

# TRASTORNO DE DESATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDH). CUESTIONAMIENTOS ACERCA DE SU DIAGNÓSTICO Y PREVALENCIA

## Attention Deficit Disorder with Hyperactivity

Morales Alexis Ariel<sup>1</sup>,  
Dionisio Leandro<sup>2</sup>

1 Licenciado en Psicología,  
Magister en Salud Pública,  
Profesor Ayudante de la  
Facultad de Psicología –  
Universidad Nacional de  
Córdoba

2 Médico Psiquiatra, Profesor  
Asociado en salud mental de  
la Escuela de Salud Pública y  
Profesor Adjunto de la Cátedra  
de Psiquiatría Facultad de  
Ciencias Médicas Universidad  
Nacional de Córdoba.

### Resumen

El Trastorno de Desatención e Hiperactividad (TDHA) es posiblemente la patología infantil que más auge ha adquirido en las dos últimas décadas. Este trastorno es considerado, en muchos casos, una problemática social, tanto por su cada vez mayor prevalencia, como por el involucramiento de distintos sectores en la misma. Ello ha llevado a que exista una fuerte presión desde la institución escolar y en algunos casos también de la familia para que esta patología infantil encuentre una rápida resolución mediante el uso de psicofármacos. En la actualidad, sin embargo, se ha puesto en duda los fundamentos científicos que muestran una prevalencia elevada para este trastorno hasta alcanzar, en algunos casos, el 20% del total de población infantil. Ello conlleva a la discusión acerca de si es posible sostener al TDHA como una entidad diagnóstica independiente, o si solo se trata de un conjunto de síntomas relativamente independientes entre sí.

**Palabras clave:** Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, Prevalencia, diagnóstico

### Abstrac

The disorder of inattention and hyperactivity is arguably the child pathology more boom has acquired in the past two decades, considered in many cases a real social problem, its

Recibido: 6 de Noviembre  
de 2012. Aceptado: 07 de  
junio de 2012

increasing prevalence, both sectors that are involved with regard to the same. This has led to that there is strong pressure from the school and in some cases also the family so that this child pathology find a quick resolution through the use of psychoactive drugs. However, it should be questioned about the scientific foundations who claim a high and belief so high prevalence for this pathology, reaching almost, in some cases, 20 per cent. Alternatively, if it is possible to hold to the TDHA as an independent diagnosed entity, or if it is only a relatively independent symptoms set with each other.

**Key words:** Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, Prevalence, diagnosis.

## Introducción

El Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDHA) se define básicamente como un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar (1).

En la actualidad es la problemática infantil que más relevancia ha ganado, con una prevalencia estimada entre el 3 al 5%, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales en su cuarta versión (DSM IV), hasta casi el 20%, según otros investigadores.

No solo preocupa esta elevada prevalencia, sino también los costos que implican su tratamiento; el carácter crónico que posee y los graves perjuicios que conlleva, tanto para el sujeto que la padece como para los ámbitos en donde se desenvuelve, ya sean estos académicos, familiares o sociales.

Por otra parte, en disidencia con la opinión histórica, ya no se la considera como una enfermedad propia de la infancia. La bibliografía reciente (2), afirma que el 60% de los sujetos que padecieron TDHA en su niñez continúan presentando síntomas en la vida adulta: alteraciones en la adaptación social, problemas académicos y emocionales clínicamente significativos.

Si bien conocida desde principios del siglo XX, cuando el pediatra inglés J. Still propuso el término “defecto del control moral”, recién en la década de los noventa, adquiere notoriedad, transformándose en una verdadera problemática social. Problemática que involucra tanto a los profesionales vinculados a la salud mental infantil (psicólogos, neurólogos, pediatras, psicopedagogos), a la institución escolar, como a los medios masivos de comunicación (3) y las autoridades oficiales (4).

Esto se produjo en un contexto social y científico en donde se conjugaron por lo menos cuatro factores:

1) **La difusión del DSM III**, el cual incluía la nueva denominación de “trastorno de déficit de atención con hiperactividad”, y la atribución diagnóstica en base a parámetros observacionales que se prestaban a la interpretación y la subjetividad del investigador.

2) **La presión de las empresas farmacéuticas** que propusieron al metilfenidato como la solución ideal para esta patología. Representando un negocio multimillonario (5).

3) **La imposición desde las instituciones educativas para que todo niño que presentara algún grado de perturbación fuera prontamente diagnosticado y medicado.**

4) **La aceptación mayoritaria (6), tanto de la comunidad científica como por la opinión pública general, de la relación: TDHA – Trastorno neurológico genético – Metilfenidato.** Aceptada la hipótesis de un origen neurológico y el metilfenidato como la cura para el mismo, se dejaron de lado la discusión sobre los criterios diagnósticos, como la posible influencia que los factores psicológicos y sociales que podrían estar interviniendo en este tipo de conductas.

