

MONOGRAFÍAS DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Perspectiva biopsicosocial

Joaquín Díaz Atienza



Ediciones
Infancia y Adolescencia "Los Millares"

- 2006 -

EVOLUCIÓN HISTÓRICA

1. Primeras descripciones.
 - a. Conceptualización europea.
 - b. Conceptualización anglosajona.
2. Época Moderna:
 - a. La hiperactividad en la CIE-9
 - b. La hiperactividad en el DSM-III.

Lo que conocemos actualmente como Trastorno por Déficit Atencional con hiperactividad (TDAH) o Trastorno Hiperactivo es el resultado de una gran variedad de investigaciones con instrumentos de diagnóstico cada vez más sensibles y específicos. Históricamente se le han dado diversos nombres no exentos de posiciones doctrinales o de escuela. Entre otros mencionaremos el de inestabilidad psicomotora, hiperactividad, hiperkinesia, lesión cerebral mínima, disfunción cerebral mínima, déficit de atención con o sin hiperactividad etc.

El concepto clínico de TDAH procede del de hiperactividad cuya investigación y precisión diagnóstica se han abordado desde dos posiciones bien diferenciadas: la europea, de predominio francés y alemán, y la anglosajona que incluye a todos los países de habla inglesa.

1. Conceptualización europea.

Tanto en Francia como en Alemania, la preocupación por este problema del desarrollo infantil nace en el ámbito de la pedagogía. En **Alemania** fue **Henrich Hoffman** el primero que describió la **inestabilidad motora** (1845), dándole **Denoor** el nombre de **corea mental** en 1901 en su obra sobre la **Educación Infantil**. Para este autor los niños que padecen este trastorno podían presentar retraso mental, o no, y clínicamente se caracterizarían por:

- Una afectividad voluble. Son niños que suelen pasar rápidamente de la cólera y la rabieta a la caricia.
- Un déficit muy importante en los mecanismos de inhibición conductual y en la atención sostenida.
- Necesidad constante de movimiento y de cambios constantes en su entorno inmediato y estimular.

Con anterioridad a este último autor, **Bourneville** (1897) en **Francia** describe la **inestabilidad** asociada a la sugestionabilidad y la agresividad en su libro sobre el tratamiento médico-pedagógico a un tipo de niños con déficits importantes a nivel cognitivo. Se trataría de niños con gran inquietud psicomotora, inatentos, desobedientes e indisciplinados, aunque susceptibles de “manejar” correctamente por aquellas personas bien vinculadas a ellos.

Durante la época que estamos viendo no se diferencia la hiperactividad como síntoma de la hiperactividad como síndrome. La escuela francesa, la más ligada a la pedagogía y congruente con la corriente doctrinal de aquellos momentos, se centra más en los aspectos conductuales desadaptativos propios de la denominada corriente moral.

La primera descripción como síndrome, aunque incompleta, y en la línea pedagógica la propuso **Boncourt** en 1905. Este autor describe al “**escolar inestable**” como aquel que presenta grandes dificultades de aprendizaje que relaciona con los déficits atencionales “*sea para escuchar, responder y aprender*”. Este mismo autor introduce el aspecto neuropsicológico de los trastornos específicos del desarrollo psicológico cuando afirma que “*son niños que pueden ser brillantes en algunas áreas y nulos en otras*”. Sin embargo, hay que tener presente que en las casuísticas estudiadas durante la época, no solo entraban niños con retraso mental sino, igualmente, con síndromes del espectro autista y otros trastornos del desarrollo.

En 1913, aún siguiendo con los supuestos clínico-pedagógicos anteriores, se produce los primeros intentos serios para delimitar la hiperactividad como síntoma de la hiperactividad como síndrome, aunque sin desprenderse de forma clara del tono moralista de la psiquiatría francesa de la época. Así, **Durot** en 1913 expone durante

un congreso que la hiperactividad es un síntoma que pertenece a niños con retraso mental, anemia¹, alteraciones digestivas, cardíacas, epilepsia y corea.

