



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

PROLEGOMENOS A UN PROBLEMA DE DIAGNOSTICO

Problemas diagnósticos y perfil clínico de la hiperactividad infantil

A. Polaino-Lorente* y J. Cabanyes Truffino**

* Catedrático de Psicopatología. Facultad de Pedagogía. Universidad Complutense. Madrid.

** Unidad de Neurología del Comportamiento. Clínica Nuestra Señora de la Paz. Hnos. de San Juan de Dios. Madrid.

Las controversias sobre la categorización nosológica de la hiperactividad infantil han sido muy numerosas. A lo largo de los años se ha debatido mucho sobre el perfil de estos niños y, en consecuencia, sobre los criterios diagnósticos. Por eso, el propio cuadro clínico ha quedado siempre, al menos, parcialmente desdibujado.

Conceptos como «síndrome hiperquinético», «disfunción cerebral mínima» o «trastorno de conducta de la infancia» han sido aplicados al mismo grupo de niños, contribuyendo a aumentar la confusión. De hecho, en un estudio, llevado a cabo por el grupo de Jensen¹, en la consulta externa de dos grandes hospitales generales estadounidenses, se puso de manifiesto que el diagnóstico y/o el tratamiento de la hiperactividad infantil eran inadecuados o erróneos en cerca de dos tercios de los casos. Por ello, no resulta extraña la afirmación de Rutter², quien considera que muchos de los niños diagnosticados anteriormente como hiperactivos hoy podrían ser clasificados dentro de otras entidades.

Sin entrar en la larga e interesante serie de conceptos y criterios diagnósticos que han acompañado a este trastorno, los definidos por la ICD y el DSM son, en la actualidad, los que más aceptación tienen dentro de la comunidad científica. Sin embargo, presentan enfoques no plenamente coincidentes y ninguno de los dos consigue zanjar completamente la polémica sobre los criterios diagnósticos.

La revisión del DSM-III, realizada en el año 1987, llevó consigo una reconceptualización del ya definido en la versión original como «trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad». En esta revisión desaparece la entidad de «trastorno por déficit de atención sin hiperactividad» y, por tanto, el exceso de actividad motora pasa a situarse en el mismo nivel, desde el punto de vista criteriológico, que el déficit de atención (tablas I y II).

De acuerdo con los criterios del DSM-III-R, se consideran como indicadores mayores de esta entidad, el incremento del comportamiento motor, la inatención y la impulsividad. Además, para el diagnóstico de «trastorno por déficit de atención e hiperactividad» (TDAH) se establece un doble requisito temporal: el comienzo antes de los siete años y la duración mínima de seis meses.

Sin embargo, esta orientación criteriológica ha sido criticada por numerosos autores. Lahey³ la cuestiona por su carácter unidimensional lo que puede llevar a confusión al ser posible incluir como «hiperactivos» a algunos niños previamente diagnosticados de trastorno por déficit de atención sin hiperactividad o, incluso, a algunos niños normales pero que se muestran al-

go más «activos» que la media. De igual modo, otros autores insisten en la existencia de dos subgrupos dentro del trastorno por déficit de atención: con y sin hiperactividad (Cantwell y Baker)⁴.

En definitiva, el DSM-III-R no solamente no clarifica sino que reaviva la polémica sobre cuál es el perfil del niño hiperactivo. Un reflejo de esta controversia se manifiesta en que la nueva edición de este manual, el DSM-IV, presenta criterios diagnósticos separados, tanto para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad como para el trastorno por déficit de atención sin hiperactividad.

Tabla I
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
(DSM-III, 1980)

A. Falta de atención:

1. A menudo no puede acabar las cosas que empieza.
2. A menudo no parece escuchar.
3. Se distrae con facilidad.
4. Tiene dificultades para concentrarse en el trabajo escolar o en tareas que exigen una atención sostenida.
5. Tiene dificultades para concentrarse en un juego.

B. Impulsividad:

1. A menudo actúa antes de pensar.
2. Cambia con excesiva frecuencia de una actividad a otra.
3. Tiene dificultades para organizarse en el trabajo (sin que haya un déficit cognitivo).
4. Necesita supervisión constantemente.
5. Hay que llamarle la atención en casa con frecuencia.
6. Le cuesta guardar turno en los juegos o en las situaciones grupales.

C. Hiperactividad:

1. Corre de un lado a otro en exceso, o sube a los muebles.
2. Le cuesta mucho quedarse quieto en un sitio o se mueve excesivamente.
3. Le cuesta estar sentado.
4. Se mueve mucho durante el sueño.
5. Está siempre «en marcha» o actúa «como si lo moviese un motor».

D. Inicio: antes de los siete años.

E. Duración: de al menos seis meses.

En la versión 9 de la ICD, el diagnóstico de la hiperactividad infantil quedaba pobremente categorizado y, en algunos casos, confundido con otras entidades diagnósticas como, por ejemplo, los trastornos de conducta. En la versión actualmente vigente de la ICD, la décima edición, se incluyen dentro de los «trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo en la infancia y la adolescencia» los denominados «trastornos hiperkinéticos», con el código F90. Este trastorno queda, pues, fuera de los llamados «trastornos del desarrollo psicológico». Por otra parte, dentro de la propia categoría diagnóstica de «trastornos hiperkinéticos» se recogen cuatro entidades diagnósticas distintas: «trastorno de la actividad y de la atención»

(F90,0), «trastorno hiperkinético disocial» (F90.1), «otros trastornos hiperkinéticos» (F90,8) y «trastorno hiperkinético sin especificación» (F90,9). De este modo, siguiendo la línea de las ediciones anteriores, en la ICD-10 se vuelve a remarcar el exceso de actividad motora como núcleo sintomático de este trastorno.

