

M. A. Casado Prieto¹
G. Rubio Valladolid²

Valoración del trastorno hipercinético

- 1 Hospital La Paz (Madrid)
2 S.S.M. Alcobendas (Madrid)

Correspondencia:

M. A. Casado
Hospital La Paz
Pº de la Castellana, 261
28046 Madrid

Evaluation of hiperkinetic disorder

INTRODUCCIÓN

Ya en 1901 se describen niños en los que se observan, desequilibrios de la afectividad, expresión exagerada de las emociones, ambivalencia de las reacciones, falta de inhibición y de atención y necesidad constante de cambios y de movimientos. Se hablaba de la inestabilidad de los escolares, sería un problema de falta de duración y de continuidad de la conducta global⁽¹⁾. Posteriormente se designó como síndrome de disfunción cerebral mínima⁽²⁾.

En psiquiatría infantil es habitual encontrar niños que son llevados a la consulta por retraso escolar o rendimiento insuficiente durante un trabajo prolongado y no obstante tienen un nivel intelectual normal, destacan sobre todo la inquietud psicomotriz, son niños que lo tocan todo, se mueven constantemente y presentan una atención dispersa. Éstos serían síntomas nucleares del trastorno hiperkinético. El deterioro de la capacidad adaptativa de estos niños es evidente en el ambiente escolar, familiar y relacional con otros niños.

La dificultad para realizar el diagnóstico estriba en primer lugar en la definición y categorización diagnóstica, en segundo lugar en el aspecto cuantitativo, todo niño inquieto con déficit de atención sería susceptible de ser diagnosticado de hiperkinético ¿cuáles

serían las repercusiones escolares y/o familiares para establecer la diferencia entre TH o no? En tercer lugar el aspecto cualitativo, ¿siempre que dichos síntomas están presentes se diagnostica el trastorno?

La hipoatención e impulsividad pueden ser la expresión de diversos trastornos en la infancia: trastornos emocionales, trastornos de conducta, trastornos adaptativos... La hiperactividad podría considerarse un síntoma más específico, que permitiera diferenciar el TH de niños con otros trastornos psiquiátricos y de niños normales⁽³⁾.

VARIACIONES DE LOS CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Ha sido controvertida la inclusión en una categoría del niño hiperkinético, lo denominado en el DSM-III⁽⁴⁾ como trastorno de atención con sus dos categorías: trastorno de atención con hiperactividad y trastorno de atención sin hiperactividad, se reemplaza en el DSM-III-R⁽⁵⁾ por trastorno con déficit de atención con hiperactividad (Tabla 1).

En el DSM-III se requería el cumplimiento de una serie de síntomas en cada una de las tres dimensiones, tres de atención e impulsividad y dos de actividad

Tabla 1 Categorías diagnósticas

<i>DSM-III</i>
Trastorno de atención
Trastorno de atención con hiperactividad
Trastorno de atención sin hiperactividad
<i>DSM-III-R</i>
Trastorno con déficit de atención con hiperactividad
<i>DSM-IV</i>
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
Tipo combinado
Tipo con predominio del déficit de atención
Tipo con predominio hiperactivo impulsivo
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado
<i>CIE-9</i>
Síndrome hiperactivo de la niñez
Perturbación simple de la actividad y la atención
Hiperactividad con retraso del desarrollo
Trastorno hiperactivo de la conducta
Otro
Sin especificación
<i>CIE-10</i>
Trastornos hiperactivos
Trastorno de la actividad y de la atención
Trastorno hiperactivo disocial
Otros trastornos hiperactivos
Trastorno hiperactivo sin especificación

motora. En el DSM-III-R se requiere para hacer el diagnóstico de TDAH ocho síntomas de 14, teniendo éstos de forma decreciente poder discriminativo, tendrían más poder discriminativo los criterios diagnósticos que se refieren a la esfera psicomotora (actividad motora excesiva) (Tabla 2).

Aparece una nueva categoría diagnóstica como categoría residual, el trastorno por déficit de atención indiferenciado, en el que suelen faltar la impulsividad e hiperactividad cuya sintomatología predominante será la persistencia de falta de atención, no apropiada con la etapa del desarrollo del niño. Esta categoría equivaldría en el DSM-III al trastorno por déficit de atención, la presencia en el DSM-III-R no elimina la posibilidad de que niños con este diagnóstico se incluyeran en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad⁽⁶⁾.

