



PREHISTORIA DEL TDAH: ADITIVOS PARA UN DIAGNÓSTICO INSOSTENIBLE THE PREHISTORY OF ADHD: ADDITIVES FOR AN UNTENABLE DIAGNOSIS

Fernando García de Vinuesa Fernández

Investigación privada

Para defender la validez diagnóstica del TDAH la literatura especializada emplea generalmente un argumento histórico, según el cual dicha validez resultaría indiscutible debido al hecho de que diversas fuentes médicas hablaban ya del TDAH hace varios siglos; esto demostraría que el TDAH no es una creación de nuestro tiempo. Sin embargo, al investigar esas mismas fuentes históricas, se puede comprobar lo injustificado de ese argumento, que contribuye aún más al descrédito de este constructo psiquiátrico tan controvertido. Se analizan en el presente artículo tres "hitos" de la llamada historia o prehistoria del TDAH: Alexander Crichton, Heinrich Hoffmann y George F. Still. El TDAH, al contrario de lo que defiende la literatura dominante, es un invento moderno, y el uso de los argumentos históricos revela su mítica base teórica y una escasez de argumentos que debería ser muy alarmante, debido al número de niños diagnosticados y medicados de TDAH.

Palabras clave: TDAH, Prehistoria, Inquietud mental, Der Struwwelpeter, Defecto mórbido de control moral.

In order to defend the diagnostic validity of ADHD, the specialized literature usually uses a historical argument, according to which its validity is unquestionable due to the fact that a number of medical sources have referred to ADHD for several hundred years. This proves that ADHD is not a contemporary creation. However, when investigating those same historical sources it is possible to prove that these arguments are unfounded, which contributes even more to undermine this highly controversial psychiatric construct. This paper analyzes the three classic "milestones" of the so-called history or prehistory of ADHD: Alexander Crichton, Heinrich Hoffmann and George F. Still. Contrary to the claims of the dominant literature, ADHD is a modern invention, and the use of these historical arguments reveals its mythical theoretical basis and lack of supporting arguments, which should be a cause for serious concern, due to the number of children being diagnosed and medicated for ADHD.

Key words: ADHD, Prehistory, Mental restlessness, Der struwwelpeter, Morbid defect of moral control.

En 1980 la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) estimó que el niño que *a menudo se distrae con facilidad, tiene dificultades para concentrarse en sus deberes, hay que llamarle la atención en casa con frecuencia o se sube a los muebles*, estaba mostrando síntomas de trastorno mental. Esta opinión pudo haber tenido poco recorrido, dado que justamente esos comportamientos servirían muy bien para definir la propia infancia. Pero el dictamen de la APA entró a formar parte de la tercera edición de su *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, el DSM III, razón suficiente para que naciera el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (DSM, 1983).

El nuevo diagnóstico trajo consigo una controversia difícil de sofocar. ¿Cómo es que, entre otras cosas no menos chocantes, los síntomas del niño afectado de TDAH —según la APA— "pueden no ser observables directamente por el clínico" (APA, 1983)? Y es que dada la

propia definición del TDAH —un listado de comportamientos que aunque molestan no dejan de ser típicos de muchos niños sanos (la *síntomatología asociada* incluía juicios tan subjetivos como: "obstinación, testarudez, negativismo, chabacanería, fanfarronería... y falta de respeto a la disciplina")— la idea del TDAH como diagnóstico válido ha sido "potente y destructivamente criticada" (e.g. Shaffer, 1980; Sandberg, 1981; Rutter, 1983; Prior y Sanson, 1986; citado por Sagvolden y Archer, 1989) desde su creación. Dichas críticas, sin embargo, no han impedido que el TDAH se convierta en "la enfermedad psiquiátrica más frecuente en edad escolar" (San Sebastián, Soutullo y Figueroa, 2010, p. 76).

Treinta y seis años después de la creación del TDAH, la APA sigue manteniendo el diagnóstico en su actual DSM 5: *comete errores por descuido en tareas escolares, no termina tareas escolares, tiene dificultad para organizar tareas escolares, se muestra poco entusiasta en hacer los deberes escolares, se distrae con facilidad con estímulos externos, olvida hacer los deberes, se levanta en clase* (APA, 2013). La APA apuesta por una definición de TDAH que recuerda mucho a algo así como ir mal en el colegio, independientemente del motivo.

