

Jornadas de Actualización del TDA/TDAH.

Organizadas por ADAHI
Cartagena Noviembre 2006

Concepto - Historia

C. Gómez-Ferrer Górriz

Jefe de Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil.
Servicio Murciano de Salud

¿Qué es realmente el TDAH?

- Es el trastorno de moda, todos conocen. Miles de artículos
- Se recurre a él para explicar:
 - El fracaso escolar.
 - Los trastornos de conducta adolescente.
 - Los conflictos familiares, fruto de malas relaciones interpersonales.
- ¿Es una invención americana para contentar a las fuertes industrias farmacéuticas?
- ¿O de padres que no toleran lo más mínimo a sus hijos?.
- ¿O de profesores a los que es más fácil etiquetar que enseñar?

CONCEPTO

- Grupo heterogéneo de la patología psiquiátrica.
- Etiología multifactorial, indeterminada.
- Caracterizado por hiperactividad, impulsividad y dificultad para sostener la atención.
 - Afecta a toda la conducta del niño.
 - Repercute en todos los ambientes: familiar, escolar y social.
 - Importante problema de salud pública.
 - Requiere un tratamiento eficaz.
 - Intervienen pediatras, psiquiatras, psicólogos, pedagogos.

DESCRIPCION CLINICA

– Son niños mentalmente normales que no pueden fijar su atención ni para oír, ni para comprender ni para responder. Su espíritu salta constantemente de una cosa a otra. No puede dominar sus reacciones, de aquí la desproporción de sus actos. Son los niños llamados “nerviosos” por sus padres e “indisciplinados” por los maestros. Su movilidad física, paralela a la psíquica no resiste ninguna dirección. Se levantan constantemente del pupitre, juegan con todo, se distraen por una mosca que se mueva, pinchan a los compañeros, se burlan de todo y están en constante actividad

• (“Los niños mentalmente anormales” Rodríguez Lafora, 1917)

EVOLUCION HISTORICA

- Se van describiendo casos clínicos.
- Sintomatología referida a la excesiva inquietud, irritabilidad, falta de atención y control motor.
- Síntomas destacados sobre la enfermedad mental básica (oligofrenia, epilepsia, problemas de conducta) o como patología distinta.

NOSOLOGIA

- La heterogeneidad clínica y la no muy bien definida etiología han provocado sucesivos cambios en la denominación y en los criterios diagnósticos. Según los avances en las investigaciones neurológicas y psiquiátricas.

PRIMERA EPOCA (1897-1917)

Descripción clínica

- 1897. Bourneville D. **Niño inestable**
- 1901. Demoor J. **Corea mental**
- 1902. Still F. **Defectos en el control moral**
 - La primera descripción más completa del cuadro
 - Inicio: en los “tempranos años escolares”
 - Sexo: “más en varones que en hembras”
 - Etiología: hereditaria y factores ambientales
- 1905. Boncourt Ph y P. **Inestabilidad motriz y psíquica**
- 1914. Heuyer G. **Trastornos del comportamiento**

SEGUNDA EPOCA (1918-1936)

Hipótesis etiológicas

- 1922. Hohman L. Ebaugh F. **Secuelas de encefalitis letárgica**
- 1923. Sancte de Sanctis. **Causalidad orgánica y psicogénica**
Conflictos de la personalidad en formación” (“Los niños distímicos”)
- 1925. Wallon H. **Afectación subcortical**
- 1925. Streker E; Ebaugh F. **Traumatismos craneales**
- 1930. Gurewitsch M y Ozeretski N. **Constitución inestable**
- 1932. Male P. **Substrato neurológico y condicionamientos sociales.**
- 1934. Kahn E y Cohen L. **Lesiones del tronco cerebral**
 - “Síndrome de impulsividad orgánica”
 - “Signos neurológicos menores”

TERCERA EPOCA (1937-1962)

Investigación etiológica y farmacológica

- 1937. Bradley C. **Anfetaminas (Bencedrina)**
 - En niños con trastornos de conducta.
 - Apoya la base orgánica.
 - Inicio del desarrollo de la Psicofarmacología en la infancia.
- 1942. Srauss A y Werner H. **Daño cerebral mínimo**
 - “Síndrome de Strauss”. “Síndrome de lesión cerebral mínima”
- 1962. Clements S y Peters J. **Disfunción cerebral mínima**
 - Este término fué aceptado en el Congreso de Oxford (1962) y posteriormente en EEUU.
- 1960. Siegler. **Tratamiento con Metilfenidato.**

CUARTA EPOCA (1965-2002)

Clasificaciones Internacionales

- Se van estableciendo categorías diagnósticas, dando más importancia a los síntomas que a la etiología, aunque varía de una a otra el síntoma predominante.