En este contexto no resultó extraño que todo niño que no se ajustara cabalmente a los parámetros sociales exigidos, estuviera en riesgo de ser catalogado como TDHA, y

prontamente medicado. Situación que llevó en 1996 a la *National Institute of Mental Health* de los EE.UU a advertir lo siguiente: “muchas cosas pueden producir este comportamiento. Cualquier cosa, desde miedo crónico hasta ataques leves puede hacer que un niño parezca demasiado activo, peleador, impulsivo o desatento. Por ejemplo, un niño anteriormente servicial, que se vuelve demasiado activo, y fácilmente distraído después de la muerte de uno de sus padres, ésta enfrentándose a un problema emocional, no es TDHA. Una infección crónica del oído medio también puede hacer que un niño parezca distraído y no servicial. También lo puede hacer el vivir con miembros de la familia que son abusivos o adictos. En otros niños, pueden ser la respuesta a situaciones vividas en el aula, que el trabajo sea demasiado difícil o demasiado fácil, lo cual lleva a que el niño se sienta frustrado o aburrido” (7).

## Analisis

En este contexto se plantean dos interrogantes: 1) ¿es posible que exista cerca de un veinte por ciento de la población infantil afectada por esta patología?, o ¿las altas cifras hacen sospechar que se están incorporando sujetos diferentes?; 2) ¿es posible sostener al TDHA, como una entidad nosográfica independiente?, o ¿solo es un conjunto de síntomas agrupados arbitrariamente y que responden a causas etiológicas diferentes y por lo tanto con pronósticos igualmente divergentes?.

En relación a las cifras propuestas para la prevalencia del TDHA, existe una marcada divergencia entre las diferentes fuentes bibliográficas. El DSM IV sostiene que esta ronda el 3 al 5%; Brenton (8) y Bienderman (9) entre el 4 y 12%, para Elia(10) podría establecer entre 1,7% y el 17,8%, o entre el 8% y el 20%, según otros estudios(11-12). W. Cornejo(13) realiza una revisión crítica comparando dieciocho trabajos epidemiológicos. De este modo se observa como las cifras varían desde el 1%, hasta casi alcanzar el 20%.

En Latinoamérica se repite la misma situación. El “Primer Congreso Latinoamericano de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad”(14) realizado en el año 2007, en la Ciudad de México, determinó que la prevalencia estimada para esta región sería de 5.29%. Esto coincide con una serie de estudios hechos en la región: Rohde (15) sobre una cohorte de 1.013 adolescentes brasileños encontró una prevalencia de 5,8%; Belkis Vidal Martinez (16) estimó un 7,4% sobre una muestra representativa de 740 niños cubanos en edad escolar; y Montiel Navas (17) que sobre 1.141 niños marabinos (Venezuela) mostró que el 7.19% estaba afectado por el TDHA. Sin embargo una investigación realizada sobre niños y adolescentes colombianos (18) arrojó una prevalencia del 20.4% y del 15.8% cuando se descartaron los sujetos con un coeficiente intelectual menor a 80 puntos.

En la Argentina son pocos los trabajos de investigación al respecto. Se tiene registro solo de dos, ambos realizados en la Cdad. Autónoma de Buenos Aires. El primero de ellos pertenece a Rubén Scandar y Mariano Scandar (19), donde sobre una muestra de 216 niños, entre 4 y 6 años, concurrentes a tres jardines de infantes de estratos sociodemográficos distintos, se observó que solo el 3.24% de los niños encuestados presentaban TDAH. Los autores remarcan en este caso, que la baja edad de los sujetos dificultaba la observación de síntomas de desatención e hiperactividad, lo cual hizo que las cifras obtenidas fueran menores a las esperadas. El segundo estudio, corresponde a los Drs. Claudio Michanie, Gabriel Kunst, Daniel Margulies y Aleksandra Yakhkind (20) que sobre una base de 300 niños de clase media y media-baja, atendidos en los hospitales públicos de Capital Federal y siguiendo los criterios diagnósticos del DSM III R, establecieron que el 9% cumplían con los parámetros para el TDHA.

El segundo hecho llamativo, aunque no puede establecerse como regla general, es la tendencia a encontrar cifras cada vez más altas. Baumgaertel (11) en Alemania encontró una prevalencia del 9.60% siguiendo los criterios del DSM III y del 17,80% siguiendo las del DSM IV. Wolraichl (21), en los Estados Unidos, postuló que era del 16,10%.