Se ha conservado en el DSM-IV⁽⁷⁾ la denominación de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, diferenciándose el tipo combinado, el tipo con predo-

Tabla 2 Requerimientos para el diagnóstico

<i>DSM-III</i>
3 de atención
3 de impulsividad
2 de actividad motora
<i>DSM-III-R</i>
8 síntomas de 14
<i>DSM-IV</i>
6 de desatención
6 de impulsividad/hiperactividad
<i>CIE-10</i>
6 de inatención
3 de hiperactividad
1 de impulsividad

minio del déficit de atención, y el tipo con predominio hiperactivo impulsivo. Existen diferencias significativas respecto al DSM-III en cuanto a los criterios de inclusión, requiriéndose seis o más síntomas de desatención y seis o más síntomas del conglomerado hiperactividad-impulsividad.

En la CIE-10⁽⁸⁾ el trastorno hiperactivo se define de forma más amplia que en la CIE-9⁽⁹⁾; supuso un avance significativo, se denomina trastornos de la actividad y de la atención que junto con el trastorno hiperactivo disocial, otros trastornos hiperactivos y trastorno hiperactivo sin especificación, se recogen dentro del grupo de los trastornos hiperactivos.

La CIE-10 define categorías más estrictas; requiere al menos seis síntomas de inatención, al menos tres de hiperactividad y por lo menos uno de impulsividad, mientras que según el DSM-IV podría diagnosticarse un trastorno por déficit de atención sin cumplir ninguno de la esfera de la impulsividad, el DSM-IV incluye el síntoma "hablar en exceso" dentro de los de hiperactividad mientras que la CIE-10 lo hace dentro de los de impulsividad.

En todas las clasificaciones de la Asociación Psiquiátrica Americana se ha mantenido el comienzo antes de los siete años y una duración al menos de seis meses. En las clasificaciones de la O.M.S. especifican el comienzo temprano antes de los seis años y no son tan explícitas en cuanto a la duración del trastorno; se realizaría el diagnóstico si persiste a lo largo del tiempo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Para realizar el diagnóstico de trastorno hiperactivo es importante valorar la conducta, teniendo en cuenta la edad del paciente, la etapa del desarrollo y el CI. No es fácil reconocer la hiperactividad debido a la amplia variabilidad dentro de la normalidad, el patrón persistente de hiperactividad y/o disatención debe ser más frecuente y grave que el observado en niños normales.

Existe una hiperactividad adecuada a la edad p.e. el niño en edad preescolar presenta una gran hiperactividad motora, según la CIE-10 sólo los niveles extremos permitirían el diagnóstico. Es difícil realizar el diagnóstico en niños de edad inferior a 4-5 años; su comportamiento es más variable que en los niños de más edad. Hay que ser cauteloso al realizar el diagnóstico en los primeros años de la vida; en el niño mayor y adolescente son menos frecuentes los signos de hiperactividad, ésta puede limitarse a inquietud motora o a un sentimiento interno de desazón, impaciencia o malestar.

Se hace necesario investigar el comportamiento del sujeto en distintas circunstancias dentro de cada situación, valorar si la actividad excesiva está en función de una situación concreta, si el contexto es poco adecuado o caótico, si la conducta desorganizada está en función del ambiente o de la psicopatología del niño. Debe haber pruebas claras de interferencia en la actividad familiar, académica, social y de grupo, los síntomas se producen con más frecuencia en situaciones de grupo.

Aunque el DSM-III-R plantea que el trastorno se manifiesta en muchas situaciones sociales y la intensidad puede variar en cada una de ellas, no eliminaría la posibilidad de diagnosticar el trastorno si los síntomas se presentan únicamente en una situación. En la CIE-10 como en el DSM-IV especifican que debe ocurrir en más de una situación, en distintos contextos (escuela, hogar, amigos).

En otros trastornos psiquiátricos estaría presente la hiperactividad e hipoatención, por lo que es aconsejable realizar una minuciosa exploración psicopatológica, ya que serían diagnósticos de exclusión: retraso mental, trastorno generalizado del desarrollo, trastorno psicótico, trastornos del estado de ánimo y ansiosos, trastornos adaptativos y trastornos relacionados con el uso de sustancias (broncodilatadores, isoniácida, acatisia por NL). Si existe un trastorno afectivo no debe diagnosticarse un TH porque haya una disminución de la atención o inquietud psicomotriz.