Tabla II
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
(DSM-III-R, 1987)

- A. Una alteración de por lo menos seis meses de evolución, con la presencia de por lo menos ocho de los síntomas siguientes:
1. Inquietud frecuente.
 2. Dificultad para permanecer sentado cuando la situación lo requiere.
 3. Fácil distraibilidad por estímulos ajenos a la situación.
 4. Dificultad para guardar turno en los juegos o situaciones de grupo.
 5. Frecuencia de respuestas precipitadas antes de que acaben de formular las preguntas.
 6. Dificultad para seguir las instrucciones de los demás.
 7. Dificultad para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
 8. Frecuentes cambios de una actividad incompleta a otra.
 9. Dificultad para jugar con tranquilidad.
 10. A menudo, habla excesivamente.
 11. A menudo, interrumpe o se implica en actividades de otros niños.
 12. A menudo, no escucha lo que se le dice.
 13. A menudo, pierde cosas necesarias para una tarea o actividad escolar.
 14. A menudo, practica actividades físicas peligrosas sin evaluar posibles riesgos.
- B. Comienzo antes de los siete años.
- C. No reúne criterios para el diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo.

Es aún pronto para realizar una crítica rigurosa de esta nueva clasificación, más aún cuando la propia ICD-10 rechaza el empleo de criterios diagnósticos y prefiere hablar de *orientaciones diagnósticas*. Sin embargo, y acaso por esto mismo, pensamos que esta clasificación está impregnada de una cierta ambigüedad que podría acentuar los ya escasos y poco nítidos límites nosológicos del trastorno. Por otra parte, pensamos que es bastante criticable colocar el trastorno motor como eje diagnóstico de esta entidad.

A su favor, observamos que la inclusión de subtipos dentro de la entidad nosológica es una aportación interesante, que le da un cierto carácter pluridimensional que está ausente en el DSM-III-R.

De lo señalado anteriormente se desprende que los criterios diagnósticos empleados por uno u otro instrumento no son completamente equiparables. Taylor y su grupo⁵ pusieron de manifiesto estas diferencias en un estudio comparativo ICD-9 versus DSM-III. En este trabajo se resaltaba cómo en el DSM-III se subraya-

ba el déficit de atención, mientras que la ICD-9 sobreestimaba el exceso de actividad motora.

Todo lo dicho hasta el momento pretende enfatizar los problemas con los que se enfrenta el diagnóstico de este trastorno. Problemas que parten de la ausencia de una rigurosa categorización clínica, consecuencia, en gran parte, de las diferentes ópticas que han pretendido dar una explicación totalizadora del trastorno partiendo de perspectivas parciales. Por el contrario, el análisis semiológico de la hiperactividad infantil, desde una visión integradora, parece permitir un mejor y más amplio acercamiento a la cuestión.

Desde esta perspectiva, en los últimos años, se han ido perfilando los límites nosológicos de la hiperactividad infantil. Ha quedado establecido, al menos en las recientes clasificaciones, el déficit de atención como criterio diagnóstico básico. De esta manera se incluye, dentro de los criterios diagnósticos, un rasgo cognitivo junto a los comportamentales, ampliando el concepto de las anteriores clasificaciones que estaba fundamentado, casi exclusivamente, en la descripción de estos comportamientos.

En definitiva, aún no disponemos de criterios unívocos y estructurados que permitan definir con exactitud los límites nosológicos de esta entidad. Quedan numerosas incógnitas por despejar: ¿es el déficit de atención el síntoma primordial o está al mismo nivel que la impulsividad y el exceso de actividad motora?, ¿son realmente éstos los síntomas definitorios del cuadro clínico?, ¿existen formas puras sin hiperactividad?... Todas estas controversias quedan reflejadas en la publicación de la interesante mesa redonda dirigida por Weinberg y Brumback⁶.

PERFIL PSICOPATOLOGICO DEL NIÑO HIPERACTIVO

Siguiendo principalmente los criterios establecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en el DSM-III-R, el niño hiperactivo estaría caracterizado por una marcada inquietud motora, una enorme facilidad para distraerse y una grande precipitación en el actuar. De este modo, tres serían las características nosológicas básicas de la hiperactividad infantil: el déficit de atención, la impulsividad y el exceso de actividad motora.

El déficit de atención

La atención es una compleja función neuropsicológica que representa la apertura activa del individuo al medio circundante (Cabanyes y Polaino-Lorente)⁷. De este modo, la atención se encuentra directamente relacionada con el aprendizaje y las pautas de comportamiento (Shaywitz y cols.)⁸. Así, un déficit de atención necesariamente repercute —en mayor o menor gra-

do— en el aprendizaje y el comportamiento y puede, pues, expresarse como un bajo rendimiento académico, conductas inadecuadas o inadaptación social.

Apoiados en una amplia revisión bibliográfica y con una visión crítica de los resultados expresados por diferentes autores, Prior y Sanson⁹ formularon algunas conclusiones que ponían en duda el trastorno por déficit de atención y la propia existencia de un defecto de atención en estos niños. Los autores resaltaban la heterogeneidad del cuadro clínico, acentuada por la diversidad de muestras estudiadas y la aparente dependencia del medio del déficit de atención, lo que llevaría a considerarlo más como un trastorno del comportamiento que como una alteración cognitiva.

Sin embargo, Loiselle¹⁰ y Whalen¹¹ han demostrado que, incluso en condiciones de gran motivación, el déficit de atención persiste. Está claro que, en estos niños, la motivación mejora el problema de atención que presentan, pero no se puede restringir el problema a sólo este aspecto. Sería simplista reducir el trastorno de la atención a apenas un problema de baja motivación, de impulsividad o de aprendizaje (Taylor)¹².

El estudio de Borchering¹³ parece demostrar que los niños hiperactivos realizan un procesamiento automático de la información con rendimientos similares a los niños control. Sin embargo, cuando la tarea exige esfuerzo se obtienen unos resultados significativamente más bajos en los niños hiperactivos que en los controles, señalando, de este modo, un déficit en la puesta en juego de los mecanismos de atención. Por otra parte, en algunos trabajos (Rosenthal y Allen¹⁴; Tant y Douglas¹⁵) se concluye que los niños hiperactivos ponen en juego estrategias de exploración del entorno, que son inmaduras e insuficientes. Es decir, la exploración del medio, en cuanto que es un elemento de la atención, se realiza de forma inadecuada y pobre en relación a los requerimientos.

En líneas generales, en los niños hiperactivos se han observado varios rasgos que hacen referencia a un defecto en la atención. Se ha detectado un empleo inadecuado de las estrategias de exploración, una dependencia de las características físicas del estímulo con dificultad para despreciar la información irrelevante, y un déficit en el mantenimiento de la atención en las tareas monótonas.