Recibido: 21 noviembre 2016 - Aceptado: 25 enero 2017
Correspondencia: Fernando García de Vinuesa Fernández. Calle África 22 1º H. 28863 Madrid. España.
E-mail: fgarcia Devinuesa@outlook.com



¿Cómo un diagnóstico, cuya validez se desmonta en unos cinco segundos (Whitaker, 2016), ha llegado a convertirse en el más popular entre los diagnósticos infantiles? Y lo que es aún más urgente de resolver, ¿cómo el tratamiento diario con anfetaminas y otras potentes drogas estimulantes, en niños cuyos cerebros aún se están formando, puede encontrar su justificación en este diagnóstico?

SU CARTA DE PRESENTACIÓN: UN TRASTORNO DE RANCIO ABOLENGO

Cuando uno se enfrenta a la literatura especializada, encuentra que el TDAH se presenta normalmente como un trastorno con una larga historia (Barkley, 2002; Priece, 2006; Ramos Quiroga, Bosch y Casas, 2009). Con esta introducción centenaria, el padre, el profesional o el estudiante, puede empezar por pensar razonablemente que la humanidad lleva siglos lidiando con este trastorno, y que la medicina está al corriente de su existencia desde tiempo remoto. Merece destacarse, primeramente, que los padres de niños diagnosticados —para cuyas preocupaciones va dirigida buena parte de la divulgación del TDAH— hallan en estas explicaciones un primer motivo de alivio: sus hijos están recibiendo un diagnóstico que no es ni muchísimo menos inventado —a pesar del ruido en torno suyo— porque para empezar no es nuevo, sino un viejo conocido de las ciencias de la salud mental.

Cuestionar el TDAH y sus psicofármacos asociados a menudo se describe como un producto de creencias míticas (Guerrero, 2016), alejadas de la ciencia en la que se supone descansa el TDAH, y es precisamente una prueba de que tales críticas a la validez del diagnóstico se basan en mitos, el hecho de que las primeras descripciones del diagnóstico son muy antiguas.

La Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH), en el apartado de “preguntas frecuentes” de su página web decide contestar en primer lugar ésta: “¿El TDAH es un trastorno inventado?” Y su respuesta no deja lugar a dudas: “No. El TDAH fue descrito por primera vez en una publicación científica de 1902, no mucho después que trastornos como la esquizofrenia o el trastorno bipolar” (FEAADAH, 2016). La especialista en psiquiatría infantil y experta en TDAH, María Jesús Mardomingo Sanz, por su parte piensa que “una de las características de nuestro tiempo es la dificultad para reconocer que los niños sufren enfermedades psiquiátricas. [...] El TDAH no se encuentra libre de esta polémica, a pesar de que las primeras descripciones del cuadro clínico comienzan a aparecer en la literatura médica hace más de doscientos años” (Guerrero, 2016, p. 364).

LA HISTORIA SEGÚN EL MEJOR TRATADO DE TDAH

TDAH. Entre la patología y la normalidad (Guerrero, 2016), del psicólogo Rafael Guerrero, uno de los últimos libros de divulgación sobre TDAH publicados en España, es —en palabras del neurocientífico Joaquín Fúster— “el mejor tratado sobre el TDAH que se ha escrito hasta ahora en lengua española” (Guerrero, 2016, p.19). Superada la introducción del libro a cargo del psiquiatra Luis Rojas Marcos, comienza el capítulo primero con este título: *Breve historia del TDAH*. En las primeras líneas, el autor explica que a pesar de que el TDAH hoy está en boca de todos, el diagnóstico “tiene más historia de la que podemos imaginar” (Guerrero, 2016, p. 39).

