

El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica

*M. I. Navarro González**

Colegio Público Castilla la Mancha, Albacete.

*D. A. García-Villamizar***

Universidad Complutense de Madrid

Resumen

Lo que actualmente conocemos como Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) ha sido fuente de múltiples denominaciones a través del tiempo. Ya en el siglo XIX diversas fuentes documentales describen determinados comportamientos que pueden ser atribuidos a este trastorno. El objetivo de esta revisión es dar a conocer la historia de lo que conocemos actualmente como TDAH abarcando desde la revolución industrial en la Inglaterra del siglo XIX hasta la actualidad. En su evolución describiremos dos frentes: el europeo, con claro predominio de la psicopatología francesa y el anglosajón, que incluye a todos los países de habla inglesa, aunque con alguna distinción entre la escuela americana y la inglesa. Hoy en día, el concepto de TDAH se encuentra consolidado pero no libre del estudio de posibles modificaciones en función de la taxonomía aplicada y de sus futuras ediciones.

Palabras clave: Atención, evolución histórica, hiperactividad, TDAH.

Abstract

What we know as Attention Deficit Disorder with Hyperactivity (ADHD) has been the source of many denominations over time. Already in the nineteenth century various documentary sources describe behavior that can be attributed to this disorder. The aim of this review is to show the story of what we now know as ADHD, from the industrial revolution in England in the nineteenth century to the present. In its evolution we will describe two fronts: European, with clear predominance of French psychopathology, and the English speaking world, although with some distinction between the American and English school. Nowadays, the definition of

* Correspondencia: Dra. Inmaculada Navarro González. Colegio Público Castilla la Mancha. Albacete. Tlf.: 651924380. Fax: 967616121. E-mail: <navar@ono.com>.

** Sección Departamental de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I. Facultad de Educación. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España.

ADHD is clearer but possible changes may still be studied depending on applied taxonomy and its future editions.

Keywords: ADHD, attention, historical evolution, hyperactivity.

INTRODUCCIÓN

La hiperactividad tiene un desarrollo histórico más bien próximo a nuestra era, ya que la preocupación por este trastorno surgió a comienzos del siglo xx. En su aparición como trastorno clínico, al contrario que sucedió a otros, pesaron más los factores ideológicos que los puramente científicos o clínicos. Alcanzar el alto grado de consenso que hoy existe no ha sido tarea fácil, pues el trastorno fue muy controvertido desde sus orígenes. Resulta muy significativa, en este sentido, la opinión de McBurnett, Lahey y Pfiffner (1993) para comprender la dificultad existente a la hora de operacionalizar unos determinados síntomas y constituirlos como trastorno. A juicio de estos autores, el problema de la terminología y la clasificación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es una cuestión algo desconcertante en el ámbito de la salud mental, pues cada nueva versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) ha incluido una profunda revisión de los criterios acerca del trastorno. En la corta historia de la clasificación de los trastornos mentales, hemos observado una gran movilidad experimentada por los diversos criterios de diagnóstico, pues los criterios presentes en una edición, se modificaban en la siguiente y se retomaban en la última (McBurnett et al., 1993).

Aunque en la actualidad el TDAH configura un cuadro diagnóstico muy conocido y popularizado, no siempre ha sido así. Buena prueba de esta afirmación es que los manuales de psiquiatría infantil más reconocidos apenas tomaron en consideración este trastorno. El clásico manual de Leo Kanner, en su última edición de 1957, no incluía esta patología como entidad diagnóstica. En otro texto de psicopatología infantil, obra de Johnson y Medinnus del año 1969, el término aparece citado en sólo dos de un total de 657 páginas. Un texto muy prestigioso de psicología experimental infantil de Reese y Lipsitt del año 1970 no citó los déficits de atención, a pesar de que dedicó un capítulo a los procesos atencionales. Que sepamos, la primera referencia formal al problema en Europa apareció en 1956 con el nombre de Trastorno Hiperkinético en el Manual de Psiquiatría general de Hoff. En EE.UU. ya se tenían noticias de la existencia de este problema desde principios de siglo de la mano de James (1883/1890) y Spearman (1937). Con todo, el discurrir conceptual del trastorno a uno y otro lado del Atlántico fue diferente y este desajuste tuvo hondas repercusiones en su categorización clínica, tal como veremos a continuación.

