patricia Linn*

El Trastorno del Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) constituye un síndrome conocido desde larga data por los especialistas. A pesar de esto la heterogeneidad clínica y la no muy bien definida causa del mismo (su etiología) han provocado sucesivos cambios en la denominación y en los criterios diagnósticos.

La primera descripción que se considera relevante de un cuadro de síntomas semejante al TDAH la realizó el Dr. George Still, pediatra británico, en 1902. Publicó varios informes en la revista médica Lancet en los que no sólo describía el síndrome sino que, además, postulaba que, en algunos casos, sería un problema biológico y no educacional como se creía entonces.

La relación que encontró Still entre el patrón de conducta hiperactivo y un daño cerebral evidente fue reforzada sucesivamente por diferentes informes que aparecieron en la literatura pediátrica. Estos relataban alteraciones comportamentales posteriores a, y a consecuencia de, accidentes orgánicos (encefalitis, trauma craneal, lesiones pre o perinatales, etc.) que se suponía afectaban al sistema nervioso central.

De allí la denominación inicial de lesión cerebral, que luego pasó a ser "lesión cerebral mínima". El hecho de que en muchos casos de hiperactividad se encontraran lesiones cerebrales se extrapoló, erróneamente, a considerar que los trastornos de conducta infantiles eran siempre consecuencia de daño cerebral.



Bender cambió el énfasis de las causas del trastorno a los problemas de percepción que sufrían estos niños, de los cuales derivaría la hiperactividad. De esta forma comenzaba a plantear que el trastorno se debía a un retraso en la maduración, lo que implica una disfunción y no una lesión cerebral.

Estimulantes

En 1930, el Dr. Charles Bradley utilizó una anfetamina para el tratamiento de los dolores de cabeza que siguen a una punción lumbar, pensando que sus propiedades estimulantes favorecerían la reposición del líquido cefalorraquídeo. Resultó que muchos de los niños hiperactivos a los que se les hizo ese tratamiento podían, como efecto secundario, concentrarse mejor. Bradley estudió el tema y, en 1937, publicó un artículo informando sobre la mejora en la conducta y en el rendimiento escolar de los niños con hiperactividad que recibieron el tratamiento. Estos hallazgos apoyaban la hipótesis de la base orgánica del síndrome.

Entre los múltiples informes en los que dicho conjunto de trastornos se relacionaban con una lesión cerebral inespecífica, figuran las primeras valoraciones de la psicóloga Lauretta Bender sobre el síndrome postencefalítico para el que la psicoterapia no tenía resultados positivos. Definió el cuadro en términos de impulsividad orgánica originada en el tronco cerebral, concepto que ya había sido propuesto anteriormente. Más tarde

Hipótesis explicativas

A principios de los años 60 las hipótesis explicativas estaban divididas en dos grandes corrientes:

1. El enfoque neurológico: orientado a identificar una lesión en el sistema nervioso central, que se expresaría mediante ciertas alteraciones conductuales, del que surgieron las teorías etiológicas de transmisión genética, trauma perinatal, retraso madurativo, disfunción cerebral, etc.

2. La aproximación psicoeducativa, que valoraba las condiciones familiares, escolares y sociales en que se había criado el niño, reconociéndolas como posible factor causal (entre éstas el tipo de interacción padres-

hijo, privación emocional temprana, inconsistencia de los modelos de socialización y elementos contaminantes en la dieta alimenticia o atmósfera ambiental).

Disfunción cerebral

Dado que el diagnóstico del trastorno se hacía según síntomas puramente conductuales algunos científicos plantearon, en 1962, que se debía cambiar el término de "Lesión Cerebral Mínima" por el de "Disfunción Cerebral Mínima", puesto que no consideraban suficiente un diagnóstico de lesión en base a conductas. Se podía, en cambio, aceptar el diagnóstico de una disfunción porque la existencia de déficits neurocognitivos específicos (en la percepción, lenguaje, conceptualización, memoria, atención y motricidad) sí se consideraban indicativos de alteraciones funcionales cerebrales. Además el síndrome se daba con alteraciones en el electroencefalograma, presencia de sincinesias (trastorno de la motilidad en el que al realizar un movimiento se realiza inconscientemente otro con la extremidad simétrica) o enuresis persistente, todos señales de problemas funcionales.