“Históricamente hablando” —comienza el autor del libro— “encontramos los primeros escritos sobre el TDAH en una obra del escocés **Alexander Crichton**, que data del año **1798**. En dicha obra, que tenía por título *Una investigación sobre la naturaleza y el origen de la enajenación mental*, Crichton describía los síntomas de lo que hoy conocemos como TDAH con presentación inatenta. A esta manifestación le dio el nombre de **mental restlessness** (inquietud mental), y ponía el acento en la dificultad de los chicos que la padecían para poder prestar atención de manera correcta”.

Haciendo punto y aparte, el autor continúa: “En **1845**, el alemán **Heinrich Hoffmann**, médico psiquiatra, escritor e ilustrador de cuentos, publica la obra **Der Struwwelpeter** (Pedro melenas), una recopilación de diez cuentos sobre diferentes problemas y patologías en la infancia. Uno de estos relatos se titula Felipe el nervioso y en él se describen los problemas de atención e hiperactividad de este niño.”

Y un poco más abajo leemos: “en **1902**, **George Still**, médico inglés, publica un artículo en la prestigiosa revista *Lancet* donde describe a un grupo de niños con una serie de síntomas muy parecidos a lo que hoy denominamos TDAH con presentación combinada [...] Es **la primera descripción científica** sobre el TDAH” (Guerrero, 2016, pp. 39-41).

Son estas tres referencias clásicas las más esgrimidas por la literatura especializada en su intento de fundamentar el TDAH sobre una base histórica. Pero, ¿son sólidos estos cimientos sobre los que se pretende sostener el diagnóstico?

1798: ALEXANDER CRICHTON

Alexander Crichton (1763-1856) escribió *An inquiry into the nature and origin of mental derangement* (Crichton, 1798) “en un intento de reducir, bajo ciertos principios fijos, una serie de hechos sueltos, abundantes en



escritos de hombres de medicina, metafísicos, y filósofos de diferentes edades y diversos países” (Crichton, 1798, prefacio, p. I). Su método de investigación es el “análisis”. Si se trabaja mediante análisis uno puede discernir cada elemento constituyente y examinarlo separadamente; sólo así se puede llegar a “resultados bien fundamentados” (Crichton, 1798, prefacio, IX).

La obra se divide en tres libros: el 1º sobre las causas físicas del delirio; el 2º, la historia natural de las facultades mentales y descripción de las enfermedades que las afectan; el libro 3º sobre las pasiones y sus efectos. Es en el segundo libro donde encontramos el capítulo que ha interesado presuntamente a un gran número de quienes han escrito sobre la historia del TDAH: *On attention and its diseases*.

El capítulo arranca así: “Cuando cualquier objeto externo, o del pensamiento, ocupa la mente en tal grado que la persona no recibe una percepción clara de ninguna otra cosa, decimos que la persona está atendiendo a ello”. Crichton comienza por establecer primero qué cosa es la facultad de atención, “padre de todo nuestro conocimiento” (Crichton, 1798, pp. 254-255), facultad que se ve condicionada por motivos cotidianos tan diversos y comprensibles como el cansancio, el empacho tras una comida pesada, o la debilidad fruto de la enfermedad.

Con respecto a la atención de los jóvenes —aspecto central para nuestro propósito investigador—, supone para el médico escocés una “melancólica reflexión”, esos muchos que, “previo al comienzo de su llamada educación, parecen dotados con las mentes más finas, y que exhiben una agilidad de comprensión y una docilidad bajo instrucción, que les aseguraría una fácil conquista de la fama, si fuesen conducidos con suficiente habilidad”, pero caen pronto “víctimas de la fatiga mental, o adquieren un gran desprecio por la instrucción, básicamente porque el estímulo adecuado para captar su atención no ha sido hallado a tiempo” (Crichton, 1798, pp. 267-268).

El papel de los educadores en el cultivo de la atención de los niños le parece decisivo:

Desafortunadamente ocurre que el trato mental de los jóvenes, no sólo en colegios y academias, sino también en casa, es generalmente el mismo para todos los niños. Con las niñas sucede un error similar. Las peculiares idiosincrasias, o disposiciones de cada individuo, raramente son suficientemente atendidas [...] La inclinación natural de la mente no debería ser forzosamente frustrada, o abandonada.