En ese mismo año, **Dupré**, considerado el padre de la paidopsiquiatría moderna francesa, nos dice que la inestabilidad motora (el equivalente a la hiperactividad) es la manifestación clínica de un desequilibrio motor congénito y formaría parte del espectro de otros trastornos como la debilidad motora, el temblor esencial, la corea, la epilepsia, el tartamudeo, los tics y las estereotipias motoras. Se asociarían a una agitación motora continua y alteración atencional. La hiperactividad sería constitucional y revelaría una estrecha asociación entre lo cognitivo (atención) y lo motor.

Sin embargo, el primer autor que plantea la hiperactividad como síndrome es **Heuyer** en 1914 en su tesis "*los niños normales y los delincuentes juveniles*", título más elocuente del pensamiento de la época. Este autor retoma los planteamientos de **Kraepelin**. Escribe de la asociación sindrómica sobre la base de una serie de síntomas que suelen aparecer de forma constante. A saber, el déficit de atención, la hiperactividad, el comportamiento perverso, así como un mal pronóstico en cuanto que describe una serie de etapas de inadaptación que conducirían hacia la delincuencia y el vagabundo: la inadaptación familiar, la escolar y la socio-laboral. Georges Heuyer fundó en 1937 en París el "*Groupement Français de Neuro-psychopathologie Infantile*" precursor de la actual Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent y mantuvo la reivindicación permanente acerca de la implicación de la psiquiatría infantil en la evaluación y tratamiento de los problemas de adaptación escolar. En este sentido, fue el fundador de la psiquiatría escolar infanto-juvenil.

En 1919 **Boncourt**, retomando los planteamientos anteriores, propone una curiosa y sorprendente clasificación de los alumnos inadaptados escolarmente: *los indisciplinados simples sin defecto físico ni moral, los indisciplinados pervertidos, los indisciplinados inadaptados sin perversión y los indisciplinados inestables y pervertidos*. Como se comprende fácilmente, exponer esta clasificación se debe a una curiosidad que no dejó de tener sus desafortunadas intervenciones "terapéuticas".

El primer estudio conocido que introduce variables de tipo neurocognitivo es el de **Vermeulen** en 1923. Este autor propuso dos categorías: los armónicos y disarmónicos. Los niños hiperactivos obtendrían unos resultados pobres en las pruebas que miden concentración, aunque mejores en las que miden memoria, razonamiento e imaginaciones. Fue el primero en plantear una etiopatogenia psicogenética, proponiendo a la hiperactividad como un trastorno consecuente con una fijación a un estadio arcaico del desarrollo.

Los conceptos de disarmonía fueron retomados posteriormente por **Misés**, aunque este autor realiza una combinación entre los conceptos de Vermeulen y las Líneas del Desarrollo de Ana Freud.

Uno de los grandes investigadores de la psicología del desarrollo francesa ha sido el médico **Enri Wallon** (1879-1962). A partir de su tesis doctoral describe las grandes leyes del desarrollo psicomotor. Según él, el niño debe pasar por cuatro estadios obligatorios: el impulsivo, el emotivo el sensorio-motor y el proyectivo. La presentación de estos estadios son obligatorios para poder acceder a la conciencia de sí mismo y a la inteligencia práctica. La hiperactividad representaría una parada del desarrollo psicomotor en alguno de los anteriores estadios. Wallon describe cuatro grandes síndromes psicomotores con el síntoma común de la hiperactividad:

¹ Aspecto que se ha retomado últimamente, tanto en relación al TDAH como a otros trastornos del desarrollo.

- El síndrome de asinergia motora y mental. Sería debido a una afectación cerebelosa.
- Síndrome psicomotor con hipertonia. Sería consecuencia de una alteración extrapiramidal.
- Síndrome de automatismo emotivo-motor. Secundario a alteraciones del sistema opto-estriado.
- El síndrome de insuficiencia frontal. Consecuente con una hipofunción prefrontal.

El inestable frontal sería el más cercano, clínicamente, a lo que hoy entendemos por TDAH o hipercinesia. Se trataría de un niño con hiperactividad y grandes dificultades atencionales e incapaz de desarrollar su capacidad cognitiva y perceptiva. Wallon distinguió tres tipos de niños hiperactivos:

- Los asinérgicos.
- Los epileptoides.
- Los subcoréicos.

