

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y/O HIPERACTIVIDAD (TDAH).

ASPECTOS HISTÓRICOS.

Alberto Fernández-Jaén

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad (TDAH) es un cuadro sintomático tremendamente heterogéneo desde el punto de vista clínico y pronóstico. Se caracteriza básicamente por una atención lábil y dispersa, impulsividad e inquietud motriz exagerada para la edad del niño y sin carácter propositivo.

Aunque tradicionalmente se ha relacionado con una situación clínica típica de la infancia y la adolescencia, en la actualidad definimos al TDAH como un trastorno crónico sintomáticamente evolutivo. Los pacientes afectados se muestran inquietos y dispersos en los primeros años de edad, e incluso, en los primeros meses de vida. El cuadro se hace especialmente notable a partir de los tres primeros años, mostrando una diversidad clínica e intensa a partir de los seis años de edad, durante la etapa escolar.

ASPECTOS HISTÓRICOS (fig. 1)

El TDAH es un trastorno comportamental de inicio en la infancia que se ha descrito desde la antigüedad, y que ha quedado reflejado en la sociedad a través de documentos literarios o artísticos. Sin embargo, es difícil aportar la primera referencia científica al respecto, e indudablemente su inclusión dentro de un trastorno específico. Algunos señalan a H. Hoffmann como el primer autor que describe claramente a un niño con déficit de atención e hiperactividad a mediados del siglo XIX.

Poco después, en 1887, Bourneville describe “niños inestables” caracterizados por una inquietud física y psíquica exagerada, una actitud destructiva, a la que se suma un leve retraso mental.

En 1901, J. Demoor señala la presencia de niños muy lábiles comportamentalmente, que precisan moverse constantemente y que asocian una clara dificultad atencional.

Un año más tarde, Still describe y agrupa de forma precisa esta patología. Señala niños violentos, inquietos y molestos, revoltosos, destructivos, dispersos... Ya entonces añade la repercusión escolar como característica asociada, y la apunta incluso en niños sin déficit intelectual. Quedan sin aclarar los mecanismos etiológicos, señalando un “defecto patológico en el control moral” como causa del trastorno, pero anotando indirectamente en algunos casos la presencia de rasgos dismórficos como epicantus o paladar ojival.

En 1917, R. Lafora describe de nuevo las características clínicas de estos niños. Muestra niños sin déficit cognitivos ni sensoriales, nerviosos, indisciplinados, en constante actividad y disatentos.

Tras estas descripciones clínicas, aparecen diferentes teorías etiológicas que se suceden hasta mediados del siglo XX. Meyer en 1904 describe características clínicas similares en niños con encefalopatía traumática. Hohman en 1922 observa el comportamiento descrito como secuela de la encefalitis de epidémica.

Schilder en 1931 realiza una observación clara que se mantiene hasta nuestros tiempos. Refiere la presencia de la hipercinesia en pacientes con antecedente de sufrimiento perinatal, señalando de nuevo la base “orgánica” de esta patología.

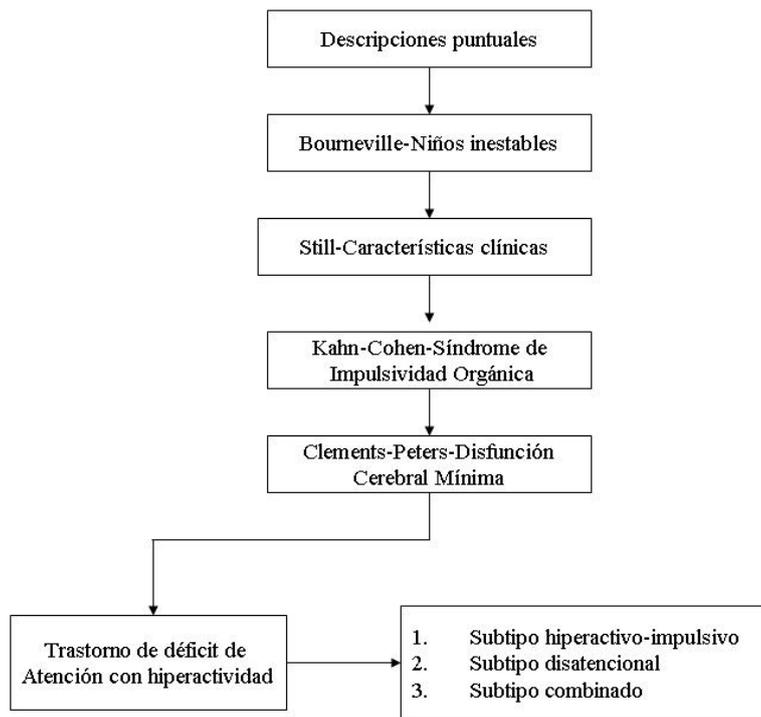


Fig. 1. Aspectos históricos más relevantes en el TDAH.

En 1934, Kahn y Cohen proponen el término “Síndrome de Impulsividad Orgánica” para explicar el origen orgánico del TDAH. Estos autores proponen la disfunción troncoencefálica como origen de la labilidad psíquica de estos niños y otras patologías conductuales.

Este término es sustituido por el de “Disfunción Cerebral Mínima” por Clements y Peters, apoyando la posibilidad de un origen funcional, no exclusivamente lesivo, que recogería niños con hiperactividad y dispersión atencional, sumado a otros trastornos del aprendizaje y problemas motores leves. Apuntan teorías neuroquímicas o neurofisiológicas como base añadida de este espectro comportamental. De forma paralela, el Grupo de Estudio Internacional de Oxford en Neurología Infantil recogen el término “síndrome de disfunción cerebral mínima” para clasificar pacientes con: hiperactividad, deterioro perceptivo motor, labilidad emocional, dispraxia, trastorno de atención, impulsividad, déficit de memoria, alteración del aprendizaje, trastorno del lenguaje y audición, signos neurológicos menores y/o electroencefalograma disfuncional.