En conjunto, se puede afirmar que el déficit de atención representa un elemento sintomático de la hiperactividad infantil. Este defecto no supone una alteración en el contacto con la realidad sino más bien un trastorno en la duración, intensidad y elección de dicho contacto. Quizá, como señalan Raine y Jones¹⁶, sería más propio hablar de disfunción de la atención que de déficit de la atención propiamente dicho. De este modo, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad se caracteriza más bien por fluctuaciones en la distribución de los focos de atención que por un déficit en el núcleo estructural del sistema de atención.

La impulsividad

En general, los niños hiperactivos han sido definidos como con escasa capacidad de reflexión: actúan sin pararse a planificar ni medir las consecuencias de sus actos. Este modo de proceder es lo que se entiende por impulsividad, y hace referencia tanto a aspectos cognitivos como comportamentales. El primero indica la forma precipitada e inexacta de afrontar las tareas. El segundo señala el atolondramiento, la escasa valoración de las consecuencias de sus acciones y la actuación centrada, casi exclusivamente, en la gratificación inmediata.

Para Ault y su grupo¹⁷, los niños con impulsividad emplean estrategias deficientes en la exploración. Zelniker y Jeffrey¹⁸ completan esta afirmación señalando que estos niños utilizan estrategias de procesamiento global de la información, en lugar del análisis de los detalles. Es decir, su capacidad de exploración es menos analítica y, en consecuencia, llegan a calibrar de forma deficiente el medio que les rodea. Un estilo cognitivo con estas características puede traducirse en actuaciones «poco pensadas» en el plano del comportamiento.

Por estos motivos, la valoración de la impulsividad ha permitido ahondar en los estilos cognitivo-comportamentales de los niños hiperactivos.

En esta línea, se constata que los niños hiperactivos cometen mayor número de errores en el test de emparejamiento de figuras familiares que los niños control (Firestone y Martin)¹⁹, pero no se objetiva una mayor rapidez en las respuestas. Como complemento de estos hallazgos, Seargent y Van der Meere²⁰ encuentran que los niños hiperactivos cometen el mismo número de errores con respuestas rápidas que con lentas. Estos resultados parecen indicar que los niños con este trastorno emplean períodos de tiempo adecuados a la tarea, pero fracasan en el uso efectivo del tiempo. Es decir, hay un empleo insuficiente del tiempo extra. Con todo, posiblemente en estos resultados esté influyendo de modo notable el déficit en el mantenimiento de la atención, que es propio de la hiperactividad.

Con frecuencia, dentro del complejo sintomático de la hiperactividad infantil, no es posible separar fácilmente lo que corresponde al problema de atención de lo que es debido a la impulsividad, y esto, tanto en el plano del comportamiento como en el cognitivo.

Los niños hiperactivos, por otra parte, parecen mostrar una mayor búsqueda de estímulos sensoriales (Zentall y Zentall)²¹ comparados con los controles, y esta mayor búsqueda la realizan en estrecha relación con el concepto de recompensa. En este sentido, para Douglas²² la noción de impulsividad se relaciona con un ineficiente empleo del tiempo —más que con una reducción en su uso— y con la recompensa o gratificación. Según estas observaciones, los niños hiperactivos son impulsivos porque emplean inadecuadamente el tiempo de preparación a las respuestas y porque tie-

nen una baja tolerancia al tiempo de demora de la gratificación. Estas características —eficacia de los tiempos de preparación y expectativas de gratificación— constituyen, precisamente, algunas de las bases de los programas de intervención cognitivo-comportamental.

En definitiva, la impulsividad representa un elemento importante en la semiología de la hiperactividad infantil, con manifestaciones en la esfera cognitiva y comportamental, que induce desajustes en las conductas y bajos rendimientos en las tareas, y que muestra una estrecha relación con el déficit de atención.

El exceso de actividad motora

El tercero de los elementos básicos del perfil del niño hiperactivo consiste en una excesiva actividad motora que sobrepasa, de forma persistente, los límites considerados como normales en relación a la edad y circunstancias. Este exceso de actividad motora se manifiesta fundamentalmente por «no parar quieto», por una incapacidad para permanecer sin moverse durante un cierto tiempo.

A la hora de analizar este elemento, es importante recordar que la actividad motora es una faceta de las denominadas funciones psicomotrices. A su vez, la psicomotricidad es la más elemental expresión del grado de desarrollo y nivel de actividad de la esfera cognitivo-afectiva. A través de una adecuada psicomotricidad, el niño consigue ir adquiriendo su propia imagen corporal y relacionarse convenientemente con el entorno. Por tanto, la actividad psicomotora en el niño constituye una de las bases principales del desarrollo psíquico y del despertar de la capacidad de aprendizaje. Incluso, para algunos autores (Shaffer)²³, la valoración de la psicomotricidad es de un alto valor predictivo, permitiendo descubrir sujetos con riesgo de presentar dificultades de aprendizaje.

El exceso de actividad motora es, pues, un trastorno de las funciones psicomotrices que genera repercusiones que van más allá de la esfera meramente comportamental.

En los niños hiperactivos lo que observamos es un exceso de actividad motora gruesa, es decir, de la responsable de movimientos más amplios: mover los pies, las manos, la cabeza, el tronco, etc. La actividad motora fina es la destinada a llevar a cabo funciones de integración sensorial o coordinación precisa. En este sentido, algunos niños hiperactivos han sido descritos como ágiles, flexibles y precozmente desarrollados en sus habilidades motoras. Por el contrario, otros niños, también diagnosticados como hiperactivos, han sido definidos como torpes, descoordinados y con retraso en la adquisición de habilidades motoras. En estos casos, algunos autores (Shaffer)²⁴ hablan de la presencia de signos neurológicos menores (SNM). Son, pues, déficit en la realización de tareas que ponen en juego funciones sensitivo-motoras o de integración perceptiva.

Los SNM han sido frecuentemente descritos en los niños diagnosticados como hiperactivos. Sin embargo, en estudios destinados a valorar específicamente los SNM en estos niños indican que solamente el cincuenta por ciento de los niños hiperactivos parecen presentar SNM (Kenny y cols.)²⁵.

