

## EN BUSCA DE UNA BRÚJULA PARA LOS TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS

*Estimado Director:*

En los últimos años el Trastorno Hiperactivo (TH) ha superado algunas de sus dificultades de definición y validación; pero en la clínica aún ofrece serios problemas para la clasificación y el diagnóstico diferencial.

Tales problemas son de diversa índole: por una parte la ambigüedad de la definición, y el subjetivismo de los conceptos hiperactividad, hipoatención e impulsividad son evidentes; aunque vienen siendo paliados por la existencia de criterios que tratan de aportar concreción y homogeneidad de perspectiva. En segundo lugar existen incertidumbres cuantitativas y cualitativas. Las primeras se refieren a la falta de "grado a cumplir" para que en un niño llegue a ser considerado como caso dentro de la dimensión leve-severo en que aparece el TH; las segundas a la falta de demostración de especificidad de los conceptos nucleares del TH. Así Halperin y cols. han puesto de manifiesto que, mientras que la hipoatención y la impulsividad no diferencian a los niños hiperactivos de otros trastornos emocionales y del comportamiento, la hiperactividad sí puede ser considerada como el indicador específico que diferencia a estos niños de otros pacientes psiquiátricos y de los normales, al menos cuando se mide a través del CPT y de escalas de profesores.

En contraste con estos hallazgos, Cantwell y Baker insisten en la legitimidad empírica y práctica de un Trastorno por Déficit de Atención más bien puro y un T. por Déficit de Atención con Hiperactividad, con la salvedad de reconocer en el primero una notable frecuencia de codiagnósticos relacionados con la ansiedad, el desarrollo y la adaptación.

Otra dificultad, parcialmente relacionada con las anteriores, se encuentra en la más que presumible existencia de subtipos de TH y la presencia de cuadros comórbidos de TH con otros trastornos.

Por todo ello ni la evolución de los niños que padecen el trastorno es equiparable, ni el proceso nosológico y clínico queda completo con el diagnóstico único, o principal, de TH. Además existe un riesgo importante de errar en el diagnóstico de niños que, teniendo problemas de atención, merecen uno diferente al de TH, con lo que ello repercute en un tratamiento ajustado al problema fundamental e induce a juicios evolutivos basados en errores diagnósticos.

Sin pretender compararlo con el de otros trastornos, el proceso diagnóstico del TH es amplio, complejo, y en ocasiones escasamente documentado. Lo que nos hace evidentes las siguientes necesidades: 1) Enriquecer las perspectivas necesarias para un ajustado diagnóstico individual, 2) Favorecer las semejanzas en los procesos de diagnóstico entre distintos profesionales, 3) Promover la discusión sobre el mismo para

conseguir unos conocimientos rigurosos. Para satisfacerlas se necesita la orientación de un protocolo o unas Directrices para el Proceso Diagnóstico del TH.

La Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil cuenta con las personas capacitadas para generar tales directrices, que son los miembros de su Comité Científico. Esta revista permitiría su difusión y fomentaría su sosegada discusión. Nuestra propuesta no se debe a un capricho exótico, sino a la necesidad de superar una inquietante sensación de orfandad y falta de rigor que puede afectarnos cuando abordamos estos casos.

Como borrador ofrecemos el documento anexo que es el que venimos utilizando en algunos de nuestros equipos. Está diseñado a partir de diversas fuentes, siendo una de las principales los Parámetros Prácticos para la Valoración y el Tratamiento del TH (AACAP 1991). En él hemos intentado dejar reflejados los pasos básicos que permiten un proceso diagnóstico completo y discriminativo, con la menor interferencia posible sobre el estilo o la formación teórica individuales, y que respondan a la intención de homogeneizar datos y criterios.