En la conceptualización de lo que actualmente conocemos como TDAH (ver Tabla 1) se han observado dos frentes: el europeo, con claro predominio de la psicopatología francesa y el anglosajón, que incluye a todos los países de lengua inglesa, aunque con alguna distinción entre la escuela americana y la inglesa. En el primero de ellos, tanto en Francia como en Alemania, predomina el tono moralista y la descripción de los síntomas se hace desde el punto de vista pedagógico, con mayor énfasis en la comprensión del problema que en su explicación científica. En el ámbito científico anglosajón, y sobre todo en Estados Unidos, el concepto de TDAH que conocemos actualmente evolucionó más desde el punto de vista médico y biológico. En los párrafos que siguen, analizamos con mayor detalle esta evolución, distinguiendo entre la investigación psicológica, concentrada en la sintomatología conductual y la respuesta psicoeducativa y la médica, centrada en la búsqueda de la causalidad física y el tratamiento farmacológico.

PRIMERAS IDENTIFICACIONES DEL SÍNDROME

Antecedentes en la investigación psicológica

Hay constancia de que los síntomas típicos del TDAH fueron descritos en 1845 por el psiquiatra alemán Heinrich Hoffman. Hoffman reflejó sus ideas en la obra «Struwwelpeter», formada por 10 historias breves sobre diversos problemas psiquiátricos de la infancia y la adolescencia. Los síntomas típicos de la hiperactividad y los déficits de atención están tratados en «The Story of Fidgety Philip». Una de las ilustraciones del libro muestra a un niño que no puede mantenerse quieto en la mesa pese a las indicaciones de sus padres. En la descripción que Hoffman realizó de este niño están reflejados algunos de los síntomas que hoy en día se contemplan en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) para el cuadro de TDAH (en el manual de la OMS se contempla como Trastorno Hiperactivo).

Es de destacar que Hoffman publicó estas manifestaciones en un libro para niños, lo que pone de relieve que el autor no consideraba estos comportamientos como un trastorno en sí mismo, si bien observó muchos detalles que hoy en día pueden aclarar el establecimiento de un diagnóstico. Probablemente la descripción de estos comportamientos no pretendía más que ejemplificar a los niños como no debían comportarse.

También en Alemania, Demoor (1901), en sus obras sobre educación infantil, dio el nombre de «Corea Mental» al problema que presentaban algunos niños caracterizados por: (a) Cambios bruscos en el estado de ánimo, (b) déficits en los mecanismos de inhibición conductual y atención sostenida, (c) necesidad constante de movimiento y

de cambios en su entorno inmediato y estimular. En estos trabajos no se diferencia la hiperactividad como síndrome de la hiperactividad como síntoma.

Por otra parte, en Francia, Bourneville (1897), describió en su libro sobre tratamiento médico-pedagógico a un tipo de niños con déficits importantes a nivel cognitivo e intelectual. Se trataba de niños con inquietud psicomotora, inatentos, desobedientes, indisciplinados, aunque susceptibles de manejar correctamente por las personas de su entorno con las que mantenían relaciones de afecto.

Siguiendo esta línea centrada en los aspectos conductuales adaptativos, destacan los trabajos de Boncour en 1905 y de Durot en 1913, ambos en Francia. Boncour describió al escolar inestable como aquel estudiante con dificultades de aprendizaje debido a su incapacidad para fijar su atención sea para escuchar, responder y comprender. Este autor introdujo el aspecto neuropsicológico de los trastornos específicos cuando afirma que pueden ser brillantes en algunas áreas y nulos en otras. Hay que tener presente que en estos casos iniciales no sólo se incluía a niños con discapacidad intelectual sino también a niños afectados por el trastorno del autismo y por otros trastornos del desarrollo. Durot, uno de los pioneros en diferenciar síntoma y síndrome, sostuvo que la hiperactividad es un síntoma propio de los niños con retraso mental, anemia, alteraciones digestivas, cardíacas, epilepsia y corea. Además de estos dos autores podemos reseñar a Dupré (1909) que consideró la hiperactividad como algo constitucional, manifestación de un desequilibrio motor congénito y que 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.

El primer autor que atribuye a la hiperactividad la etiqueta de síndrome es Heuyer (1914), en su tesis «Los niños anormales y los delincuentes juveniles». Heuyer habla de la asociación de un determinado número de síntomas como el déficit de atención, la hiperactividad, el comportamiento perverso, así como de un pronóstico que conduce a estos niños hasta la delincuencia.