Por otra parte, el significado clínico de los SNM es oscuro. Denckla y Rudel²⁶ los relacionan con el grado de control de la inhibición motora, señalando que los niños hiperactivos presentan un deficiente control motor. En conjunto, parece que los niños que presentan SNM tienen un déficit en la capacidad de integración perceptivo-motora y en el control de la impulsividad. En nuestra experiencia (Cabanyes y cols.)²⁷ hemos observado que los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad presentan, en cuanto grupo, rasgos de torpeza, entendida ésta en un sentido genérico, que son indicativos de dificultades en la coordinación y secuenciación motoras. De igual modo, en nuestro estudio solamente encontramos SNM en el 56 % de los niños evaluados. Estos datos podrían servir de apoyo a la hipótesis de Frank y Ben-Nun²⁸, quienes proponen la existencia de un subgrupo dentro de la hiperactividad infantil caracterizado por un déficit en las funciones perceptivo-motoras. Evidentemente, esta propuesta es enormemente sugerente y tiene interesantes implicaciones diagnósticas y terapéuticas. Sin embargo, está aún por corroborar y queda también pendiente de dilucidar la relación entre el déficit de atención y los SNM y el exacto valor pronóstico de éstos.

Con todo, la compleja relación entre los sistemas de alerta, de percepción, inhibitorios y motores, y su mutua y transitiva influencia durante el desarrollo del sistema nervioso central, hacen altamente improbable que sólo un déficit en la actividad motora primaria –el exceso de actividad motora– sea el único fundamento de este trastorno. Todo hace pensar que el exceso de actividad motora es una manifestación más, de una alteración compleja, con aferencias y eferencias variadas. Por tanto, y entrando en la delimitación nosológica de este trastorno, no es aceptable restringir la sintomatología específica –y, por tanto, diagnóstica– de la hiperactividad infantil al problema motor. Si bien, la actividad motora, traducida en una imposibilidad para permanecer quieto, constituye uno de los rasgos de mayor poder discriminatorios con otros trastornos de la infancia. Está, pues, justificada la inclusión del exceso de actividad motora entre los criterios mayores de la hiperactividad infantil.

OTRAS CARACTERISTICAS PSICOPATOLOGICAS

En la actualidad, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad queda definido por la presencia de los tres criterios clínicos ya comentados: el déficit de

atención, la impulsividad y el exceso de actividad motora. Sin embargo, el perfil del niño hiperactivo no queda restringido a estos tres elementos. Por el contrario, la detenida evaluación del niño con hiperactividad puede poner de manifiesto la presencia de otros elementos que participan en el mismo cuadro clínico. En algunos casos, estos elementos pueden llevar a cuestionar el propio diagnóstico y a la necesidad de hacer un diagnóstico diferencial con otras entidades clínicas. A pesar de ello, resulta evidente que el propio núcleo sintomático de la hiperactividad infantil –inatención, impulsividad y actividad motora excesiva– tiene, de por sí, amplias repercusiones en otras áreas, por lo que fácilmente se podrá expresar en otros elementos psicopatológicos asociados.

En este sentido, la valoración escalar de la atención, mediante el inventario de Yale (Shaywitz y cols.)²⁹, refleja el solapamiento de esta función con la esfera cognitiva y del comportamiento. Por tanto, resulta obvio afirmar que el niño con problemas en la atención tendrá también alteraciones en el comportamiento.

Al mismo tiempo, una de las condiciones más necesarias para poder desarrollar la progresiva comprensión del mundo circundante es disponer de una eficiente capacidad de exploración y el poder de movilizar la intensidad de la atención de una forma organizada. Por tanto, es de esperar que un déficit de atención lleve consigo trastornos en diferentes sectores de la personalidad.

Con todo, en los últimos años, se han ido acumulando datos que señalan altos niveles de comorbilidad del trastorno por déficit de atención con otros trastornos. Entre ellos, se han mencionado los trastornos de conducta, los problemas de aprendizaje, la ansiedad y los trastornos afectivos. Esta comorbilidad se ha verificado en distintas muestras clínicas y en diferentes áreas geográficas. Por este motivo, el grupo de Biederman³⁰ sugiere que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad es, probablemente, una entidad heterogénea, en la que se incluyen trastornos con una etiología potencialmente diversa, influenciados por variados factores de riesgo y evoluciones diferentes.

Bajo rendimiento académico

Las dificultades académicas son un problema frecuentemente asociado a la hiperactividad infantil. Las cifras de niños diagnosticados de hiperactividad que presentan problemas en su rendimiento académico oscilan entre el 60 y el 80 % (Barkley)³¹.

Desde nuestro punto de vista, consideramos que los niños hiperactivos muestran diferencias significativas en las estrategias de manejo de la información, que se manifiestan de un modo preferente en el área de la atención. Todo ello tiene, evidentemente, una enorme repercusión en los aprendizajes.

Sin embargo, los problemas de aprendizaje en los niños hiperactivos surgen por la confluencia de varios

factores, entre los que figuran el déficit de atención, la impulsividad, otros elementos psicopatológicos asociados, la calidad de los refuerzos ambientales y la propia capacidad de desarrollar mecanismos compensadores.

Problemas de conducta

En los últimos años se ha levantado una gran polémica, entre los expertos en la materia, sobre la diferenciación de los trastornos de conducta y los comportamientos antisociales o desafiantes, así como sobre su vinculación con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Polaino-Lorente)³².

En un estudio del grupo de Taylor⁵, llevado a cabo entre niños con problemas de conducta, se concluye que el factor hiperactividad se encuentra asociado a mayor actividad, menor edad, peor realización cognitiva y anomalías neurológicas (SNM). El factor conducta antisocial, en cambio, se correlaciona con relaciones familiares deterioradas y factores sociales adversos. Este trabajo aporta resultados orientativos y sugerentes; sin embargo, no está libre de algunas objeciones metodológicas como la heterogeneidad de la muestra y el sesgo introducido al trabajar exclusivamente con una población remitida a la consulta psiquiátrica.