Respecto a la forma de comienzo el inicio agudo de un comportamiento hiperactivo tiene grandes probabilidades de ser secundario a otros trastorno, a un estado maniaco, una esquizofrenia o un trastorno neurológico. El protocolo y escalas de evaluación contribuyen a la precisión diagnóstica y el despistaje de casos.

DISCUSIÓN

Investigaciones recientes han clarificado muchos aspectos de la hiperactividad, no obstante cuestiones básicas acerca de la naturaleza del trastorno permanecen todavía por dilucidar. Sería necesario investigarlas utilizando métodos epidemiológicos, neuropsicológicos y culturales.

Los criterios de diagnóstico del TH incluyen la presencia de hiperactividad e inatención. A pesar de esto han sido expresadas dudas acerca de la naturaleza unitaria del factor que presumiblemente subyace a estas diferentes características.

En los EE.UU. han distinguido entre dos tipos de trastorno por déficit de atención, uno donde está presente la hiperactividad y otro donde está ausente. La CIE-10 respecto al CIE-9 ha perseguido la clara diferenciación entre los aspectos hiperactivos e hipoatentos frente a los impulsivo-disociales⁽¹⁰⁾.

Taylor⁽¹¹⁾ distinguió en los cuestionarios items que conciernen primariamente a la hiperactividad e impulsividad frente a aquellos que conciernen a inatención y distrabilidad y comparan los resultados de los tests psicológicos de niños que muestran una u otra clase de problemas. Se encontró una clara diferencia entre los resultados de los tests cognitivos para los dos grupos.

Los niños puntuados por sus profesores como inatentos o distraíbles mostraron déficits cognitivos, pero los perfiles de los tests de los niños que puntuaban como hiperactivos fueron indistinguibles de la mayoría de los niños de la escuela primaria.

Las líneas de investigación apuntan a examinar la relación entre la capacidad cognitiva y la hiperactividad, impulsividad e inatención en niños con dificultades de comprensión específicas y globales.

En estudios epidemiológicos los niños chinos son más hiperactivos; esto sería un reflejo de la educación en una cultura tan altamente competitiva. Medidas objetivas clarifican que el comportamiento hiperactivo es menos frecuente y que la prevalencia de TH

Historia del paciente

1) Historia actual

Edad
Motivo de consulta
Fuente de información
Síntoma o síntomas
Edad de inicio
Duración
Forma de inicio
- Aguda
- Insidiosa
Circunstancias de inicio
- Nacimiento de hermano
- Cambio de domicilio
- Cambio de colegio
Situaciones en las que está presente
- Colegio
- Hogar
- Amigos
Situaciones en las que está ausente
- Colegio
- Hogar
- Amigos
Curso
Tratamientos previos
Respuesta al tratamiento

2) Historia general

Embarazo
Parto

Lugar de nacimiento
Lugar en el que crece
Periodo neonatal
Desarrollo psicomotor
Edad a la que sonríe, habla y deambula
Familiares con los que vive
Número de hermanos
Lugar que ocupa
Colegios a los que ha ido
Se divierte en el colegio
Hace amigos con facilidad
Hace deporte en grupo
Resultados académicos
Intereses y otras actividades

3) Historia médica

Parto
Endocrinológica
Neurológica
Intervenciones

4) Historia familiar

Historia de malos tratos
Antecedentes psiquiátricos pasados
Antecedentes psiquiátricos actuales
- Abuso de alcohol
- Abuso de otras sustancias
- Trastornos de personalidad
- Trastornos afectivos ansiosos
- Trastornos psicóticos

Nº de hermanos
Lugar que ocupa
Conflictividad familiar
Estabilidad del hogar
- Separación
- Divorcio
- Muerte
Muerte de los padres
Domicilio fijo o cambio

5) Exploración médica

General
Cardiovascular
Respiratoria
Abdominal
Neurológica

6) Exploración del comportamiento y estado emocional actual

Discurso
Alimentación
Sueño
Concentración
Tics y manierismos
Trastorno de ansiedad
Trastorno afectivo
Relación con hermanos
Relación con adultos
Tendencias antisociales
Resultados escolares
Comportamiento en la escuela

rigurosamente definido es mucho menor. Las expectativas culturales y prácticas de crianza con gran probabilidad influyen en estas diferencias. Se evidencia la contribución de los factores psicosociales en trastornos que son generalmente considerados de causa biológica.

Dada la ambigüedad inherente a los términos "hiperactividad", "hipoatención" e "impulsividad" y las diferencias culturales en cuanto a su tolerancia, el grado de incertidumbre de este diagnóstico es notable. Una prueba de ello son los estudios transculturales en los que se ponen de manifiesto llamativas diferencias de prevalencia del trastorno⁽¹²⁾.