El estudio pionero en introducir variables de tipo neurocognitivo es el de Vermeulen, en 1926. Este autor propuso dos categorías de niños: los armónicos y los disarmónicos. Los niños con hiperactividad (dentro del grupo de los disarmónicos) obtendrían unos resultados más pobres en las pruebas que miden concentración, y algo mejores en las que miden memoria, razonamiento e imaginación.

En 1930 Kramer y Pollnow describen, en una muestra de 15 niños, un síndrome caracterizado por problemas de articulación en el habla, distraibilidad e inquietud extrema. Lo denominaron «Trastorno Hiperkinético» y lo clasificaron dentro de la psicosis infantil que usualmente tenía un origen desconocido. Este trastorno era susceptible de distinción de otros trastornos como la esquizofrenia o el infantilismo demente.

Wallon es uno de los psicólogos franceses más importantes que investiga el desarrollo infantil. Describe, a partir de su tesis doctoral, los estadios del desarrollo psicomotor:

el impulsivo, el emotivo, el sensoriomotor y el proyectivo (Wallon, 1925). Pasar por estos estadios es la única forma de llegar a tomar conciencia de sí mismo y de adquirir una inteligencia práctica. La hiperactividad, para este investigador, representaría una parada del desarrollo psicomotor en alguno de los anteriores estadios.

Antecedentes en el ámbito médico

En la cultura anglosajona se pueden encontrar ya referencias a las perturbaciones conductuales de los niños en los escritos de Crichton (1798), Maudsley (1867), Clouston (1899), Ireland (1877) y de otros autores de mediados del siglo XIX. Crichton introdujo el término «mental restlessness» que hace referencia a la incapacidad de atender con el grado necesario de constancia dando una imagen de inquietud. La hiperexcitabilidad como posible precursora de la hiperactividad fue descrita por Clouston. Este autor argumentaba que el Trastorno de Hiperexcitabilidad surge de una excesiva reactividad cerebral a los estímulos emocionales y mentales; sostenía además, que este trastorno es debido a alguna disfunción en el cortex cerebral. Sin embargo, las descripciones más precisas son las de Still y Tredgold a comienzos de la pasada centuria y que sellaron el comienzo de la historia moderna de la hiperactividad. En 1902, Sir George Frederick Still (1868-1941), un pediatra y a la sazón, el primer profesor de pediatría del King's College Hospital de Londres, autor muy conocido por su descripción de la artritis reumatoide crónica que lleva su nombre (enfermedad de Still), definió, en una serie de tres conferencias pronunciadas en el King's College de Londres, un síndrome caracterizado por elevada agresividad, conducta desafiante, resistencia a la disciplina, exceso de actividad, labilidad emocional, dificultad para concentrarse y una reducida capacidad de control inhibitorio, en referencia a las historias de 20 casos clínicos por él consultadas. Still atribuyó esta conducta desordenada a un «defecto del control moral» causado por alguna alteración biológica bien sea innata o adquirida durante el período prenatal o postnatal. Alfred T. Tredgold (1908) continuó con esta línea de argumentos al señalar que la causa de estas conductas desordenadas reside en el daño cerebral adquirido durante el periodo perinatal.

Los años 30 terminaron con un descubrimiento que aún en nuestros días sigue teniendo cierta utilidad. En el Emma Pendleton Bradley Home (Rhode Island, EE.UU.) Charles Bradley descubrió que derivados anfetamínicos (*benzedrine*) resultaban eficaces para mejorar la atención y el comportamiento de los niños hiperactivos. Bradley y colaboradores publicaron los primeros resultados entre 1937 y 1941 (Bradley, 1937; Bradley y Bowen, 1940, 1941; Bradley y Green, 1940). Desde el punto de vista etiológico hay que apuntar los hallazgos de Kahn y Cohen (1934). Estos autores describieron a tres pacientes cuya condición clínica estaba marcada por unos movimientos voluntarios bruscos y torpes, hipercinesia e incapacidad para permanecer quietos. Según ellos, estos

síntomas fueron secundarios a uno central de anormalidad comportamental e hiperactividad que podía ser atribuido a un defecto congénito en el sistema de modulación de la actividad del tallo cerebral. Fernier (1876) observó que la ablación del lóbulo frontal en los monos produce excesiva inquietud motora y pobre concentración. En el mismo sentido, Blau (1936) y Levin (1938), coincidiendo con él, observan, en los niños hiperactivos, un comportamiento similar al que muestran los primates que han sufrido una ablación en el lóbulo frontal.