Estos dos hechos: las altas cifras encontradas y la divergencia existente entre las diferentes investigaciones puede deberse a tres grandes factores: las modificaciones en la nosografía usada, el origen de los datos y errores en el diagnóstico.

**1. Nosografía Usada**

En la tabla 1, se puede observar como para el mismo periodo de tiempo, con la misma población, se alcanzan siempre resultados superiores cuando se usan los criterios norteamericanos contra los europeos, como lo muestra el estudio realizado por Leung (22). Al mismo tiempo las ediciones más modernas del DSM arrojan siempre resultados superiores. Tal como lo muestra el estudio de Baumgaerte (11) en donde existe un aumento cercano al 100% entre la tercera y la cuarta versión del manual norteamericano.

**Tabla 1. Comparación de los criterios diagnósticos en las diversas clasificaciones (17).**

Estudio	País	Año	Nosología	Edades	Prevalencia
Esser, <i>et al</i> (23).	Alemania	1990	ICD9	8 años	4,20%
Pelham, <i>et al</i> (24).	EE.UU	1992	DSM III R	8.º grado	7,10%
Gallucci, <i>et al</i> (25).	Italia	1993	DSM III	R 4.º grado	3,90%
Baumgaertel, <i>et al</i> (11).	Alemania	1995	DSM III DSM IV	5 a 12 5 a 12	9,60% 17,80%
Leung, <i>et al</i> (23).	Hong Kong	1996	DSM III DSM III R ICD10	1º grado 1º grado 1º grado	6,10% 8,90% 0,78%
Verhulst, <i>et al</i> (26).	Holanda	1997	DSM III	R 13 a 18	7,90%
L.Eddy, J.(27)	España – Barcelona	1997	DSM IV	7-8 años	5.7 a 9.8%
Wolraich, <i>et al</i> (28).	EE.UU.	1998	DSM IV	5º grado	16,10%
Pineda, <i>et al</i> (29).	Colombia	2001	DSM IV	4 a 17 años	17,10%
J.W. Cornejo (30)	Venezuela	2005	DSM IV	4 a 17 años	20,4% 15.86 %con CI 80 puntos o más

Si se observa la tabla 2, propuesta por Roselló (31) es notorio como el DSM ha ido incorporando diversos ámbitos de la conducta a un mismo cuadro nosográfico. Lo cual implica que cada vez un mayor número de sujetos pueden ser incorporados al diagnóstico. En el DSM II, el trastorno solo implica un exceso motor, en el DSM III a lo anterior se le ha incluido la desatención y la impulsividad, el DSM III R y DSM IV por su parte equipararon los tres tipos de síntomas.

**Tabla 2. Comparación de los criterios diagnósticos en las diversas clasificaciones.**

	DSM-II (1968)	DSM-III (1980)	DSM-III-R (1987)	DSM-IV (1994)
Etiqueta diagnóstica	Reacción ADD	ADHD trastorno por déficit de atención	ADHD trastorno por déficit de atención con hiperactividad	ADHD Trastorno por déficit de atención/ hiperactividad
Síntomas principales	Exceso de actividad motora	Falta de atención e hiperactividad más impulsividad	Síntomas de falta de atención e impulsividad, hiperactividad	Semejanzas entre hiperactividad e impulsividad
Subtipos		ADHD +H ADHA -H		Desatento Hiperactivo – impulsivo Tipo combinado

## 2. Origen de los datos

Otro motivo importante para esta variación de prevalencia es la fuente de información usada para el diagnóstico. La mayoría de las investigaciones (17-18-19-20-28-32) recurren a diferentes cuestionarios, siendo el más conocido y aplicado el Test de Conners, que debe de ser respondido por padres o maestros, en forma individual o conjunta.

Los resultados muestran diferencias significativas entre uno y otro grupo (33-34-35). Una investigación cuyo objeto fue determinar el factor genético del TDHA, observó una alta variabilidad en los resultados, siendo los maestros los que evaluaban más gravemente las conductas infantiles en relación con el grupo de padres que lo hacían en menor medida (36).

Ello es explicable por las diferencias en las condiciones en que se desenvuelve la actividad docente. En un estudio norteamericano (36) se determinó que factores externos como la edad y la raza del profesor, la pertenencia a un grupo social mayoritario, o que el colegio fuera público, la ubicación geográfica o si se regía por un estricto sistema de rendición de cuentas a la comunidad<sup>1</sup>; aumentaban la posibilidad de que un niño fuera catalogado como hiperactivo.