El estudio realizado por el grupo de Lahey³³ mostró ciertas diferencias significativas entre los niños con hiperactividad y los que presentaban trastornos de conducta, en relación con los rasgos psicopatológicos de los padres. Los trastornos de conducta en la infancia, según estos autores, se relacionan directamente con la presencia de alteraciones de la personalidad y/o consumo de drogas en los padres. Por el contrario, la hiperactividad infantil no tiene correlación con ninguno de los diagnósticos del DSM-III para los padres.

En conjunto, la mayor parte de los autores se inclinan por considerar la hiperactividad infantil y los trastornos de conducta como dos entidades diagnósticas distintas, aunque no excluyentes.

Un aspecto importante sobre todo lo mencionado es el diferente significado que tiene el término «trastornos de conducta» y los que se denominan como «mal comportamiento». El primero corresponde a una categoría diagnóstica heterogénea y de contornos imprecisos, pero con criterios definidos. Es, pues, una entidad nosológica diferente de la hiperactividad infantil, aunque pueden darse asociados, y parece ser que existen factores vinculados a la hiperactividad infantil que predisponen a la presencia de trastornos de conducta. El segundo término, el «mal comportamiento», hace referencia a un perfil de comportamiento, más que a una entidad nosológica en sí. Es decir, corresponde a los comportamientos inadecuados propios de una conducta inatenta, impulsiva y con exceso de actividad motora. En este sentido, es habitual constatar el mal comportamiento de los niños diagnosticados como hiperactivos. Hay, en estos niños, una incapacidad para captar adecuadamente y descodificar correctamente

las demandas sociales del entorno, al tiempo que se muestran incapaces de suprimir sus comportamientos impropios, manifestando una rigidez en sus estilos de respuestas (Landau y Milich)³⁴.

En definitiva, los niños hiperactivos pueden presentar alteraciones de la conducta, como consecuencia de una incapacidad para manejar y adaptarse convenientemente a las situaciones, pero es preciso distinguir estos problemas en el comportamiento de los denominados trastornos de conducta.

Trastornos afectivos

Para algunos autores (Borden y cols.)³⁵, las dificultades cognitivas que presentan los niños hiperactivos pueden ir generando continuas frustraciones que desemboquen en una clínica con manifestaciones depresivas. Sin embargo, la presencia de síntomas depresivos debe diferenciarse rigurosamente de la existencia de una depresión infantil.

En otro trabajo (Brown y cols.)³⁶ se señala que los niños hiperactivos puntúan más alto en las escalas de depresión que los controles, y que estas puntuaciones hacen referencia a sentimientos de minusvaloración y baja autoestima. También se ha observado que los niños hiperactivos tienen ciertas dificultades en el manejo de las situaciones. Todo ello se encuentra en estrecha relación con lo que manifiestan en otras diferentes áreas.

El niño hiperactivo, a causa de los déficit que constituyen el cuadro clínico, presenta dificultades en el rendimiento académico, en la convivencia familiar y en las relaciones sociales. La inatención, el exceso de actividad motora y la impulsividad impiden su correcta adaptación al entorno en el que se mueve. De esta forma, al fracasar en la relación con los compañeros, al mostrarse inadecuado en la dinámica familiar y al obtener bajos rendimientos académicos, recibe continuas agresiones sobre su esfera personal. Este sería el sustrato sobre el que pueden desarrollarse los síntomas depresivos que se observan en algunos niños con hiperactividad.

Con todo, es evidente que no todos los niños hiperactivos manifiestan sintomatología depresiva, pero aún no están claramente definidos los factores que influyen en la presencia o no de esta sintomatología. La dinámica familiar, el modo en que se enfrentan los padres al problema del hijo y la presencia de síntomas depresivos en los propios padres son, posiblemente, algunos de estos factores.

ELEMENTOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA HIPERACTIVIDAD INFANTIL

Todo lo expuesto anteriormente pone de manifiesto que el diagnóstico de la hiperactividad infantil presenta una cierta problemática a causa de la falta de preci-

sión nosológica. Por tal motivo, en este caso, es aún más importante prestar especial atención a los diferentes pasos que llevan a orientar el diagnóstico en cualquier situación clínica.

La historia clínica

Para poder llevar a cabo un correcto diagnóstico de hiperactividad infantil o, ya específicamente, según el DSM-III, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), es necesario obtener un historial del niño, lo más detallado y exacto posible, desde el punto de vista médico, psicológico y pedagógico, en la totalidad de sus ámbitos de actividad. Es decir, es preciso recabar la más completa información disponible sobre el niño, en sus diferentes ambientes.

En relación a esto, la edad de comienzo y el tiempo de evolución serán un primer punto de referencia diagnóstica. Así pues, quedarían excluidos del TDAH los niños que, exhibiendo un mal comportamiento y un bajo rendimiento escolar, sugierentes de hiperactividad, hayan dado comienzo por encima de los siete años o su duración haya sido inferior a los seis meses. De esta forma, los datos recogidos en su historial escolar tienen un especial interés, fundamentalmente los que hacen referencia a la conducta y a los hábitos de estudio.

Antecedentes perinatales

El conocimiento detallado de los antecedentes perinatales tiene gran importancia en la valoración diagnóstica de la hiperactividad infantil. Los antecedentes de complicaciones graves en el momento del parto o de patología grave en la primera infancia, nos harán pensar en un problema distinto del neurodesarrollo o en una lesión estructural, que queda fuera del TDAH. En estos casos, la ubicación nosológica es difícil y su pronóstico y tratamiento están en función de una precisa evaluación neuropsicológica y psicopedagógica, y de la propia etiología.

Singularmente, tiene especial significación la recogida de datos sobre posible patología auditiva (meningitis, otitis, etc.), que podría desembocar en una sordera, que a su vez puede tener una expresividad clínica muy similar a la del TDAH.

Con todo, en el niño hiperactivo es frecuente recoger, entre los antecedentes, la presencia de leves problemas perinatales.