Hasta 1950, el TDAH se asociaba al «daño cerebral infantil». Entre los niños que sobrevivieron a la epidemia de encefalitis letárgica (enfermedad neurológica con variedad de presentaciones clínicas que incluye la forma hiperkinética) de los años 1917 y 1918 en Norteamérica y Europa, los clínicos observaron un «trastorno conductual postencefalítico» que vincularon al síndrome de Still. Disfunciones cognitivas, especialmente de memoria; problemas atencionales, impulsividad, dificultad para regular el comportamiento eran algunos de los síntomas asociados a este trastorno. Apoyados en los trabajos que se fueron realizando con estos niños y otros con lesiones cerebrales o enfermedades del sistema nervioso central (SNC), Strauss y colaboradores (Strauss y Kephart, 1955; Strauss y Lehtinen, 1947;) acuñaron el término «Síndrome de daño cerebral infantil». Posteriormente se observó que los problemas atencionales y comportamentales que sufrían estos niños no siempre eran debidos a discapacidades psíquicas o lesiones cerebrales evidentes y el término empleado pasó a ser el de «Daño Cerebral Mínimo» que, con el tiempo, a falta de evidencias en la exploración neurológica se convirtió en «Disfunción Cerebral Mínima» (DCM) (Burks, 1960; Mackeith y Bax, 1963; Paine, Werry y Quay, 1968). Este término ha persistido en el ámbito psiquiátrico y neurológico en paralelo a los cambios en las denominaciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (Bello, Allen y Mayfield, 2008; Boucugnani y Jones, 1989; Makris et al. 2007; Robertson, 2000; Spencer, Biederman y Mick, 2007).

El periodo entre 1950 y 1970 está considerado como la «edad de oro de la hiperactividad» (Barkley, 1998). En el campo médico, durante la década de los 50, los avances técnicos permitieron concretar el daño estructural (Winkler, Dixon y Parker, 1970) y el término DCM se afianzó (Chalfant y Scheffelin, 1969; Clements, 1966). Con la llegada de la psicobiología, la hiperactividad es vista como un problema psicobiológico que requiere tratamiento psicofarmacológico. Laufer, Denhoff y Solomons (1957), administrando metrazol e induciendo a través de estímulos luminosos (flashes) la presencia de estados cuasi-epilépticos en niños normales y con alteración clínica, concluyeron que los niños con hiperactividad presentaban un déficit en el área talámica del SNC: fallaba el sistema de filtraje de la información sensorial y las áreas corticales de estos niños recibían excesiva estimulación. Debido al incumplimiento de la nor-

mativa ética, este estudio no ha sido replicado pero ha tenido una gran influencia en posteriores teorías de base médica.

En los años 60, el término DCM se convierte en un cajón de sastre, donde más de 100 trastornos tienen cabida. En la «escuela norteamericana» el término cayó en desuso y cada vez es más evidente que los signos neuropsicológicos menores detectados en trastornos de conducta y de aprendizaje están ampliamente distribuidos entre la población normal. En concreto, Herbert (1964) y Birch (1964) cuestionan el hecho de que si el daño cerebral causa problemas de comportamiento, entonces todos los niños con problemas de comportamiento deberían tener daño cerebral, aunque no haya evidencia psíquica que apoye la presencia de dicho daño.

PERSPECTIVA MÁS RECIENTE

A raíz de un artículo de Chess (1960), el exceso de actividad pasó a primer plano y se perfiló claramente el Trastorno Hiperactivo. Esta autora redefinió la hiperactividad como el trastorno de conducta de un niño que está constantemente en movimiento o que presenta tasas de actividad y precipitación más elevadas de lo normal o ambos. La acentuación de la hiperactividad hizo que se olvidase la DCM y, dejando atrás los postulados psicoanalistas, se alejara a los padres de la culpabilidad de la conducta de sus hijos. Stella Chess difiere de sus predecesores en que considera el pronóstico de la hiperactividad como razonablemente bueno, creyéndolo resuelto en la pubertad en la mayoría de los casos. Las investigaciones apuntan a que, en prácticamente la totalidad de los casos, este trastorno es debido a una «hiperactividad fisiológica» que puede estar asociada con retraso mental, esquizofrenia, daño cerebral orgánico o alteraciones cromosómicas (Warren, Karduck, Bussaratid, Stewart y Sly, 1971). La «escuela británica» sigue más reticente a los cambios y continúa bajo la influencia del modelo médico (ver Sandberg y Barton, 2002).