Sin embargo, aunque se considera y se incluye dentro de la metodología las variaciones inter-observadores, no se considera su capacidad, ni imparcialidad para realizar una evaluación psiquiátrica en base a un cuestionario. Si se da crédito al *National Institute of Mental Health* de los EE.UU (7), quien advierte sobre la influencia del medio ambiente en la psicopatología infantil, debiendo expresarse que tanto maestros como padres no están en condiciones de evaluar las conductas de los niños a su cargo, ya que las mismas pueden ser reactivas al propio comportamiento de estos y no solo a la presencia de un trastorno como el TDHA.

La tendencia general a minimizar la influencia familiar y social en el TDHA tiene dos consecuencias inmediatas. La primera de ellas, es que se considera a padres y maestros como fuentes objetivas y fiables; las segunda, es que no se investiga las condiciones sociales y familiares en las cuales se desenvuelven los niños evaluados. De tal manera que se ignora si viven en ámbitos de extrema pobreza, con situaciones de violencia, de crisis familiar o son objeto de algún tipo de abusos. Como se mostró en un número considerable de trabajos (37-38-39-40), variables como la salud mental materna, la presencia de crisis familiares, divorcio o abuso intrafamiliar son altamente relevantes para la presencia del TDHA. Por consiguiente no es plausible pensar que padres y maestros sean fuentes imparciales y objetivas como para tomar sus observaciones sin los debidos recaudos. Cabe agregar que son pocos los estudios que incluyen la evaluación de un profesional entrenado que valore independientemente al niño y a su contexto (13).

## 3. Errores diagnósticos

El DSM IV, postula que un sujeto será catalogado como TDHA, siempre y cuando «los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad)» (41).

Esta claro que un niño con depresión o con un trastorno de ansiedad verá afectada su capacidad de rendimiento y se mostrará apático e incurrirá en descuidos o desatenciones como las atribuidas al TDHA. O que un niño con características maníacas estará continuamente en movimiento y su conducta aparecerá como excesiva a los ojos del adulto. El DSM IV establece que para que los síntomas de desatención, hiperactividad o impulsividad sean atribuidos al TDHA, estos «no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental» (1). O sea, deben de haberse descartado previamente estos diagnósticos para entonces establecer que se está ante dicha patología.

1 "School performance accountability": sistema de evaluación de la calidad educativa por el cual los colegios están obligados a brindar diferentes datos sobre el tipo y la calidad de los servicios que brindan.

Pero ninguno de los estudios recogidos hasta el momento considera esta posibilidad. Lo cual puede hacerse una vez que el sujeto ha sido sometido a un psicodiagnóstico completo y no a un cuestionario como el Test de Conners, que solo es un modo de cuantificar una observación. Los trabajos de Michanie (20) y Cornejo (31) incluyen la evaluación de psicólogos y psiquiatras, pero solo el primero considera esta salvaguarda del DSM IV.

Hay pocos investigadores que indaguen sobre la existencia de otros diagnósticos colindantes con el TDHA. Una interesante excepción lo constituye el trabajo realizado por J. C. Martínez (42), quien mostró como un conjunto de pacientes infantiles diagnosticados como Trastorno Bipolar según la escala de YMRS (*Young Mania Rating Scale*) cumplían igualmente con todos los requisitos planteados por la escala de Conners para el TDHA; lo cual lo llevaba a concluir que: *“la escala o test de Conners, utilizado de modo universal por los profesores para derivar sus alumnos “problema” a psicólogos, neurólogos o psiquiatras, no permiten discriminar entre TB (Trastorno Bipolar) y DAH (Trastorno de Desatención e Hiperactividad), lo que se traduce en errores diagnósticos, principalmente cuando el médico se basa en dicha escala evaluativa y en una entrevista poco rigurosa en la búsqueda de sintomatología afectiva eufórica e irritable”*.

No se tiene conocimiento que un estudio similar se haya realizado, contrastando el TDHA y los Trastornos de Ansiedad, los cuales representan del 20 al 25% de la comorbilidad de este último. Pero si se considera los síntomas establecidos para el Trastorno por Ansiedad Generalizada (1), uno de los más asociados al TDHA (32-43), se verá la concordancia entre los síntomas: inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño, dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador. Lo mismo podría afirmarse para otros trastornos de ansiedad, como “el Trastorno por Stress agudo”, o el “Trastorno por Stress post-traumático”.

En la bibliografía consultada, las investigaciones realizadas sobre población general, basadas en cuestionarios como el Test de Conners, no suelen considerar esta salvaguarda, lo cual hace que incluyan dentro del TDHA, a niños con una sintomatología similar pero que responden a otro tipo de trastornos.