Los epileptoides serían los que actualmente presentan la comorbilidad de trastornos de conducta, según DSM-IV, o el subtipo disocial de la CIE-10.

Creo que la historia no le ha hecho justicia a este gran investigador y práctico de la psicología del desarrollo infantil. Fue un profesor universitario que, al mismo tiempo, creó una escuela en los alrededores de París con un pequeño laboratorio para niños con dificultades de aprendizaje e inadaptación escolar. Por tanto, fue un investigador práctico, un médico pionero de la psicopedagogía. Algunos alumnos suyos como el vienés, aunque formado en París, **Paul Diel** (1948) profundizaron en su psicología del desarrollo, aunque éste último es más conocido por sus aportaciones a la psicología de la motivación. Según Diel, la retención y la reflexión se oponen a la impulsividad.

Finalmente, sobretodo en Francia, los términos de hiperactividad o disfunción cerebral, no son aceptados. Hasta la década de los 90, se sigue utilizando el término de **Inestabilidad psicomotora**. Clínicamente se caracterizaría por la inestabilidad motora (hiperactividad), la inestabilidad psíquica (inatención), inestabilidad postural o de prestancia e hipervigilancia ansiosa. Aunque algunos autores intentan asimilarla al síndrome hiperkinético de la infancia de la CIE-9, aunque no todos se muestran de acuerdo por razones puramente doctrinales. Hay que tener en cuenta el gran predominio del psicoanálisis que se oponía frontalmente a cualquier clasificación que abriera las puertas a la neurobiología como posible sustrato etiopatogénico. Frente a esta corriente predominante, ya en la década de los ochenta con la publicación del DSM-III, surge en Francia otra corriente liderada por mi profesor **Michel Dugas** (1987) que propone una psicopatología infanto-juvenil basada en la evidencia científica y alejada de las excesivas especulaciones del psicoanálisis francés. Igualmente, fue el pionero en las investigaciones sobre la comorbilidad entre el TDAH y el trastorno bipolar.

2. Conceptualización anglosajona.

Se dice que la psicopatología francesa es básicamente descriptiva, en tanto que la anglosajona es cuantitativa. Esto tiene unas implicaciones importantes, mientras que la psicopatología francesa va al individuo, la anglosajona se centra en la medición. En ambas corrientes se contemplan los déficits neurocognitivos como comorbilidad muy frecuentemente asociada a la "hiperactividad".

La primera descripción clínica relevante fue realizada por **Still** en 1902. Relacionó la hiperactividad con los problemas de aprendizaje y estaba convencido de que el trastorno hiperactivo era debido a una lesión cerebral. Le dio el nombre de Lesión Cerebral. Distinguió tres tipos: aquellos que presentaban grandes lesiones cerebrales, los que presentaban antecedentes de traumatismo craneoencefálico y encefalitis, pero sin poder ser detectadas las lesiones por los procedimientos diagnósticos habituales, y, finalmente, aquellos cuya hiperactividad no podía ser atribuida a ninguna causa evidente.

Las teorías clínicas de este autor tomaron gran fuerza cuando se observaron niños y adultos con una clínica parecida al síndrome hiperkinético como consecuencia de la encefalitis epidémica de 1908. Los casos que apoyaban esta hipótesis fueron descritos sucesivamente por **Hohman** en 1922 y por **Strecker y Ebaugh** en 1923. Sin embargo, investigaciones posteriores no pudieron corroborar estos datos, dando lugar a que **Smith** en 1926 propusiera, con éxito, abandonar el término de Síndrome de Lesión Cerebral por el de Lesión Cerebral Mínima.

Gracias a los avances de la psiquiatría infantil, de la neuropsicología y de la neuropediatría, en una reunión del Grupo de Trabajo de Neurología Infantil de Oxford se decide abandonar el término de Lesión Cerebral Mínima por el de Disfunción Cerebral Mínima ya que no se consideraba suficiente la clínica para poder emitir el diagnóstico de lesión. De otra parte, si se consideran indicadores de organicidad la presencia de alteraciones neurocognitivas específicas: percepción, lenguaje, conceptualización, memoria, atención y motricidad.