Historial preescolar

Más importante que el historial perinatal es el estudio del período preescolar, recogiendo datos desde los dos a los cinco años. Generalmente, los niños con hiperactividad son descritos por sus padres, ya a estas edades, como inquietos, molestos, con cambios frecuentes de actividad y maltrato de los juguetes. Con frecuencia, en este período de tiempo, los padres de los niños hiperactivos refieren que sus hijos tienen di-

ficultades en el aprendizaje —olvidando pronto la información recibida—, que les cuesta ponerse cada zapato en su pie, que cometen más irregularidades cuando deletrean las palabras que las que corresponden a su edad, o que manifiestan un cierto retraso en la adquisición de destrezas motoras, como abrocharse los botones, atarse los zapatos o sujetar correctamente un lápiz. Al mismo tiempo, los padres suelen señalar, de forma habitual, que los niños no terminan lo que están haciendo, que toleran mal las frustraciones y que se distraen con enorme facilidad. Sin embargo, sobre este último rasgo, los padres suelen comentar que están atentos, incluso muy atentos, en algunas tareas, como ver la televisión o jugar, pero cuando tienen que realizar otro tipo de trabajo (una tarea escolar o seguir unas explicaciones), se distraen con facilidad. Esta observación, apoya la idea, ya señalada, de una atención disfuncionante más que de un claro déficit.

Manifestaciones durante el período escolar

En este momento es cuando, habitualmente, acude el niño hiperactivo a la consulta. El motivo de ello suelen ser las dificultades en su manejo en el hogar y los problemas que aparecen en la escuela, por su conducta o rendimiento. Interesa, por tanto, obtener la mayor información sobre estos dos aspectos. Así, se intentará conocer con detalle la actitud del niño en casa, la relación con los padres y hermanos, su pauta de conducta habitual, y la existencia y respeto a unas normas de comportamiento familiar. Igualmente, se preguntará por el ámbito escolar, para conocer la relación con los profesores y compañeros, su comportamiento en clase, los resultados académicos y su actitud ante el propio colegio.

Además, se investigará la existencia de alguna patología concomitante y los antecedentes de algún otro posible trastorno. De esta forma se podrán descartar cuadros de hiperactividad secundarios y constatar la existencia de algún trastorno asociado a la hiperactividad. En este sentido, Kaplan³⁷ y su grupo encuentran una mayor incidencia de signos y síntomas físicos (cefaleas, dolor dental, calambres, infecciones aéreas inespecíficas, sequedad de piel, rash cutáneo, halitosis, etc.) en los niños hiperactivos, al ser comparados con los controles normales. Estos autores interpretan parcialmente los datos que obtienen, relacionándolos con el problema de conducta que, por un lado, modifica hábitos de higiene y, por otro, exalta la sensibilidad de los padres hacia cualquier problema del niño. Es decir, algunos síntomas o signos pueden presentarse como secundarios a su trastorno de conducta o como consecuencia de una hipervaloración de los padres.

Antecedentes familiares

Junto a los antecedentes personales del niño, es también importante poder disponer de información sobre los padres. En este sentido, es útil recoger los posibles

antecedentes de hiperactividad infantil entre ellos, la existencia de patología somática o psíquica y el grado de estructuración de la pareja y del ambiente familiar. Interesa conocer cuál es la actitud de cada uno de los padres ante el problema del hijo, y valorar así su umbral de tolerancia a la hiperactividad. Por tanto, es muy importante lograr una entrevista con la pareja, donde se pueda valorar el grado de conciencia sobre el problema y hacer una aproximación lo más objetiva posible al ambiente familiar.

El conjunto de estos datos permite detectar casos de hiperactividad situacional, al tiempo que se llega a establecer orientaciones terapéuticas precisas.

La evaluación clínica

Los datos recogidos en la historia permiten orientar el diagnóstico, al tiempo que la evaluación clínica lo refrenda. Los hallazgos de esta evaluación serán decisivos en el momento del diagnóstico.

La evaluación clínica comenzará por la observación del niño. Habitualmente, el niño hiperactivo se muestra inquieto, con exceso de actividad motora fina y gruesa, no suele ser capaz de permanecer tranquilamente sentado en la silla, lleva la mirada de un lado para otro y presenta respuestas impulsivas. Sin embargo, con frecuencia, todo ello se manifiesta durante la consulta en menor grado que en el ambiente familiar o escolar. Por tanto, conviene contrastar estas observaciones con los datos aportados por los padres y con las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios.

El examen clínico es de enorme interés. En primer lugar se debe realizar una valoración física general, que permita descartar alteraciones morfológicas (principalmente del cráneo y la cara) o rasgos sugerentes de un síndrome clínico diferente (implantación del pelo y las orejas, sindactilia, etc.), que podrían modificar la orientación diagnóstica. Seguidamente, una vez descartada la existencia de patología somática general, se debe realizar una evaluación precisa de los sistemas sensoriales. En concreto, es necesario descartar la existencia de problemas visuales y auditivos que podrían remedar un TDAH. Una hipoacusia o un defecto en la agudeza visual pueden manifestarse como inatención y exceso de actividad motora. Obviamente, el tratamiento y el enfoque pronóstico son diferentes y no han de confundirse con el TDAH. En consecuencia, a todo niño con sintomatología sugerente de TDAH, se le debe realizar un examen visual y auditivo general, para verificar la ausencia de alteraciones en estos campos. Posteriormente, es preciso explorar la integridad del sistema nervioso y valorar la presencia de signos neurológicos menores (SNM). El grupo de Shaffer²³ describe una extensa batería para la detección de estos signos neurológicos menores. Sin embargo, la amplitud de la prueba hace que sea difícilmente aplicable al estudio de una población o una muestra grande, y resulta engorrosa en los casos aislados.

Con posterioridad, López y Narbona³⁸ han elaborado una batería sencilla y práctica, que permite obtener el perfil de integración perceptivo-motor de cada niño y detectar, de esta forma, algunos de los SNM más frecuentes. Según estos autores, se considera anómala una puntuación global superior a 23 y/o una puntuación parcial superior a 2, en más de dos ítems. Según nuestros datos (Cabanyes y cols.)²⁷, los niños con TDAH tienen, en esta batería, puntuaciones más altas que los niños control. Sin embargo, no hemos podido establecer una relación entre estas puntuaciones y los síntomas centrales del trastorno. Por otra parte, hemos podido observar que cuando se asocia al TDAH una sintomatología depresiva, las puntuaciones obtenidas por estos niños son semejantes al grupo control. Interpretamos estos resultados como consecuencia de la interacción de la sintomatología clínica depresiva sobre la sintomatología del TDAH, especialmente sobre la actividad motora.