Como plantea Cardo (33): *“aunque sólo sea por lógica estadística, si se afirma que un 17% de la población infantil y juvenil presenta un determinado trastorno, cabe esperar que se hayan incluido como casos patológicos numerosos sujetos que realmente pertenecen al espectro de la normalidad. Bastantes de los niños etiquetados en los estudios epidemiológicos como TDAH pueden ser capaces de afrontar de forma aceptable los aprendizajes, las relaciones sociales y la aceptación personal, de modo que sus recursos intelectuales, personales, familiares, sociales y educativos son suficientes”*.

Más allá de los errores metodológicos en que han incurrido la mayoría de las investigaciones sobre prevalencia del TDHA, hay que analizar las dificultades propias que ofrece el diagnóstico tal como ha sido establecido por el DSM IV.

La primera de ellas, es que al mismo tiempo que el DSM IV propone una serie de indicadores fácilmente identificables por el observador, no se requiere ningún grado de interpretación, entrenamiento, o formación por parte de este. Introduce, de esta manera un criterio sumamente lábil para la adjudicación diagnóstica, ya que reposa exclusivamente en el mero carácter de “exceso”. Lo que en los criterios propuestos por el DSM IV esta señalado por el carácter de “a menudo” para la frecuencia en que un niño debe de incurrir en determinado tipo de conductas. Dando lugar a que sea el adulto, desde su propia subjetividad, el que valore como exageradas o no, estas manifestaciones.

Ningún parámetro propuestos por el TDHA está ausente de la vida normal del niño. Es condición de la infancia un grado de conducta motriz mucho mayor a cualquier otra etapa de la vida, un grado menor de atención y una aplicación de la misma no siempre acorde a los requerimientos sociales, y por supuesto, un menor control de los impulsos.

La única particularidad del TDHA es la exageración de estos rasgos típicos.

Se podría eliminar esta ambigüedad del diagnóstico cuantificando el número de veces que un sujeto debe de incurrir en determinada conducta para ser diagnosticado como TDHA. Sin embargo algunos autores han planteado que la hiperactividad no solo tiene que representar una diferencia cuantitativa sino también cualitativa con la conducta normal.

Taylor (44) por ejemplo, diferencia la sobreactividad, de la hiperactividad y de la hipercinesia. La **sobreactividad** refiere a una cantidad excesiva de movimientos pero dentro de lo normal; incluye un grupo heterogéneo de niños, no tiene límites lógicos y no es necesariamente un problema o un síntoma ya que un niño sobreactivo puede poseer una capacidad de concentración normal. La **hiperactividad** en cambio, es un tipo de conducta innecesaria, desorganizada y caótica, caracterizada por la combinación de inquietud y falta de atención a un nivel impropio para la edad. Y por último, la **hipercinesia**, presenta un mayor grado de alteración que sus predecesoras, ya que es estructurada y sindrómica, y representa serias dificultades para desarrollo evolutivo del sujeto. Barbosa (22), a su vez, aclara que cuando hablamos de hiperactividad en realidad nos estamos refiriendo a la hipercinesia y no a la hiperactividad.

Estas diferenciaciones permiten separar a los sujetos particularmente activos o movedizos (sobreactividad) pero que responden a una personalidad normal; de aquellos que presentan una conducta motriz desacorde con la edad e innecesaria como los afectados por trastornos de ansiedad o del estado de ánimo. Los que a su vez, se distinguen de los hipercinéticos donde prima la desorganización y se entrelaza con dificultades mayores en el desarrollo evolutivo no siendo la conducta, en este caso, un efecto secundario de otro tipo de patología.

Jaime Tallis (6), por su parte, marca un hecho evidente pero significativo clínicamente: los niños hiperactivos suelen no terminar nunca ninguna tarea, consistiendo su actividad en desplazarse sin ningún plan coordinado de acción. Por lo cual, plantea el autor, convendría más hablar de **hipermotilidad** y no de **hiperactividad**. Esto distingue la conducta de un niño que no puede permanecer quieto pero que realiza actividades organizadas, con principio y fin. Lo cual puede ser o no, un indicador de una patología subyacente pero que será diferente de aquel donde prima un comportamiento caótico y desorganizado.

Otro punto cuestionable aparece cuando se observa la alta y amplia comorbilidad relacionada a esta patología, lo cual hace que el TDHA sin ningún tipo de patología comorbile, sea más un hecho aislado que la norma. Esto obliga a plantear el interrogante de si es el TDHA una entidad nosográfica independiente.