Sin embargo, con el tiempo, al no encontrarse apoyo empírico suficiente que validara el concepto de disfunción cerebral mínima como un síndrome médico, psicólogos y pedagogos dirigieron sus esfuerzos a intentar caracterizar la hiperactividad como un trastorno del comportamiento. Así se llegó a reemplazar el término de disfunción cerebral mínima por etiquetas más específicas que se aplicaron a poblaciones algo más homogéneas de trastornos cognitivos, de aprendizaje y de conducta, como dislexia, problemas del aprendizaje, trastornos del lenguaje e hiperactividad.

Por ejemplo, la denominación, según el segundo Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales (DSMII) de la Asociación Psiquiátrica Americana, publicado en 1968, fue "Reacción hiperquinética de la infancia" por lo que usualmente se lo llamaba "Síndrome del niño hiperactivo". Las anomalías en el comportamiento incluían, pero no estaban limitadas a, la hiperactividad, inatención, distractibilidad, reacciones súbitas de enojo, hostilidad, "inmadurez", relaciones

conflictivas con compañeros, desafíos, desobediencia, problemas severos de conducta o delincuencia, junto a la dislexia y otros problemas del aprendizaje.

En los años 70 el interés que surgió en EE.UU. por el tema, a partir del uso de psicofármacos en niños con trastornos de conducta y de aprendizaje, llevó a numerosas investigaciones sobre los efectos diferenciales de la medicación estimulante y, consecuentemente, a la delimitación de distintos grupos diagnósticos. El estudio del efecto de los estimulantes en el nivel de atención y el control de la conducta, así como los avances en el conocimiento de los diversos procesos neuropsicológicos implicados en el mantenimiento de la vigilancia (atención sostenida), afianzaron la idea de que el núcleo del trastorno consistía en una deficiencia atencional y del control de impulsos, antes que en una alteración de la conducta motora.

Categorías

Posteriormente se van estableciendo diferentes categorías diagnósticas con una tendencia a dar más importancia a los síntomas que al origen o causa del síndrome, debido a una necesidad de ser neutrales, de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones, y de clínicos en general con investigadores diversos. En este contexto, en 1979, en el tercer Manual de Diagnóstico Estadístico (DSMIII) de la Asociación Psiquiátrica Americana, el síndrome se encuentra catalogado como una enfermedad cerebral de carácter mínimo que afecta a niños en edad preescolar y escolar, y aparece el término: "Trastorno por Déficit de la Atención (con o sin hiperactividad)" para denominarlo.

En 1987 se publicó una revisión del tercer manual, que introdujo varias modificaciones al diagnóstico, y se le cambió el nombre a "Trastorno por Déficit de la Atención e Hiperactividad" (TDAH), ya que se había llegado a la conclusión de que las características que lo conforman son básicamente conductas perturbadoras, impulsividad, hiperactividad y finalmente, falta de atención.

Actualmente está vigente la clasificación publicada en el DSM IV, en la que se incluyen subtipos: predomi-

¿TE GUSTA LA CIENCIA?

Con el paquete Mundo & Conocimiento disfrutá de la cultura y el entretenimiento.

MONTECABLE, EL ABONO MÁS CONVENIENTE.
ABONATE O SOLICITÁ PROMOTOR AL 909 00 00.

MONTECABLE
Vos tenés el control digital

la naturaleza fina del trastorno. No existiría una lesión anatómica precisa, sino una disfunción sináptica puntual que impide la regulación fina de las terminales neuronales. Entraría el síndrome en el grupo de los déficits regulatorios globales, más próximo a los trastornos afectivos, depresión, manías, que a un foco epiléptico, por ejemplo.

De todas maneras, realizar colecciones múltiples y seguras de orina, incluso en tiempos breves, no es sencillo en niños con TDAH y las variaciones en los resultados obtenidos son grandes, por lo que las investigaciones prosiguen.

Prosiguen en todo el mundo, encarando las diferentes hipótesis y en búsqueda de una teoría que unifique las causas del trastorno y permita diagnósticos claros.