En la década de los 70, los déficits de atención se antepusieron a la hiperactividad. Es una década muy fructífera en investigaciones, edición de manuales, aparición de publicaciones especializadas, etc. El concepto se popularizó y se extendió al ámbito social y escolar, se difundió en los medios de comunicación, se crearon muchas asociaciones de padres afectados, etc. La esencia de este periodo es que los trastornos que hasta ahora se habían considerado asociados: limitada capacidad atencional, baja tolerancia a la frustración, distraibilidad e impulsividad pasan a primer lugar en detrimento del exceso de actividad motora, la torpeza, las disfunciones cognitivas graves o incluso las posibles lesiones o enfermedades asociadas. En este sentido, los trabajos de Virginia Douglas y de su grupo de la Universidad de McGill fueron decisivos para acuñar los términos de Trastorno por Déficit de Atención (TDA) con o sin hiperactividad (Douglas, 1972). Durante este periodo se popularizó la idea de que la hiperactividad

era debida a una reacción alérgica a determinados alimentos, particularmente aditivos (Feingold, 1975).

La década de los 80 arrancó bajo la influencia de los trabajos de Douglas. Los términos que ella acuñó son asumidos por el DSM-III de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1980). Entramos así en el periodo de desarrollo de los criterios de investigación y procedimientos de evaluación estandarizados. El DSM-III reconoció ya una subdivisión del trastorno en «Déficit de Atención con o sin Hiperactividad». Sin embargo, en la edición revisada (DSM-III-TR) del año 1987 sólo se estipularon criterios diagnósticos para el «Déficit de Atención con Hiperactividad» y el «Déficit de Atención sin Hiperactividad» no se reconoció como entidad clínica, quedando relegado a una categoría mínimamente definida («Déficit de Atención indiferenciado»). Al DSM-III se le acusó de presentar dos trastornos diferenciados de manera apresurada, el Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad (TDA+H y TDA-H). Tal vez por ello, el DSM-III-TR mantuvo el TDAH como una categorización unidimensional, precisamente en un momento en el que había datos consistentes que avalaban la presencia de un TDA sin hiperactividad diferenciado (Barkley, Grodzinsky y DuPaul, 1992). La fuerte polémica suscitada por estos diferentes criterios diagnósticos sirvió para promover sistemas más fiables de diagnóstico. Su predecesor, el DSM-II (APA, 1968), hablaba de la «Reacción Hiperkinética de la Infancia» haciendo énfasis en el aspecto motor del cuadro. No se contemplaban los aspectos cognitivos, contrariamente a lo que sucederá con el DSM-III. La OMS, en la novena versión de su propio sistema taxonómico, la CIE-9 (1975), continúa con el término de «Trastorno Hiperkinético de la infancia» no queriendo recoger la conceptualización de la hiperactividad que asume el manual de los psiquiatras americanos. Los subtipos de TDAH, al final de este periodo, trascienden la polémica centrada en atención e hiperactividad e incluyen la agresividad, el negativismo, el déficit cognitivo y las alteraciones en el lenguaje, la memoria, la inteligencia, etc. (Anastopoulos, 2001).

Los años 90 son, según Barkley (1998), la década de la neuroimagen, la genética y el TDAH en adultos. Actualmente las vías más importantes de investigación son la neurobiológica y la genética, considerando una infra-activación cortical y una disfunción ejecutiva (Nigg, 2006). El DSM-IV (APA, 1994/2000) sólo utiliza la denominación «Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad» y con relación al predominio de síntomas distingue tres subtipos: (a) Subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo, (b) Subtipo predominantemente inatento y (c) Subtipo combinado.

En la nueva edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), esperada para 2012, sería factible plantear la unificación de los subtipos combinado e inatento desde un punto de vista cognitivo. Hasta entonces, con el fin de aportar conclusiones válidas a la edición de dicho manual, las futuras investigaciones deberían seguir trabajando en la concreción de los perfiles cognitivos de cada uno de

los subtipos (Barkley, 2009). La inclusión de muestras más amplias y de carácter clínico así como la inclusión de criterios más estrictos en la delimitación de dichos subtipos pueden ayudar en este sentido. Por otra parte, sabemos que todos los modelos teóricos coinciden en afirmar que el TDAH es un trastorno del desarrollo cuya sintomatología varía a lo largo del tiempo y persiste hasta la edad adulta (Barkley, Fischer, Smallish y Fletcher, 2006; Barkley y Gordon, 2002; Barkley, Murphy y Bush, 2001; Kessler et al. 2005). Desde este punto de vista, la cuestión clave estribaría en la realización de investigaciones longitudinales que muestren las disfunciones cognitivas, ejecutivas, comportamentales, etc. desde la perspectiva de la psicología evolutiva (Alarcon et al. 2002; Charney et al. 2002; Pine et al. 2002; Rounsaville et al. 2002).