Villalobos (45) entre otros, defiende la independencia del TDHA diciendo: «*La controversia sobre si la hiperactividad es un constructo con entidad propia o si, en realidad, se trata de un conjunto de síntomas que forman parte de otras entidades psicopatológicas, ha sido resuelta por un importante grupo de autores que acreditan la asociación de TDAH con otros diagnósticos comórbidos, con independencia sindrómica (Hinshaw, 1987; Kaliaperumal, Khalilian y Channabasavanna, 1994), considerando que son las propias características del TDAH las que incrementan la posibilidad de padecer otras alteraciones en el área de la salud mental.*»

El argumento de Villalobos puede ser atendible para la alta comorbilidad que existe entre el TDHA y los trastornos de aprendizaje, disociales u otros. Pero en el caso de los trastornos bipolares (43) o los trastornos de ansiedad, claramente la sintomatología se superpone. Bien puede considerarse que la hiperactividad o la desatención son un síntoma de trastornos más amplios<sup>2</sup>, Cardo (33) en este punto remarca que: «Los trastornos del

2 El DSM IV también plantea «En todos estos trastornos (en los trastornos de ansiedad), los síntomas de desatención tienen típicamente un inicio posterior a los 7 años de edad, y en general la historia infantil de adaptación escolar no se caracteriza por comportamiento perturbador o por quejas de los maestros concernientes a un comportamiento desatento, hiperactivo o impulsivo.» Pero el DSM IV olvida, lo que es un dato obvio para los psicólogos infantiles y la mayoría de los pediatras, es que la ansiedad si está presente como manifestación mucho antes del séptimo año, y que inclusive la angustia del 8vo. mes es un indicador de un desarrollo psíquico normal.

desarrollo se diagnostican en función de criterios dimensionales y, por tanto, tienen unos límites poco definidos y que frecuentemente se solapan. En este sentido, Spencer hizo una revisión muy amplia de los aspectos de comorbilidad que afectan al TDAH, y el autor concluye que el trastorno, más que una entidad homogénea, es un 'grupo de condiciones con factores etiológicos y de riesgo potencialmente diferentes y distintos resultados finales'»

Si bien el DSM IV plantea que deben de descartarse otros diagnósticos antes de establecerse la presencia del TDHA (trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, de personalidad, del desarrollo, entre otros), no le quita ambigüedad al diagnóstico. Ya que no hay ningún rasgo patognomónico de la enfermedad. Resulta difícil determinar en qué momento del diagnóstico es factible descartar, prácticamente, toda la gama de la psicopatología infantil, para concluir que se está frente a un TDHA.

La tercera de las críticas que se le puede realizar a este diagnóstico radica en el mero carácter descriptivo de los fenómenos, unificando tres rasgos distintos: la desatención, la hiperactividad y la impulsividad. Desde una concepción dinámica del psiquismo estas tres sintomatologías no tienen porque remitir a una causa común. Desde un punto de vista clínico tampoco son manifestaciones patológicas equiparables. La hiperactividad es generalmente la expresión de un psiquismo mucho más desorganizado, con mayores cuotas de malestar, mientras que la desatención puede deberse a estados de ánimo totalmente normales, como lo es el duelo, el desgano, la falta de interés, entre otros posibles. Lo mismo puede afirmarse acerca de la impulsividad. No hay nada que exprese que un niño impulsivo tiene que ser necesariamente hiperactivo o desatento. Son múltiples igualmente las razones por la cual un niño puede manifestar esta característica; desde la falta de límites en el hogar, o como manifestación de diversas patologías psíquicas.

Se puede encontrar esta misma crítica en el Código Internacional de Enfermedades Mentales (CIE 10): "este término (hiperactividad) no se utiliza aquí porque implica un conocimiento de procesos psicológicos del que se carece y llevaría a incluir a niños con preocupaciones ansiosas, apáticos y soñadores, cuyos problemas son probablemente de diferente naturaleza. No obstante, está claro que desde el punto de vista del comportamiento, el déficit de atención constituye un rasgo central de estos síndromes hiperkinéticos" (45).

Numerosos investigadores afirman el origen neurológico genético de este trastorno, y señalan que tanto la desatención, la hiperactividad, como la impulsividad se encuentra en las mismas zonas neuronales. Sin embargo, se parte del error de suponer que un síntoma puede tener una sola causa determinante. La norma, tanto en el plano biológico, como psicológico o social expresa que un síntoma es la expresión de un sin número de causas posibles. No aplicar esta norma ha hecho que se multipliquen las hipótesis sobre la etiología del trastorno intentando dar cuenta de un universo fragmentario, como si fuera uniforme.