El momento del diagnóstico

Junto con los datos recogidos en la historia y en la evaluación clínica, la información procedente de los diferentes instrumentos de valoración es de gran ayuda en el diagnóstico del TDAH.

En primer lugar, será necesario disponer de una evaluación del cociente intelectual. Aunque no es comparado por todos los autores y, en los trabajos iniciales, no se encuentra como criterio diagnóstico; la mayor parte de los estudios actuales en hiperactividad infantil utilizan, como criterio de exclusión, un CI bajo, generalmente una puntuación menor de 85. Así pues, los casos que presentan una sintomatología de hiperactividad infantil y muestran un CI menor de 85, deben excluirse de esta categoría diagnóstica, y considerar las manifestaciones clínicas como secundarias a otro proceso de base. Sin embargo, no hay que olvidar que las dificultades en la lectura interfieren notablemente en el CI verbal, acentuándose con la edad (Reed)³⁹. Por tanto, en los casos con sospecha de hiperactividad, que presenten un trastorno de lectura asociado, se ha de valorar con precaución las puntuaciones obtenidas.

Por otra parte, la evaluación del niño a partir de los datos recogidos por observadores múltiples—habitualmente los padres y profesores— es de extraordinaria ayuda en el diagnóstico de la hiperactividad infantil. Así, el método más común de cuantificación de la conducta hiperactiva son los cuestionarios completados por padres y profesores. Como se expone en otro epígrafe de esta publicación, existen diversos cuestionarios que se han demostrado útiles para identificar a los niños hiperactivos, y que pretenden cuantificar los síntomas clave de la hiperactividad infantil: el exceso de actividad motora, la inatención, la impulsividad, el comportamiento antisocial y los problemas de conducta. El análisis de la fiabilidad y validez de estas esca-

las, a la luz de los criterios establecidos por el DSM-III, señala que responden más bien a la evaluación de problemas de conducta que a la hiperactividad en concreto. En conjunto, como mencionan Avila y Polaino-Lorente⁴⁰ refiriéndose a las escalas de Connors, no constituyen un criterio suficiente, aunque sí parcialmente necesario, para emitir un juicio diagnóstico.

Igualmente, en el diagnóstico del TDAH, resulta interesante disponer de datos cognitivos, obtenidos mediante alguno de los instrumentos de evaluación que más adelante se expondrán. De esta forma se constatará la existencia de un déficit de atención y de estilos cognitivos y conductuales impulsivos.

Además, las diferentes técnicas de evaluación psicofisiológica constituyen un apoyo valioso en el diagnóstico del TDAH. Con todo, no existen, hasta el momento, patrones claros y distintos, que permitan apoyar el diagnóstico de hiperactividad infantil desde una valoración neurofisiológica. Por otra parte, disponemos de diferentes métodos de cuantificación de la actividad motora, desde la observación directa y su registro en vídeo-tape hasta el empleo de ultrasonidos o de aparatos electromecánicos (actómetros, dispositivos sensibles a la presión, etc.). Estos sistemas representan un apoyo más para el diagnóstico, con la constatación y medición del exceso de actividad motora, en diferentes situaciones.

Finalmente, para completar la valoración diagnóstica, en un niño con sospecha de hiperactividad, es conveniente estudiar su esfera afectiva. La propia entrevista clínica y la aplicación de alguno de los cuestionarios ya señalados permitirá ahondar en este aspecto.

Por lo general, el diagnóstico del TDAH sigue descansando, hasta el momento, fundamentalmente en los datos clínicos. A pesar de esto, los conocimientos actuales sobre este trastorno señalan, cada vez con más claridad, la implicación de varias áreas del saber científico en la correcta comprensión de esta entidad nosológica y, por tanto, en su propio diagnóstico. Tan es así que Rosemberg y su grupo⁴¹ proponen un esquema de valoración de la hiperactividad infantil desde una perspectiva multidisciplinar. Según este esquema, el enfoque diagnóstico del TDAH exige la participación de diferentes especialistas que, desde la valoración de sus respectivas áreas, lleguen a un diagnóstico común. En definitiva, se trata de ahondar en el TDAH para poder establecer criterios diagnósticos más fiables.