Crichton, 1798, p. 278

Abogó por permitir que los niños pudieran dedicarse a sus inclinaciones particulares, pues esto ya forjaría el hábito de la atención, el cual, una vez desarrollado y robustecido, podría después dirigirse “fácilmente hacia otras cosas de mayor importancia” (Crichton, 1798, p. 279).

Mental Restlessness

Las alteraciones propiamente mórbidas de la atención, son para Crichton básicamente de dos tipos: 1. La incapacidad de atender con el grado necesario de constancia hacia cualquier objeto; 2. Una suspensión total de sus efectos en el cerebro.

La incapacidad de atender con el grado necesario de constancia a cualquier objeto supone que la atención sea “retirada incesantemente de una impresión a otra.” Puede o bien nacer con la persona o resultar el efecto de una enfermedad accidental.

- a. Cuando nace con la persona: se hace evidente a una edad muy temprana y tiene un efecto muy negativo pues impide que la persona sea capaz de atender con constancia a ningún objeto de su educación. “Pero raramente es tan severa que impida por completo toda instrucción; y lo que es una suerte, generalmente disminuye con la edad” (Crichton, 1798, p. 271).
- b. Cuando surge por efecto de enfermedades accidentales: la incapacidad de atender con el grado suficiente de constancia “acompaña todo trastorno nervioso”, especialmente a la histeria. Afecciones estomacales, clorosis e hidrofobia también lo inducen.

En esta enfermedad de la atención, si puede llamarse así apropiadamente, toda impresión parece agitar a la persona, y le concede a él o ella un grado innatural de **inquietud mental (mental restlessness)**. Gente caminando arriba y abajo de la habitación, el sonido de la escalera, el movimiento de una mesa, una puerta que se cierra de repente, un leve exceso de frío o de calor [...] El ladrido de un perro es suficiente para distraer a los pacientes de esta descripción en tal grado, que casi alcanza la naturaleza de delirio. Les provoca vértigo, y dolor de cabeza, y a menudo excita tal grado de indignación que raya la locura. Cuando estas personas están afectadas de esta forma, que a menudo lo están, tienen un nombre particular para el estado de sus nervios [...] Dicen que tienen *the fidgets* (que traduciríamos como inquietud permanente).

Crichton, 1798, p. 272, negrita y paréntesis nuestro



UNA SINONIMIA IMPRUDENTE

La gran confusión reinante acerca de la figura de Alexander Crichton y su obra de 1798 en relación al TDAH, hunde sus raíces en un artículo de Erica D. Palmer y Stanley Finger, del año 2001, en el que equipararon el TDAH con el término *mental restlessness* usado por Crichton. Fue el médico británico, según estos investigadores de la Universidad de Washington, “dos siglos por delante de su tiempo en su conceptualización de lo que conocemos como subtipo inatento del TDAH” (Palmer y Finger, 2001, p. 66). Los autores defendieron que no era justo comenzar la historia del TDAH con George Still en 1902, porque el pionero en la identificación del TDAH fue Alexander Crichton en 1798. La tesis de los investigadores fue acogida con entusiasmo, y hoy, quince años después, sigue empleándose habitualmente como sostén del TDAH (Martínez-Badía y Martínez-Raga, 2015).

El concepto de *mental restlessness* (inquietud mental) usado por Crichton ha sido tomado por buena parte de la literatura que ha querido equipararlo al concepto de TDAH (ver, por ejemplo, Martínez-Raga y Martínez-Badía, 2015, p. 383), cosa difícilmente justificable dado que como señala el psiquiatra Daniel Matusevich estas conclusiones “fueron formuladas a partir de una serie de observaciones mínimas” (Matusevich, 2015). Crichton, además, con este concepto se refería a personas aquejadas de enfermedades varias, y que tales enfermedades les provocaban como consecuencia una “enfermedad de la atención” (Crichton, 1798, p. 273). El TDAH, por el contrario y según sus expertos, no se puede provocar (Gamo, 2010). Los TDAH “nacén, no se hacen” (Guerro, p. 340).