## Conclusiones

Con relación a las altas y variables cifras sobre la prevalencia, se puede afirmar que responde a: 1) las modificaciones en la nosografía usada especialmente, tales como el uso de los DSM que en sus versiones más modernas ha ido incorporando diferentes ámbitos de la conducta bajo una misma categoría; 2) el origen cuestionables de los datos, que supone que cuestionarios aplicados por padres y maestros son fuentes objetivas y confiables para realizar un diagnóstico sobre la salud mental infantil; y 3) los errores en el diagnóstico, que desconocen que antes de diagnosticar TDH es necesario descartar toda una serie de patologías infantiles propuesta por el DSM IV. Esto hace suponer que la alta frecuencia de niños con TDHA hallada por numerosas investigaciones se encuentra más vinculado al método de evaluación y diagnóstico, que ha una incidencia real de la enfermedad.

Con relación al diagnóstico mismo, este está sujeto a por lo menos tres críticas fundamentales. La primera de ellas es que introduce un criterio sumamente lábil para la

adjudicación diagnóstica, en tanto reposa en el mero carácter de exceso de una conducta típicamente infantil. La segunda es que si bien el DSM IV afirma que se debe considerar previamente toda una serie de trastornos psíquicos infantiles, no hay momento alguno en que el profesional pueda decir que se ha descartado toda la gama de patologías posibles. Más aún si se considera que no existe elemento patognomónico del TDAH. Lo cual lo hace la última opción cuando no se ha podido ubicar a un sujeto dentro del resto de la nosografía propuesta. Más grave aún es que de esta manera, lo vuelve un trastorno absolutamente inespecífico. Por último el diagnóstico tiene solo un carácter descriptivo, unificando en forma arbitraria tres aspectos distintos de la conducta como si remitieran a una única causa común.

## Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder 4º Ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994: 78 - 85.
2. Ramos Quiroga JR, Bosch Munzo R, Castells Cervello X. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos- caracterización clínica y tratamientos. *Revista Neurológica* 2006; 42: 600-606
3. La consulta de MEDLINE o PSYCLIT, arroja una cifra de 4000 artículos dedicados a este tema. (Lussier F, Fessas, J. *Neuropsychologie de l'enfant*. Paris. Dunod,.2000)
4. El Diputado Dante Omar Canevarolo, solicitado en marzo del 2007, un pedido de informes sobre la provisión de medicamentos a menores de edad, destinado el Síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. (Nº de expediente 0475-D-2007, trámite parlamentario 008 (12/03/2007))
5. Moynihan R, Cassels A. Medicamentos que nos enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes. Barcelona España: Ed. Contrapunto, 2006:73-90.
6. Tallis J. Neurología y trastorno por déficit de atención. En: Beatriz Janin, compilador. *Niños desatentos y Hiperactivos*. Bs. As. Argentina: Colección Conjunciones, 2005: 187-223.
7. National Institute of Mental Health. 1996. Attention deficit hyperactivity disorder. Retrieved July 3, 2001. <http://www.nimh.nih.gov/publicat/adhd.cfm>
8. Breton J, Bergeron L, Valla J, Berthiaume C, Gaudet N, Lambert J. Quebec child mental health survey: Prevalence of mental health disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1999; 40: 375-384.
9. Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S., Guite, J., Mick, E., Chen, L. A prospective 4-year follow-up study of attention deficit hyperactivity and related disorders. *Archives of General Psychiatry* 1996; 53: 437-446.
10. Elia J, Ambrosini P, Rapoport J. Drug therapy: Treatment of attentiondeficit-hyperactivity disorder. *New England Journal Medical* 1999; 340: 780-8.
11. Baumgaertel A, Wolraich M, Dietrich M. Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry* 1995; 34: 629-38.
12. Barbaresi WJ, Katusic SK, Colligan RC, Pankratz S, Weaver AL, Weber KJ, et al. How common is attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives Pediatric Adolescent Medical* 2002; 152: 217-24.
13. Cornejo W. Prevalencia del Trastorno de Atención hiperactividad: el debate continúa. Se necesita un consenso internacional. *Acta Neurológica Colombiana*. 2008; 24 (1) Editorial.
14. Barragán-Pérez E, De la Peña-Olvera F, Ortiz-León S, Ruiz-García M, Hernández-Aguilar J, Palacios-Cruz L, Suárez-Reynaga A. Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Boletín Medico Hospitalario Infantil Mexicano*, 2007; 64:326-343.

15. Rhode LA, Biederman, J, Busnello EA, Zimmerman H, Schmitz M, Martins S, et al. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents. *Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry* 2000; 38: 716-22.

16. Belkis Vidal Martinez. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad - Estudio de campo en población escolar cubana. Monografías.com, 2007. <http://www.monografias.com/trabajos46/deficit-atencion/deficit-atencion.shtml?monosearch>

17. Montiel-Nava C, Peña JA, López M, Salas M, Zurga JR, Montiel-Barbero I, Pirela D, Cardozo JJ. Estimaciones de la prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños marabinos. *Revista Neurológica* 2002; 35 (11): 1019-1024.