**P. Rodríguez Ramos. Madrid**  
**E. Asenjo Rodríguez. Madrid**  
**J.M. Arena de la Mora. Madrid**  
**L. Sordo Sordo. Ciudad Real**  
**P. de Bernardo Barrio. Ciudad Real**

- 1 AACAP Official Action. Practice parameters for the assessment and treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30:3.
- 2 Cantwell DP, Baker L. Attention Deficit Disorder with and without Hyperactivity: A review and comparison of matched groups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:432-438.
- 3 Halperin JM, Matier K, Bedi G, Sharma V, Newcorn JH. Specificity of Inattention, Impulsivity and Hyperactivity to the diagnosis of Attention-deficit Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31(2):190-196.

## PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL TRASTORNO HIPERCINÉTICO

### A. EVALUACIÓN INICIAL

#### 1. ENTREVISTA CON LOS PADRES

##### 1. Historia del trastorno

Edad de comienzo. Curso. Situaciones en que está presente o ausente. Criterios diagnósticos que cumple en CIE-10 o en DSM-III-R.

##### 2. Historia médica y evolución

Especial énfasis en la situación educativa, visión y audición, hipertiroidismo, enfermedades neurológicas y uso frecuente de medicaciones-antihistamínicos, antiasmáticos, fenobarbital, esteroides.

3. *Valoración de situaciones familiares estresantes*

Conflicto entre padres, cambios de domicilio, tipos de educación y castigos.

4. *Antecedentes familiares*

Trastorno hiperkinético, tics, alcoholismo, trastornos de personalidad.

II. *ENTREVISTA CON EL NIÑO-A*

1. *Exploración médica.*

2. *Perspectiva subjetiva de su trastorno.*

Cuál es su lista de síntomas y qué explicación les da.

3. *Exploración psicopatológica.*

Humor, autoestima, sentimientos sobre su situación en casa y en el colegio, amistades.

4. *¿Identifica factores de estrés en casa o en el colegio?*

5. *Valoración de síntomas durante la entrevista.*

III. *INFORMACIÓN DEL COLEGIO*

Obtenerla directamente de las personas adecuadas, con anotación inmediata de la fuente, o informe escrito sobre funcionamiento general, comportamiento, rendimiento, relación con profesores y compañeros.

**B. EVALUACIÓN COMPLEMENTARIA**

I. *CUESTIONARIO O ESCALAS ESPECÍFICOS*

Padres, profesores, niño/a.

II. *ESTUDIOS PSICOLÓGICOS*

Capacidad intelectual. Nivel pedagógico. Desarrollo grafomotor y de lenguaje. Autoestima.

III. *CONSIDERAR*

- Estreses biopsicosociales.

- Problemas de relación en casa o con amigos.

- Problemas escolares (rendimiento, exigencia)

- Factores ambientales: negligencia o malos tratos en la educación. Enfermedad mental de padres, Neurotóxicos (intoxicación crónica por plomo).

**C. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Puede tratarse de diagnósticos asociados (\*) o incompatibles (\*\*).

I. *TRASTORNOS DEL DESARROLLO*

1. *Trastorno profundo o generalizado del desarrollo (\*\*).*

2. *Trastornos específicos del desarrollo (\*).*

3. *Retraso mental (\*).*

II. *TRASTORNO DEL INICIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA*

1. *Trastorno de conducta (\*).*

2. *Trastorno oposicionista (\*).*

3. *Trastorno por tics, incluyendo Tourette (\*).*

4. *Trastorno del vínculo tipo desinhibido (\*\*).*

III. *OTROS TRASTORNOS MENTALES*

1. *Trastorno esquizofrénico (\*\*).*

2. *Trastornos del humor (\*) o (\*\*).*

3. *Trastornos por ansiedad (\*) o (\*\*).*

4. *Trastornos de personalidad (\*).*

5. *Trastornos por abuso de sustancias (\*) o (\*\*).*

IV. *PROBLEMA SECUNDARIO A TRASTORNOS ORGÁNICOS*

1. *Epilepsia, incluidas ausencias.*

2. *Migraña.*

3. *Hipertiroidismo.*

4. *Efectos iatrogénicos.*