TABLA 1
Síntesis histórica de la evolución del concepto de hiperactividad

AÑO	AUTOR	REFERENCIA
PRIMERAS EXPLICACIONES MÉDICAS		
1902	Still	Defecto del control moral.
1908	Tredgold	Enfermedad neuropática.
1909	Dupré	Manifestación de un desequilibrio motor congénito.
1922	Hoffman	Secuelas de la encefalitis letárgica.
1936	Blau	Lesiones en el lóbulo frontal.
1938	Levin	Lesiones en el lóbulo frontal.
1957	Laufer, Denhoff y Solomons	Déficit en el área talámica del SNC.
TRASTORNO HIPERCINÉTICO		
1867	Maudsley	Perturbaciones conductuales.
1877	Ireland	Perturbaciones conductuales.
1897	Bourneville	Inquietud psicomotora, inatención, indisciplina, desobediencia.
1899	Clouston	Perturbaciones conductuales.
1901	Demoor	Corea mental.
1905	Boncour	Escolar inestable.
1913	Durot	Pionero en diferenciar síntoma y síndrome.
1914	Heuyer	La hiperactividad como síndrome.
1923	Vermeulen	Pionero en introducir variables de tipo neurocognitivo.
1930	Kramer y Pollnow	Trastorno Hiperkinético.
1934	Kahn y Cohen	Síndrome de impulsividad orgánica.

1947	Strauss y Lehtinen	Síndrome de daño cerebral infantil.
1956	Hoff	Trastorno Hiperkinético.
1960	Chess	Trastorno Hiperkinético.
1968	DSM-II	Reacción Hiperkinética de la infancia.
1972	Douglas	Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad.
1975	CIE-9	Trastorno Hiperkinético de la infancia.
1980	DSM-III	Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad.
1987	DSM-III-TR	Déficit de Atención con Hiperactividad.
1992	CIE-10	Trastorno de la Actividad y de la Atención (en Trastornos Hiperkinéticos).
1994/2000	DSM-IV	TDAH.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcon, R.D., Alegria, M., Bell, C. C., Boyce, C., Kirmayer, L.J., Lin, K.M., López, S., Üstün, B. y Wisner, K.L. (2002). Beyond the Funhouse mirrors: agenda on culture and psychiatry diagnosis. En D. J. Kupfer, M. B. First, y D. A. Regier (Eds.), *A research Agenda for DSM-V* (pp. 219-281). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Version IV Text Revision: American Psychiatric Press.*
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2ª ed.). Washington, DC: Autor.
- Anastopoulos, A.D. (2001). *Assessing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. Hingham, M.A., U.S.A.: Kluwer Academic Publishers.
- Barkley, R. A. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Revista de Neurología*, 48(2), 101-106.
- Barkley, R. A. (1998). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Scientific American*, 179, 44-49.

- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L. y Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(2), 192-202.
- Barkley, R.A. y Gordon, M. (2002). Research on comorbidity, adaptive functioning, and cognitive impairments in adults with ADHD: Assessment and Intervention. En S. Goldstein y A. T. Ellison, *Clinician's Guide to Adult ADHD* (pp. 43-69). California (USA): Elsevier Science.
- Barkley, R. A., Grodzinsky, G. y DuPaul, G. J. (1992). Frontal lobe functions in Attention Deficit Disorder with and without Hyperactivity: A review and research report. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 163-188.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R. y Bush, T. (2001). Time perception and reproduction in young adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Neuropsychology*, 15(3), 351-360.
- Bello, D. T., Allen, D. N. y Mayfield, J. (2008). Sensitivity of the children's category test level 2 to brain dysfunction. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23, 329-339.
- Birch, H. G. (1964). *Brain damage in children. The biological and social aspects*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Blau, A. (1936). Mental changes following head trauma in children. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 35, 722-769.
- Boncour, P. (1905). *Les anomalies mentales chez les écoliers. Étude médico-pédagogique*. Paris: Alcan.
- Boucugnani, L.L. y Jones, R.W. (1989). Behaviors analogous to frontal lobe dysfunction in children with Attention Déficit Hyperactivity Disorder. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 4, 161-173.
- Bourneville, E. (1897). *Le traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie*. Paris: Alcan.
- Bradley, C. (1937). The behavior of children receiving benzedrine. *American Journal of Psychiatry*, 94, 577-585.
- Bradley, C. y Bowen, M. (1941). Amphetamine (benzedrine) therapy of children's behavior disorders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 11, 92-103.
- Bradley, C. y Bowen, M. (1940). School performance of children receiving amphetamine (benzedrine) sulphate. *American Journal of Orthopsychiatry*, 10, 782-788.
- Bradley, C. y Green, E. (1940). Psychometric performance of children receiving amphetamine (benzedrine sulphate). *American Journal of Psychiatry*, 97, 388-394.
- Burks, H.F. (1960). The hyperkinetic child. *Journal of Exceptional Children*, 27, 18-26.
- Chalfant, J.C. y Scheffelin, M.A. (1969). *Central processing dysfunction in children: a review of research* (Monografía, nº 9). National Institute of Neurological Diseases and Stroke. Washington, D.C.: Government Printing Office.

- Charney, D.S., Barlow, D.H., Botteron, K., Cohen, F.D., Goldman, D., Gur, R.E., Lin, K.M., Lopez, J.F., Meador-Woodruff, J.H., Moldin, S.O., Nestler, E.F., Watson, S.F. y Zalcman, S.F. (2002). Neuroscience research agenda to guide development of a pathophysiologically based classification system. En D. J. Kupfer, M. B. First y D. A. Regier (Eds.), *A research Agenda for DSM-V*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Chess, S. (1960). Diagnosis and treatment of the hyperactive child. *New York State Journal of Medicine*, 60, 2379-2385.
- Clements, S.D. (1966). *Minimal brain dysfunction in children: Terminology and identification: Phase one of a three-year project* (Monografía, nº 3). Washington, D.C.: National Institute of Neurological Diseases and Blindness. Department of Health, Education and Welfare.
- Clouston, T.S. (1899). Stages of over-excitability, hypersensitiveness, and mental explosiveness in children and treatment by the bromides. *Scottish Medical and Surgical Journal*, IV, 481-490.
- Crichton, A. (1798). *An inquiry into the nature and origin of mental derangement: comprehending a concise system of physiology and pathology of the human mind and history of the passion and their effects* (Vol.1). Londres: Printed for T. Cadell Jr. y W. Davies in the Strand.
- Demoor, J. (1901). *Die anormalen kinder und ihre erziehbliche behandlung in haus und schule*. Altenberg.
- Douglas V. (1972). Stop, Look and Listen: the problem of sustained attention and impulsive control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 4(4), 259-282.
- Dupré, E. (1909). Mythomanie infantile. Un cas de fugue suivie de fabulation. *Encephale*, 8, 117-126.
- Durot, H. (1913). *Les arriérés scolaires. Conférences médico-pédagogiques*, Paris: Nathan.
- Feingold, B. (1975). *Why your Child is hyperactive*. New York: Random House.
- Fernier, D. (1876). *The functions of the brain*. New York: Putnam.
- Herbert, M. (1964). The concept and testing of brain damage in children: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 5, 197-217.
- Heuyer, G. (1914). *Enfants anormaux et délinquants juvéniles*. Tesis de Medicina, Paris.
- Hoff, H. (1956). *Lehrbuch der psychiatry*, vol. II. Basel: Benno Schwabe.
- Hoffman, H. (1845). *Der Struwwelpeter*. Frankfurt: Literarische Anstalt.
- Ireland, W.E. (1877). *On idiocy and imbecility*. London: Churchill.
- James, W. (1983/1890). *The principles of psychology*. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.