CUARTA EPOCA (1965-2002)

Clasificaciones Internacionales

- 1965. **CIE-8** (OMS)
 - 308.3 Síndrome hiperkinético de la infancia
- 1968. **DSM-II** (APA).
 - Reacción hiperkinética de la infancia
- 1972. **Douglas V** .
 - “Déficit atencional” como criterio diagnóstico
 - Se recoge en las siguientes Clasificaciones
- 1975. **CIE-9** .
 - 314 Síndrome hiperkinético de la niñez
 - 314.0. Perturbación simple de la actividad y de la atención
 - 314.1. Hiperkinesia con retardo del desarrollo.
 - 314.2. Trastorno hiperkinético de la conducta

CUARTA EPOCA (1965-2002)

Clasificaciones Internacionales

- 1980 **DSM-III**. Trastorno por déficit de atención.
 - 314.01 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
 - Atención. Impulsividad. Hiperactividad.
 - 314.00 Trastorno por déficit de atención sin hiperactividad.
 - 314.80 Trastorno por déficit de atención, tipo residual.
- 1987 **DSM-III-R**.
 - 314.01 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

CUARTA EPOCA (1965-2002)

Clasificaciones Internacionales

- 1992. **CIE-10**
 - F90 Trastornos hipercinéticos
 - F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención
 - F90.1 Trastorno hipercinético disocial
- 1994. **DSM-IV**
 - F90 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
 - F90.0 Tipo combinado
 - F90.8 Tipo con predominio del déficit de atención
 - F90.0 Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo

CUARTA EPOCA (1965-2002)

Clasificaciones Internacionales

— 2001. CIE-10-Multiaxial

- F90 Trastornos hipercinéticos
 - F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención
 - F90.1 Trastorno hipercinético disocial

— 2002. DSM-IV-R

- F90 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
 - F90.0 Tipo combinado
 - F90.8 Tipo con predominio del déficit de atención
 - F90.0 Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo



Diagnostico Diferencial

CONCEPTO DE DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Es el que se ha de hacer, ante un caso clínico, entre varios Trastornos que tengan sintomatología semejante, antes de establecer el Diagnóstico definitivo.
- En el TDAH se ha de realizar con casi toda la patología psiquiátrica de la infancia y adolescencia.
- La **hiperactividad** es un síntoma frecuente en los trastornos psiquiátricos y en algunas enfermedades pediátricas.

RECURSOS DIAGNOSTICOS

- Historia Clínica completa y detallada
- Información escolar: aprendizaje y conducta
- Exploración psicológica y psiquiátrica
- Experiencia clínica del médico-psiquiatra

NORMALIDAD

- Hay niños pequeños que son **sobreactivos**
- Hay que valorar la **hiperactividad** propia de cada edad

PROBLEMAS SOCIO-AMBIENTALES

- 1) Medio familiar
 - Desorganizado, caótico, hacinamiento, pobreza.
 - Falta estructura de hábitos: comida, sueño, actividades.
 - Falta de motivación para el estudio.
- 2) Niños víctimas de maltrato, abuso, abandono.
- 3) Niños inteligentes en ambiente escolar poco estimulante.

PROBLEMAS MEDICOS

- 1) Sueño inadecuado: apnea, insomnio, miedos.
- 2) Deficiencias sensoriales: vista, oído.
- 3) Enfermedades dérmicas: picor, desazón.
- 4) Dolor menor persistente.

PROBLEMAS MEDICOS

- 5) Enfermedades endocrinas: hipertiroidismo, diabetes, anemias.
- 6) Epilepsia: ausencias, foco temporal.
- 7) Fármacos: estimulantes, anticomieiales, antipsicóticos, barbitúricos.
- 8) Uso y abuso de Drogas, en adolescencia.

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

- 1)Retraso Mental: moderado y severo.
- 2)Síndrome Frágil-X.
- 3)Tr. específicos del desarrollo: lenguaje, lectura, aprendizaje.
- 4)Trastorno de vinculación.
- 5)Trastorno disocial desafiante y oposicionista.
- 6)Tr. Generalizados del Desarrollo: Autismo. Síndrome de Asperger.
- 7)Trastornos de Tics. Síndrome de Gilles de la Tourette.

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

- 8) Trastornos de ansiedad de la infancia.
- 9) Trastorno Obsesivo Compulsivo.
- 10) Trastorno de estrés postraumático.
- 11) Trastorno de adaptación.
- 12) Trastorno del humor: depresión.
- 13) Trastorno Bipolar.
- 14) Esquizofrenia en adolescencia.