Estudios neuropsicológicos han sido utilizados para comprender las razones del niño hiperactivo con una pobre ejecución de los tests que requieren atención sostenida. En estudios iniciales con monitorización EEG durante la ejecución continua, se encontró que el niño

hiperactivo tenía capacidad para evaluar los estímulos igual que los controles pero les llevaba más tiempo reorganizar su respuesta motora. Un segundo estudio llevó a cabo utilizando tareas espaciales y semánticas correctamente que cambian la organización motora de forma inmediata⁽¹¹⁾.

CONCLUSIONES

Es importante considerar el trastorno hiperactivo con reacciones en cortocircuito no sólo como un trastorno motor y olvidar el desarrollo afectivo del niño y sus relaciones con el entorno, porque según Ajuriaguerra⁽¹⁾, el niño hiperactivo se mueve dentro de un mundo fijo mientras que en él todo es movimiento, un mundo desecho y que presenta una discronometría respecto a la discontinuidad del mundo ordenado. Sus

reacciones no responden a lo que el mundo que le envuelve exige de él y los trastornos que presenta casi siempre están acrecentados por las reacciones del entorno (medio familiar y escuela).

En segundo lugar las diferencias de las categorías diagnósticas, en la CIE-10, dos categorías (F 90 y F 91) y en el DSM-IV, una categoría conjunta. El DSM-IV y la CIE-10 ofrecen criterios similares en su descripción aunque difieren en las variantes diagnósticas llegando a ser dos diagnósticos en el DSM-IV el diagnóstico hiperactivo disocial de CIE-10. Ambos distinguen criterios para 1) hiperactividad, 2) hipoatención y 3) impulsividad, que en DSM-III-R formaban un conglomerado que permitía mayor ambigüedad diagnóstica.

La última conclusión según los trabajos realizados por Taylor y cols.⁽¹¹⁾ apuntarían que los niños con TH sin déficit de atención, no diferirían de los normales en los resultados obtenidos en pruebas cognitivas, que tendrían capacidad para evaluar y discriminar estímulos igual que ellos y que la dificultad estaría en la organización de la respuesta motora que se podría reeducar corrigiendo la desorganización motora que influiría y contribuiría a la ejecución más lenta en tareas que precisan una atención sostenida. Estas diferenciaciones merecen ser tenidas en cuenta porque, de confirmarse, permitirían diferenciar claramente dos subgrupos, de TH y de TDA, que también serían diferentes en su enfoque terapéutico.

En el apéndice presentamos un protocolo de evaluación del TH.

165

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Ajuriaguerra J. *Manual de Psiquiatría Infantil*, 4ª ed revisada. Barcelona: Masson, 1991.
- 2 Clements SD, Peters JC. Minimal brain dysfunction in the school-age child. *Arch Gen Psychiat* 1962;**6**:185-197.
- 3 Halperin JM, Matier K, Bedi G y cols. Specificity of inattention, impulsivity and hyperactivity to the diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 1992;**31**(2):190-196.
- 4 American Psychiatric Association. *DSM-III. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1985.
- 5 American Psychiatric Association. *DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1988.
- 6 Lahey BB, Schaughency EA, Hynd GW y cols. Attention deficit disorder with and without hiperactivity: comparison of behavioral characteristics of clinical-referred children. *J Am Child and Adolesc Psychiatry* 1987;**26**:718-723.
- 7 American Psychiatric Association. *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, 4ª ed. Washington: The American Psychiatric Association, 1994.
- 8 *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Madrid: Meditor, 1992.
- 9 OMS. *Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades*, 9ª ed. Organización Panamericana de la Salud, 1978.
- 10 Rodríguez-Ramos P, Fernández M. CIE-10: la empresa del milenio. *Revista de Psiquiatría Infanto Juvenil* 1993;**1**:4-10.
- 11 Taylor E. Hiperkinetic and conduct problems: a challenge for the clinical and teacher. En: Roussos A. *Hyperkinetic syndrome and Conduct Disorders in Childhood*. Athens, Hellenic Child Psychiatry Society, 1993:93-119.
- 12 Mann EM, Ikeda Y, Mueller CW y cols. Cross-cultural differences in rating hyperactive-disruptive behaviors in children. *Am J Psychiatry* 1992;**149**:1539-1542.