18. Cornejo JW, Osío O, Sánchez Y, Carrizosa J, Sánchez G, Grisales H, Castillo-Parra H, Holguín J. Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Revista Neurológica* 2005; 40 (12): 716-722.

19. Scandar RO, Scandar M. Estudio preliminar de prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en preescolares de la República Argentina. Sin dato.

20. Michanie C, Kunst G, Margulies DS. Symptom Prevalence of ADHD and ODD in a Pediatric Population in Argentina. *Journal of Attention Disorder* 2007; 11(3):363 - 367.

21. Wolraich M, Hannah J, Pinnock T, Baumgaertel A, Brown J. Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. *Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry* 1996; 35: 319-24. En: Montiel-Nava C, Peña JA, López M, Salas M, Zurga JR, Montiel-Barbero I, Pirela D, Cardozo JJ. Estimaciones de la prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños marabinos. *Revista Neurológica* 2002; 35 (11): 1019-1024.

22. Leung PW, Luk SL, Ho TP, Taylor E, Mak FL, Bacon-Shone J. The diagnosis and prevalence of hyperactivity in Chinese schoolboys. *British Journal Psychiatry* 1996; 168: 486-96. En: Montiel-Nava C, Peña JA, López M, Salas M, Zurga JR, Montiel-Barbero I, Pirela D, Cardozo JJ. Estimaciones de la prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños marabinos. *Revista Neurológica* 2002; 35 (11): 1019-1024.

31. Roselló, L. Amado B. Patrones de comorbilidad en los distintos Subtipos de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Neurológica CLIN* 2000; 1: 181-192

32. Cardo E, M. Servera. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación; *Revista de Neurología*, 2008; 46:365-372

33. Trujillo A, Díaz-Sibaja MA. Complicaciones en el diagnóstico del TDAH: Diferencias entre padres y profesores. *Interpsiquis* 2007 (Fuente Interpsiquis, en psiquiatría.com revista electrónica de psiquiatría, 2007, 11(1).)

34. Servera M, Cardo E. ADHD Rating Scale-IV en una muestra escolar española: datos normativos y consistencia interna para maestros, padres y madres. *Revista Neurológica* 2007; 45 (7): 393-399.

35. Sheiman DK. Twin concordance for attention deficit hyperactivity disorder: a comparison of teachers and mothers reports. *American Journal of Psychiatry* 1997; 4:154. Citado por: Tallis J. Neurología y trastorno por déficit de atención. En: Beatriz Janin, compilador. Niños desatentos y Hiperactivos. Bs. As. Argentina: Colección Conjunciones, 2005: 187-223.

36. Schneider H, Eisenberg D. Who Receives a Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in the United States Elementary School Population. *Pediatrics* 2006 117 (4):601-609.

37. Gaillard F, Quartier V, Besozzi G. Más allá de la hiperactividad: Un detallado análisis retrospectivo de 30 casos estudiados en la Clínica de Psicología de la Universidad de Lausanne. *Revista Argentina de Neuropsicología* 2004; 2. 15-25.

38. Lesesne CA, Visser SN, White CP. Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder in School-Aged Children: Association With Maternal Mental Health and Use of Health Care

Resources. *Pediatrics* 2003, 111 (5): 1232-1237.

39. Colmenares JC, Martínez O, Quiles. Perfil psicológico de quince hijos de mujeres víctimas del maltrato doméstico. 8vo. Congreso Internacional de Psiquiatría - Interpsiquis 2007. <http://www.apfem.com/articulodelmes/07-08-hijos%20de%20victimas%20de%20maltrato.pdf>

40. Schilling Poeta LS, Rosa Neto F. Características biopsicosociales de los escolares con indicadores de trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*, 2006; 43 (10): 584-588

41. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder – Breviario, 4º Ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994: 64 – 65.

42. Martínez JC., Claudia González L. Diagnóstico diferencial entre manía y déficit atencional hiperactivo. *Revista Chilena de Pediatría*, 2007; 78(1).

43. López-Villalobos JA, Serrano Pintado I, Delgado Sánchez-Mateos J. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema* 2004;16(3): 402-407

44. Taylor, E. A.; *The overactive child. Clinic in developmental med.* Oxford: blacwell 1986: 97. Citado por Barbosa, G. A., “Trastorno hipercinético. Historia y evaluación, clínica del déficit de atención”. En Julio Meneghello R. (Dir.) *Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia*; Ed. Panamericana, Bs. As., Argentina, 2000, pag. 437.

45. Organización Mundial de la Salud. CIE 10 – Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Barcelona, España: Ed. Meditor, 1992: 321