El término hiperkinesia o hiperkinético es introducido en la literatura paidopsiquiátrica por **Eisenberg** en 1957. **Lafer**, durante el mismo año, distingue entre Síndrome Hiperkinético y Síndrome Impulsivo-Hiperkinético. Intenta resaltar la estrecha relación entre la impulsividad, la hiperactividad, el déficit atencional y las dificultades en el aprendizaje escolar. Por tanto, vemos como progresivamente, y gracias a las nuevas posibilidades de los instrumentos de evaluación neuropsicológica, nos acercamos cada vez más a la conceptualización actual del TDAH.

En 1937 sucede algo que inicia una revolución en el conocimiento del TDAH. Me refiero a los buenos resultados terapéuticos obtenidos con la benzedrina en niños hiperactivos por **Bradley**. Al margen de la confusión terminológica al uso, este hecho supuso una ingente producción de trabajos científicos que investigaban la relación entre neurobiología e hiperactividad. Entre los primeros trabajos queremos reseñar los de **Rutter** en 1966 sobre la posible asociación entre los problemas obstétrico-perinatales y la hiperactividad. En tanto que para este investigador no existía relación, para **Prechtl**, uno de los mayores investigadores en el campo de la neuropsiquiatría del desarrollo, en una investigación anterior – 1961 – en donde evalúa a 400 recién nacidos y 100 controles, encontró pequeñas anomalías neurológicas (signos neurológicos blandos o menores) en la mitad de los niños con antecedentes obstétricos: hipertonías, temblor en los miembros durante actividades espontáneas, umbral muy bajo para el reflejo de Moro etc.... Sus investigaciones condujeron a que posteriormente describiera al niño “hiperexcitable”. Estudios longitudinales evidenciaron la aparición posterior en estos niños de un síndrome coreico.

En la década de los 70 sucederán dos acontecimientos mediáticos que van a tener una gran repercusión en la población e, incluso, entre los científicos. En primero de ellos, la aparición en la prensa de unas estadísticas con datos manipulados en donde se denuncia el abuso generalizado de los psicoestimulantes en la población infantil americana. Esto produjo la sensibilización tanto de los profesionales como de la administración, dando lugar a un incremento muy significativo de las investigaciones sobre la hiperactividad. De otra parte, surge con fuerza otra corriente con gran impacto mediático pero con escasa base científica que pone en relación la hiperactividad con los colorantes y aditivos de algunos alimentos. Esta última corriente propuso como único tratamiento el dietético. Hoy sabemos, ya sin apasionamientos y con base científica que la alimentación, especialmente, las desnutrición, tiene bastante que aportar a la comprensión neuroquímica de la hiperactividad.

Al final de los años 70 nos encontramos, por tanto, con tres posturas epistemológicas respecto a la hiperactividad infantil: aquellos que centran su interés en aspectos psicosociales (postura ecológica⁹, los que se inclinan por una postura biologicista y, por último, aquellos que opinan que en la etiopatogenia de la hiperactividad

intervienen variables biológicas – personales y del desarrollo- psicológicas y sociales. Sería el Modelo Biopsicosocial. Es en esta línea en donde se sitúa **Weiss** (1975) con su decidida afirmación de que los tratamientos con psicoestimulantes solo mejorarían la hiperactividad sin ningún beneficio sobre los déficits neurocognitivos ni sobre los trastornos de conducta, ni siquiera prevendrían los riesgos conductuales durante la adolescencia. De otra parte, insiste en la necesidad de producir reajustes significativos en el medio familiar ya que, según este autor, los problemas evolutivos – pronósticos- asociados a la hiperactividad serían la consecuencia de desajustes precoces en la relación hijo – padres debido a la hiperactividad. En esta misma línea se posiciona **Cunningham** en 1978 cuando nos dice que la intervención exclusiva sobre los aspectos motores (hiperactividad) dejan al niño solo frente a sus dificultades de realización que le harían vulnerable a las distintas fuerzas sociales y que estarían en la base inductora de los futuros problemas de conducta, tan frecuentes, en etapas posteriores del desarrollo.