1897	Bourneville	Niños inestables
1902	Still	Defectos de control moral
1931	Shilder	Asoc. asfixia perinatal
1934	Kahn y Cohen	Síndrome de impulsividad orgánica
1962	Clements y Peters	Síndrome de disfunción cerebral mínima
1970'	DSM CIE	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad Trastornos hipercinéticos
Datos históricos más relevantes en el TDAH		

A partir de 1970, la Asociación Americana de Psiquiatría en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, actualmente en su cuarta edición, así como la Organización Mundial de la Salud, en su décima revisión, sustituyen el término disfunción cerebral mínima por el de "Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad" (DSM-IV-TR) o el de "Trastornos Hipercinéticos" (CIE-10).

A. Debe cumplir 6 o más de los síntomas siguientes para el déficit de atención y/o hiperactividad, síntomas que debe haber estado presentes durante más de 6 meses.

Déficit de atención
<ol style="list-style-type: none"> 1. No pone atención a los detalles y comete errores frecuentes por descuido 2. Tiene dificultad para mantener la atención en las tareas y los juegos 3. No parece escuchar lo que se le dice cuando se le habla directamente 4. No sigue las instrucciones, no termina las tareas en la escuela, no termina los "recados", a pesar de entenderlos 5. Dificultades para organizar sus tareas y actividades 6. Evita o rechaza realizar tareas que le demanden esfuerzo 7. Pierde sus útiles o cosas necesarias para hacer sus actividades obligatorias (lapiceros, libros...) 8. Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes 9. Olvidadizo en las actividades de la vida diaria
Hiperactividad-impulsividad
<ol style="list-style-type: none"> 1. Molesta moviendo las manos y los pies mientras está sentado 2. Se levanta del puesto en la clase o en otras situaciones donde debe estar sentado 3. Corretea, trepa... en situaciones inadecuadas 4. Dificultad para relajarse o practicar juegos donde debe permanecer quieto 5. Está continuamente en marcha como si tuviera un motor por dentro 6. Habla excesivamente 7. Contesta o actúa antes de que se terminen de formular las preguntas 8. Tiene dificultad para esperar turnos en los juegos 9. Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás

- B. Algunos síntomas presentes antes de los 7 años
- C. Síntomas presentes en dos o más lugares (escuela, casa...)
- D. Clara evidencia de afectación social, académica u ocupacional
- E. Exclusión previa de otros trastornos del desarrollo que puedan estar justificando la sintomatología a estudio.

Tabla I. Criterios diagnósticos según la clasificación DSM, en su cuarta versión.

<p>F90. Trastornos hiperkinéticos.</p> <p>Grupo de trastornos caracterizados por su comienzo temprano (habitualmente, durante los primeros cinco años de vida), por falta de constancia en las actividades que requieren de la participación de funciones intelectuales y por una tendencia a cambiar de una actividad a otra, sin completar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Pueden hallarse asociadas varias otras anormalidades. Los niños hiperkinéticos son a menudo imprudentes e impulsivos, propensos a los accidentes y a verse en dificultades disciplinarias, más que por una actitud desafiante deliberada por incurrir en la violación irreflexiva de normas. Sus relaciones con los adultos son a menudo socialmente desinhibidas, carentes de la reserva y la precaución normales. Son impopulares entre los demás niños, y pueden quedar socialmente aislados. Es común el deterioro intelectual, mientras los retrasos específicos del desarrollo motor y del lenguaje son desproporcionadamente frecuentes. Entre las complicaciones secundarias se cuentan el comportamiento asocial y la baja autoestima.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Excluye: esquizofrenia, trastornos de ansiedad, generalizados del desarrollo y humor (afectivos).
<p>F90.0. Perturbación de la actividad y de la atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno o síndrome deficitario de la atención con hiperactividad • Trastorno hiperkinético con déficit de la atención • Excluye: trastorno hiperkinético asociado con trastorno de la conducta.
<p>F90.1. Trastorno hiperkinético de la conducta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno hiperkinético asociado con trastorno de la conducta
<p>F90.8 Otros trastornos hiperkinéticos.</p>
<p>F90.9. Trastorno hiperkinético, no especificado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reacción hiperkinética de la niñez o de la adolescencia SAI. • Síndrome hiperkinético SAI

BIBLIOGRAFÍA

1. Cruz G. Trastornos hiperkinéticos. En: Lecciones de Neurología Pediátrica. Madrid: Macaypa, 1998; 237-247.
2. Shaywitz BA, Shaywitz SE. Learning disabilities and attention disorders. En: Swaiman KF, ed. Pediatric Neurology. St. Louis: Mosby, 1994; 1119-1151.
3. Pascual-Castroviejo I. Guía práctica diagnóstica y terapéutica. Síndrome de déficit de atención con hiperactividad. Barcelona: César Viguera ed, 2001.
4. Bourneville E. Le traitement medico-pedagogique des differentes formes de l'idiotie. Paris: Alcan, 1897
5. Still GF. The coulstonian lecture on some abnormal physical conditions in children. Lancet 1902; 1: 1008-1012.
6. Rogriguez-Lafora G. Los niños mentalmente anormales. Madrid: Ed. de la Lectura, 1917.
7. Kahn E, Cohen LH. Organic drivenners a brainstem syndrome and experience. N Engl J Med 1934; 5: 748-756.
8. Clements SD, Peters JE. Minimal brain dysfunctions in the school age child. Arch Gen Psychiatry 1962; 6: 185-197.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
10. Organización Mundial de la Salud. OMS. CIE-10. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Volumen 1. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1995.