**Federico Dajas, Presidente del Consejo Directivo del Instituto de Investigaciones Clemente Estable, colaboró con la lectura de la nota y con información acerca de las investigaciones realizadas por su grupo sobre el tema.*

Bibliografía consultada:

- *Bailador, Pilar & al. (1996, junio) La adaptabilidad noradrenérgica en el diagnóstico del déficit atencional en niños de edad escolar. Revista Médica del Uruguay [en línea] v.12 no.1: 20-27. Recuperado el 25 de enero de 2010 de <http://www.rmu.org.uy/revista/1996v1/art4.pdf>*
- *Barreiro, J.A. [2008] ¿Qué aprendemos de los niños que no aprenden? [en línea] Montevideo: APU. Recuperado el 30 de enero de 2010 de http://www.apuruguay.org/bol_pdf/bol-barreiro.pdf*
- *Biaggi, H.R. (2003) Trastorno por déficit en atención. Un resumen actualizado. [en línea] Buenos Aires, Asociación Argentina de Psiquiatras. Recuperado el 12 de enero de 2010 de http://www.centropsicologos.cl/deficit_atencional.htm*
- *Gómez-Ferrer Górriz, C. (2006) Concepto - Historia. Jornadas de Actualización del TDA/TDHA. [en línea] Cartagena, noviembre 2006. Recuperado el 12 de enero de 2010 de <http://www.ada-hi.org/descargas/Ponencia1.pdf>*
- *González Hernández, J. (2008) Trastorno por déficit atencional/ Hiperactividad en el adulto. Memoriza.com 1: 8-22. [en línea] Recuperado el 9 de enero de 2010 de <http://www.scribd.com/doc/11607354/TDA20081822>*
- *Universidad de Valparaíso, Chile. Escuela de Psicología (2004) [Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad] [en línea] Valparaíso: Universidad. Recuperado el 25 de enero de 2010 de http://hiperactividaducn.tripod.com/thda_archivos/Hiperactividad024.pdf*

Acaba de publicarse el libro de Lucía Lewowicz que obtuviera, en 2008, el Premio Anual de Literatura en la categoría ensayo, rubro inédito, del Ministerio de Educación y Cultura. Se trata de: "Sobre una teoría de la referencia en y desde la filosofía de la ciencia. Philip Kitcher, sobre referencia y sentido". Su autora explica brevemente su interés en Kitcher.

Signos, sentidos y referencias

Por Lucía Lewowicz

Russell publicó en 1940 su libro "Investigación sobre el significado y la verdad" en cuya introducción dice que estudiará ciertos problemas relativos al conocimiento empírico. La originalidad de ese texto consistirá, para él, en atribuirle una gran importancia a las consideraciones de carácter lingüístico y agrega lacónicamente: "no vamos a examinar otro problema, el de si esto tiene algún valor".

Estas consideraciones de Russell reflejan parte del fondo de las motivaciones que me han llevado a estudiar la teoría de los potenciales de referencia de Philip Kitcher. ¿Por qué el lenguaje científico ha importado tanto a la filosofía de la ciencia del siglo XX? ¿Por qué el valor de este asunto no se examina, aún hoy, como sostuvo Russell? Y por otro lado ¿el lenguaje que interesa a filósofos de la ciencia es similar a aquél que ocuparía a científicos?

La nueva imagen de la ciencia, inspirada entre otros por Thomas Kuhn, epistemólogo estadounidense autor de "La estructura de las revoluciones científicas", dio lugar a un cambio radical en la filosofía de la ciencia, y planteó grandes desafíos al realismo científico, especialmente a la idea, aceptada acríticamente, de

que éste contiene una dimensión semántica.

Para Gottlob Frege, matemático, lógico y filósofo alemán, un signo posee un sentido y una referencia, el sentido contendría el modo de darse de un objeto, o el modo de presentación de la referencia. Para él no existe signo sin sentido, pero existen signos sin referencia. Frege defendió también que el sentido de una expresión determina la referencia.

Ahora bien, si hay cambio de referencia algo muy malo puede pasarle a los referentes. Kuhn ha sido muy drástico en esto; los referentes existen si existe el esquema conceptual que así los señala y describe.

Frente a estos desafíos los realistas debieron salir de sus aposentos y buscar explicaciones que aceptaran el cambio conceptual sin que ello alterara la continuidad referencial o mejor dicho, la idea de un mismo mundo (ni fijo, ni absoluto, ni eterno, ni invariante, sólo el mismo mundo).

La teoría de los potenciales de referencia de Philip Kitcher intenta ser una respuesta a este dilema. Mala, desde mi punto de vista, con costes caros para la filosofía de la ciencia.