ÉPOCA MODERNA

Hemos denominado, de forma más o menos arbitraria, época moderna a la que comienza con la publicación del manual de diagnóstico y estadístico de la Sociedad Americana de psiquiatría DSM-III.

Esta nueva clasificación de los trastornos mentales introduce la novedad de estar basado en estudios epidemiológicos previos, así como la operativización diagnóstica a través de unos criterios clínicos más rigurosos. Este planteamiento, como es de esperar, también se aplica a la hiperactividad.

Durante la década de los ochenta convivió con la CIE-9, sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud...

1. La hiperactividad en la CIE-9.

La hiperactividad figuraba en la edición 9ª de la CIE de 1975-1977. Su código era el 314 y recibía, indistintamente, los nombres de *Síndrome de Inestabilidad en la Infancia*- de clara influencia francesa – o de *Síndrome Hiperkinético de la Infancia* – procedente de la influencia inglesa.

La definición que hacía del trastorno era: *“Se trata de un trastorno caracterizado por una dificultad en la capacidad de atención y distracción. Durante la primera infancia el síntoma más importante es la hiperactividad, sin inhibición, no organizada ni controlada. En la adolescencia puede disminuir la hiperactividad. La impulsividad, las variaciones del humor, la agresividad pueden ser frecuentes. Existe frecuentemente un retraso en las habilidades específicas, así como una reducción y perturbación de las relaciones.”*

Distinguía tres subtipos de Trastorno Hiperactivo:

- *Trastorno simple de la actividad y de la atención.* Por tanto, en este subtipo los síntomas fundamentales serían la inatención, la distracción y la hiperactividad.
- *Hiperactividad con retraso del desarrollo.* La hiperactividad presentaría lo que hoy se entiende como la comorbilidad a trastornos específicos del desarrollo psicológico. A saber, retrasos del lenguaje, torpeza motora, trastornos de la lecto-escritura y otros déficits específicos.
- *Trastornos de conducta asociados a la hiperactividad.* Se trata de la asociación de hiperactividad y trastornos de conducta sin trastornos de conducta.

Esta clasificación supuso, a nuestro juicio, un gran avance en la tipificación clínica del trastorno hiperactivo., a pesar de sus criterios poco operativos para la investigación.

2. La hiperactividad en el DSM-III.

Su predecesor, el DSM-II, hablaba de “La Reacción Hiperkinética de la Infancia”, haciendo énfasis en los aspectos motores del trastorno. No se contemplaban los aspectos cognitivos, contrariamente a lo que sucedería posteriormente con el DSM-III.

Con el DSM-III se introducen una serie de novedades muy importantes: La primera, sería contemplar la semiología neurocognitiva y dar primacía a los problemas atencionales como síntomas nucleares del trastorno. La segunda, y ante la experiencia positiva de la clasificación multiaxial de Rutter, fue introducir este aspecto en la nueva clasificación. Finalmente, con la introducción del trastorno residual, nos brindó una visión más evolutiva de la hiperactividad infantil. Como se comprenderá esto supone, por primera vez, acercarse clínicamente al trastorno de una forma más ecléctica, más empírica, posibilitando la puesta en común de unos criterios diagnósticos que facilitarían un lenguaje común, así como la investigación.

El DSM-III define tres categorías o subgrupos:

- *Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad:* presencia de inatención, hiperactividad e impulsividad inapropiada para la edad cronológica y mental.
- *Trastorno por Déficit Atencional sin Hiperactividad:* Presentaría las mismas características clínicas que el anterior excepto la hiperactividad. Este subgrupo se eliminó del DSM-III-R para retomarse en el DSM-IV en el subtipo inatento.
- *Trastorno por Déficit Atencional Tipo Residual:* Se caracterizaría por la presentación de un cuadro clínico sin hiperactividad pero con los déficits atencionales y la impulsividad de los anteriores. Igualmente, serían sujetos obstinados, negativistas, autoritarios, con labilidad del humor, baja tolerancia a la frustración, crisis de cólera, baja autoestima y trastornos específicos del desarrollo.