- Johnson, R.C. y Medinnus, G.R. (1969). *Child Psychology: Behavior and Development* (2nd ed). New York: Wiley.
- Kahn, E. y Cohen, L.H. (1934). Organic drivenness. A brain stem syndrome and an experience with case reports. *New England Journal of Medicine*, 210, 748-756.
- Kanner, L. (1957). *Child Psychiatry* (3rd ed). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Kessler, R.C., Adler, L.A., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C.K., Faraone, S.V., Greenhill, L.L., Jaeger, S., Secnik, K., Spencer, T., Üstün, T.B. y Zaslavsky, A.M. (2005). Patterns and predictors of Attention Deficit Hyperactivity Disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1442-1451.
- Kramer, F. y Pollnow, H. (1930). Hyperkinetische zustandsbilder im kindesalter. Berliner gesellschaft für psychiatrie und nervenkrankheiten sitzung. *Zentralbl Gesamte Neurol Psychiatr*, 57, 844-845
- Laufer, M., Denhoff, E. y Solomons, G. (1957). Hyperkinetic impulsive disorder in children's behavior problems. *Psychosomatic Medicine*, 19, 38-49.
- Levin, P.M. (1938). Restlessness in children. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 39, 764-770.
- Mackeith, R.C. y Bax, M.C.O. (1963). *Minimal cerebral dysfunction. Papers from the International Study Group held at Oxford, September 1962*. Little Club Clinics in Development Medicine, nº 10. London: Heinemann.
- Makris, N., Biederman, J., Valera, E.M., Bush, G., Kaiser, J., Kennedy, D.N., Caviness, V.S., Faraone, S.V. y Seidman, L.J. (2007). Cortical thinning of the attention and executive function networks in adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Cerebral Cortex*, 17(6), 1364-1375.
- Maudsley, H. (1867). *The Psysiology and pathology of the mind*. London: Macmillan.
- McBurnett, K., Lahey, B.B. y Pfiffner, L.J. (1993). Diagnosis of attention deficit disorders in DSM-IV: Scientific basics and implications for education. *Exceptional Children*, 60(2), 107-117.
- Nigg, J.T. (2006). *What causes ADHD? Understanding what goes wrong and why*. New York (USA): Guilford Press.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (1975). *CIE-9: Novena revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Meditor.
- Paine, R., Werry, J. y Quay, H. (1968). A study of minimal cerebral dysfunction. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 19, 505-520.

- Pine, D.S., Alegria, M., Cook, E.H. Jr., Costello, E.J., Dahl, R.E., Koretz, D., Merikangas, K.R., Reiss, A.L. y Vitiello, B. (2002). Advances in developmental science and DSM-V. En D. J. Kupfer, M. B. First y D. A. Regier (Eds.), *A research Agenda for DSM-V* (pp. 85-122). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Reese, H.W. y Lipsitt, L.P. (1970). *Experimental Child Psychology*. London: Academic Press.
- Robertson, M.M. (2000). Tourette syndrome, associated conditions and the complexities of treatment. *Brain*, 123, 425-462.
- Rounsaville, B.J., Alarcon, R.D., Andrews, G., Jackson, J.S., Kendell, R.E. y Kendler, K. (2002). Basic nomenclature issues for DSM-V. En D. J. Kupfer, M. B. First y D. A. Regier (Eds.), *A research Agenda for DSM-V* (pp. 1-29). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Sandberg, S. y Barton, J. (2002). Historical development. En Sandberg, S. (Ed.), *Hyperactivity and Attention Disorders of Childhood*. West Nyack, NY, USA: Cambridge University Press.
- Spearman, C. (1937). *Psychology down the ages (1)*. London: Macmillan.
- Spencer, T.J., Biederman, J. y Mick, E. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, Comorbidities, and Neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 631-642.
- Still, G.F. (1902). Some abnormal psychical conditions in children: a coulstonian lectures. *Lancet*, 1, 1008-1012.
- Strauss, A.A. y Kephart, N.C. (1955). *Psychopathology and education of the brain-injured child. Vol. 2: Progress in theory and clinic*. New York: Grune and Stratton.
- Strauss, A.A. y Lehtinen, L.E. (1947). *Psychopathology and education of the brain injured child*. New York: Grune & Stratton.
- Tredgold, A.F. (1908). *Mental deficiency (Amentia)*. New York: W. Wood.
- Vermeulen, G. (1926). *Los débiles mentales*. Madrid: Hernando.
- Wallon, H. (1925). *L'enfant turbulent*. Paris: Alcan.
- Warren, R.J., Karduck, W.A., Bussaratid, S., Stewart, M.A. y Sly, W.S. (1971). The hyperactive child syndrome. Normal chromosome findings. *Archives of General Psychiatry*, 24(2), 161-162.
- Winkler, A., Dixon, J. y Parker, J. (1970). Brain function in problem children and controls: Psychometric, neurological, electroencephalographic comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 127, 634-645.

Artículo recibido: 11-03-10

Artículo aceptado: 16-06-10