BIBLIOGRAFIA

- Jensen PS, Xenakis SN, Shervette RE, Bain MW y Davis H: Diagnosis and treatment of attention deficit disorder in two general hospital clinics. *Hosp Comm Psychiat* 1989, 40 (7):708-712.
- Rutter M: Diagnostic validity in child psychiatry. *Adv Biol Psychiat* 1978, 2:222.
- Lahey BB, Pelham WE, Schaughency EA, Atkins MS, Murphy HA, Hynd G, Russo M, Hartdagen S y Lorys-Vernon A: Dimensions and types of attention deficit disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1988, 27 (3):330-335.
- Cantwell DP y Baker L: Attention deficit disorder with and without hyperactivity: a review and comparison of matched groups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1992, 31 (3):432-438.
- Taylor EA, Schachar R, Thorley C y Wieselberg M: Conduct disorder and hyperactivity: Separation of hyperactivity and antisocial conduct in british child psychiatric patients. *Br J Psychiat* 1989, 149:760-767.
- Weinberg WA y Brumback RA: The myth of attention deficit hyperactivity disorder: symptoms resulting from multiple causes. *J Chil Neurol* 1992, 7:431-461.
- Cabanyes J y Polaino-Lorente A: La atención: análisis e implicaciones clínicas. *Med Clin* 1991, 94:672-676.
- Shaywitz SE y Shaywitz BA: Attention deficit disorder: current perspectives. *Pediatr Neurol* 1987, 3:129-135.
- Prior M y Sanson A: Attention deficit disorder with hyperactivity: a critique. *J Child Psychol Psychiat* 1986, 27:189-304.
- Loiselle DL, Stamm JS, Maitinsky S y Whipple SC: Evoked potential and behavioural sings of attentive dysfunction in hyperactive boys. *Psychophysiol* 1980, 17:193-201.
- Whalen CK: Hyperactivity and psychostimulant treatment. En Lachenmeyer, J.R. & Gibbs, M (eds). *Psychopathology in childhood*. New York: Garner, 1982, 375-402.
- Taylor EA: The overactive child. Oxford. Blackwell Scientific Publications, 1986.
- Borcharding E, Thompson K, Kruesi M, Bartko J, Rapoport JL y Weingartner H: Automatic and effortful processing in attention deficit/hyperactivity disorder. *J Abnor Child Psychol* 1988, 16 (3):333-345.
- Rosenthal RH y Allen TW: Intratask distractibility in hyperkinetic and nonhyperkinetic children. *J Abnor Child Psychol* 1980, 8:175-187.
- Tant JL y Douglas VI: Problem solving in hyperactive, normal and reading-disabled boys. *J Abnor Child Psychol* 1982, 10:285-306.
- Raine A y Jones F: Attention, autonomic arousal and personality in behaviorally disordered children. *J Abnor Child Psychol* 1987, 15 (4):583-559.
- Ault RL, Crawford DE y Jeffrey WE: Visual scanning strategies of reflective, impulsive, fast-accurate and slow-inaccurate children in the Matching Familiar Figures test. *Child Develop* 1972, 43:1412-1417.
- Zelniker T y Jeffrey WE: Reflective and impulsive children: strategies of information processing underlying differences in problem solving. *Mon Soc Res Child Develop* 1976, 168 (5):1-59.
- Firestone P y Martin JE: An analysis of the hyperactive syndrome: a comparison of hyperactive, behavior problem, asthmatic and normal children. *J Abnor Child Psychol* 1979, 7:261-273.
- Seargeant JA y van der Meere J: What happens after hyperactive children commits an error?. *Psychiat Res* 1988, 24:157-164.
- Zentall SS y Zentall TR: Optimal stimulation: a model of disordered activity performance in normal and deviant children. *Psychol Bull* 1983, 94:446-471.
- Douglas VI: Stop, look and listen: the problem of sustained attention and impulsive control in hyperactive and normal children. *Can J Behav Sci*, 1972, 4:259-281.
- Shaffer D, O Connor PA, Shafer SQ y Prupis S: Neurological soft signs: their origins and significance for behavior. En Rutter, M. (ed.). *Developmental neuropsychiatry*. Edimburg. Churchill Livingstone, 1984, 144-164.
- Shafer SQ, Shaffer D, O Connor PA y Stokman CJ: Hard thoughts on neurological soft sings. En Rutter, M. (ed.). *Developmental neuropsychiatry*. Edimburg. Churchill Livingstone, 1984, 133-143.
- Kenny TJ, Clemmens RL, Hudson BW, Lentz GA, Cicci R, y Nair P: Characteristics of children referred because of hyperactivity. *J Pediatr* 1971, 79:618-622.
- Denckla MB y Rudel RG: Anomalies of motor development in hyperactive boys. *Ann Neurol* 1978, 3:231-233.
- Cabanyes J, Polaino-Lorente A y Avila C: Signos neurológicos menores e hiperactividad infantil: ¿un nuevo paso en el avance nosológico?. *An Esp Pediat* 1991, 34 (6):436-440.
- Frank I y Ben-Num Y: Toward a clinical subgrouping of hyperactive and nonhyperactive attention deficit disorder. Results of a comprehensive neurological and neuropsychological assessment. *AJDC*, 1988, 142:153-155.
- Shaywitz SE, Schnell C y Shaywitz BA: Yale Children's Inventory

- (YCI): A newly developed instrument to assess children with attentional deficits and learning problems. I. Scale development and psychometric properties. *J Abnor Child Psychol* 1979, 47:723-233.
30. Biederman J, Munir K, Knee D, Armentano M, Autor S, Waternaux C y Tsuang M: High rate of affective disorders in probands with attention deficit disorder and their relatives: a controlled family study. *Am J Psychiat* 1987, 144:330-333.
 31. Barkley RA: Guidelines for defining hyperactivity in children: attention deficit disorder with hyperactivity. En Lahey B.B. y Kazdin A.E. (eds.). *Advances in clinical child psychology*. New York. Plenum Press, 1982, 5:137-175.
 32. Polaino-Lorente A: Utilidad de las terapias conductuales-cognitivas y de otros procedimientos de intervención psicopedagógica en el tratamiento de la hiperactividad infantil. *Neuropsychol Infant* 1987, 165-184.
 33. Lahey BB, Piantentini JC, McBurnett K, Stone P, Hartdagen S y Hynd G: Psychopathology in parents of children with conduct disorder and hyperactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1988, 27 (2):163-170.
 34. Landau S y Milich R: Social communication patterns of attention-deficit-disordered boys. *J Abnor Child Psychol* 1988, 16 (1):69-81.
 35. Borden KA, Brown RT, Jenkins P y Clingerman SR: Achievement attributions and depressive symptoms in attention deficit-disordered and normal children. *J Sch Psychol* 1987, 25:399-404.
 36. Brown RT, Borden KA, Clingerman SR y Jenkins P: Depression in attention deficit-disordered and normal children and their parents. *Child Psychiat Human Develop* 1988, 18 (3):119-132.
 37. Kaplan BJ, McNicol J, Conte RA y Moghadam HK: Physical signs and symptoms in preschool-age hyperactive and normal children. *J Dev Behav Pediatr* 1987, 8:305-310.
 38. López MN y Narbona J: Batería para el examen de la integración perceptivo-motora en niños del primer ciclo de EGB. *Re Logop Fonoaudiol* 1987, 3:412.
 39. Reed J: Reading achievement as related to differences between WISC verbal and performance IQ's. *Child Develop* 1967, 38:836-840.
 40. Avila C y Polaino-Lorente A: La evaluación de la hiperactividad infantil en el contexto pediátrico. *Act Pediat Esp* 1988, 46 (1):27-36.
 41. Rosenberg MS, Wilson RJ y Legenhausen E: The assessment of hyperactivity in preschool populations: a multidisciplinary perspective. *TECSE*, 1989, 9 (1):90-105.