La hiperactividad es uno de los trastornos infantiles que más relevancia ha adquirido en psiquiatría infanto-juvenil, especialmente en EEUU y Reino Unido. Los demás países europeos con peso en la psiquiatría infantil, como Francia, han estado bajo la influencia del psicoanálisis que, a nuestro juicio, ha entorpecido bastante el avance en el conocimiento neurobiológico de este significativo problema neuropsicopatológico.

Un aspecto importante que aún perdura es la delimitación entre TDAH – hipercinésia y los problemas de conducta. La clasificación de la Sociedad Americana de Psiquiatría se inclina por encuadrarlos como trastornos diferentes, en tanto que la Organización Mundial de la Salud en su clasificación actual mantiene un subgrupo de niños hiperactivos con trastornos de conducta. El problema radica en la constatación científica de dos aspectos semiológicos: Primero, la inatención, aunque síntoma nuclear del trastorno hiperactivo, no es exclusivo del mismo. También podemos encontrarla en los trastornos emocionales y en los trastornos de conducta. Lo mismo sucede con la hiperactividad y la impulsividad respecto a algunos problemas de conducta y la hiperactividad infantil. En segundo lugar, con demasiada frecuencia se confunden algunos problemas disruptivos vinculados a la impulsividad y a determinadas características temperamentales con los problemas de conducta. Por todo ello, creemos que aún queda bastante por hacer en la comprensión de lo que denominamos Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, trastorno vinculado al desarrollo y cada vez más cerca de otros trastornos neuropsiquiátricos, es decir de origen neurobiológico.

HENRI WALLON



Henri Wallon psiquiatra infantil francés nació en París en 1879 en el seno de una familia de la burguesía del norte de Francia. Fue educado en un ambiente republicano y democrático. Entró en la Escuela Normal Superior en 1899 en donde consiguió el título de filosofía en 1902. Después de un año como profesor en el Instituto de Bar-le-Duc decidió comenzar los estudios de medicina, dedicándose finalmente a la psicología infantil. Se interesó muy especialmente por las alteraciones motoras y mentales de la infancia. Sobre estos problemas del desarrollo realizó numerosas observaciones entre 1908 y 1914.

Después de la 1ª Guerra Mundial en donde estuvo movilizado como médico, re-escribió su tesis doctoral renombrándola como ***L'Enfant Turbulent*** (1925). Comienza dando clases en la Sorbona sobre psicología infantil. Sin embargo, como hombre de terreno, realiza consultas médico-psicológicas en Boulogne-Billancourt, en donde, al mismo tiempo, monta un laboratorio sobre la psicología del desarrollo y centrando su interés en la psicopedagogía. Desde este momento su labor se desarrolló tanto en la pedagogía como en la psicobiología del desarrollo.

A partir de 1925, nombrado director del primer laboratorio de psicobiología del niño en la Escuela de Estudios Superiores de París, continuó con la investigación, la docencia e intentando siempre su paliación en el ámbito de la educación. El reconocimiento a su labor se produce cuando se crea una cátedra en el Collège de France que se denominó "Psychologie et Éducation de l'Enfance".

Obras importantes suyas son ***L'évolution psychologique de l'enfant*** (1941), ***De l'acte à la pensée*** (1942) y ***Les origines de la pensée chez l'enfant*** (1945).

Murió en 1962 después de participar en la política educativa de Francia.

BIBLIOGRAFÍA

Díaz Atienza, J. *Manual sobre hiperactividad*. Almería, paidopsiquiatría.com, 2003.

Gargallo López, B. *Niños hiperactivos. Causas. Identificación. Tratamiento. Una guía para educadores*. Barcelona, ceac educación, 2005.

Thomas J y Willems G. *Troubles de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant. Approche neurocognitive*. Paris, Masson, 2ª Edición, 2001.

Van – Wielink G. *Déficit de atención con hiperactividad. Estrategias, habilidades, diagnóstico y tratamiento*. Sevilla, Trillas, 2004.