Lejos de ser un desacierto puntual, es abundantísima la literatura que expone la historia del TDAH utilizando indebidamente a Crichton. En el *Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria* publicado en *Pediatría integral* se enseña que “en 1798 un médico escocés, Sir Alexander Crichton (1763-1856) describió someramente lo que parece ser un caso de TDAH del subtipo inatento [...] describió un tipo de pacientes sin idiocia, con “agitación” e inquietud mental y motora derivadas de una falta severa de atención sostenida, y cómo esto entorpecía su instrucción escolar” (Quintero y Castaño de la Mota, 2014, pp. 600-601).

En su capítulo dedicado a la atención, Crichton no describe, sin embargo, el caso de niño alguno (aunque leamos antes que la obra *TDAH. Entre la patología y la normalidad* relacionaba también *mental restlessness* con dificultades de atención en “los chicos”).

No sólo no describió ningún paciente infantil, tampoco relacionó el médico escocés la *inquietud mental* con la dificultad para la instrucción escolar, sino que sobre las dificultades para la instrucción escolar hizo responsable más que a nada a la pedagogía y a la educación, diciendo:

Otra circunstancia de gran importancia es esta: que el poder de atención es tan diferente entre los distintos niños, como su fuerza física, por lo que su dieta mental, si se permite la expresión, debería diversificarse en consecuencia.

Crichton, 1798, p. 279

Y denunciando después:

La ignorancia e inatención de un número de hombres que, si hubieran sido juiciosamente tratados en su infancia, podrían haberse convertido en distinguidos para sus familias y provechosos para la sociedad, pero quienes, habiendo adquirido una temprana aversión hacia el estudio, han sido perjudicados por artificiales apetitos y deseos, para gran perjuicio de su salud y fortuna

Crichton, 1798, p. 280

La definición injustificada de trastorno que parece imponer la APA bajo la etiqueta TDAH puede ser irónicamente contestada por los escritos que Alexander Crichton nos dejó hace doscientos años. Porque lo que merece la pena constatar no es tanto si el niño se muestra poco entusiasta con sus deberes, o si se distrae, sino considerar por qué está sucediendo esto; es decir, *analizar* —como hacía Crichton— sus circunstancias. Aceptar que la respuesta a esta pregunta es *porque el niño es TDAH* es sin duda rápido (basta con que los comportamientos manifiestos del niño sean compatibles con los criterios del DSM y otras pruebas afines e igualmente subjetivas), lo que a su vez implica aceptar que las inclinaciones propias, la pedagogía, la sociedad, no ejercen apenas influencia sobre su facultad atencional, y no merecen entonces ser debidamente consideradas.

1844: HEINRICH HOFFMANN

Algunos días previos a la Navidad de 1844, el médico alemán Heinrich Hoffmann (1809-1894) salió de su casa decidido a encontrar en las tiendas de su ciudad, Frankfurt, un libro para su hijo mayor, de tres años. No encontrando nada de su interés, resolvió que él mismo escribiría e ilustraría el libro que quería para su hijo. Nació así *Der Struwwelpeter*, un récord de ventas con numerosas ediciones sucesivas en las cuales Hoff-



mann incluyó algunas historias más (Struwwelpeter-museum, 2016).

La intención del médico con ese regalo no fue la de simplemente divertir a su hijo, había también un propósito educativo. Él mismo explicó que los niños no aprenden demasiado de los mensajes verbales de los adultos. Por mucho que se le diga a un niño “no juegues con cerillas pues te puedes quemar”, si el niño no ve el peligro real que esconde hacer eso, poco efecto van a tener sobre su conducta meras palabras de advertencia. Por ello, las historias pedagógicas en *Der Struwwelpeter* no se andan con circunloquios y enseñan de manera gráfica las consecuencias de no obedecer: la niña que desobedece y juega con cerillas acaba prendida en llamas; el niño que pone pegas a la hora de comer adelgaza hasta morir por inanición; el niño que desoye los consejos maternos de no chuparse el dedo, so pena de amputación por parte del sastre, acaba con los pulgares seccionados; y así algunas historias más, muy breves y aleccionadoras (Hoffmann, 1876).

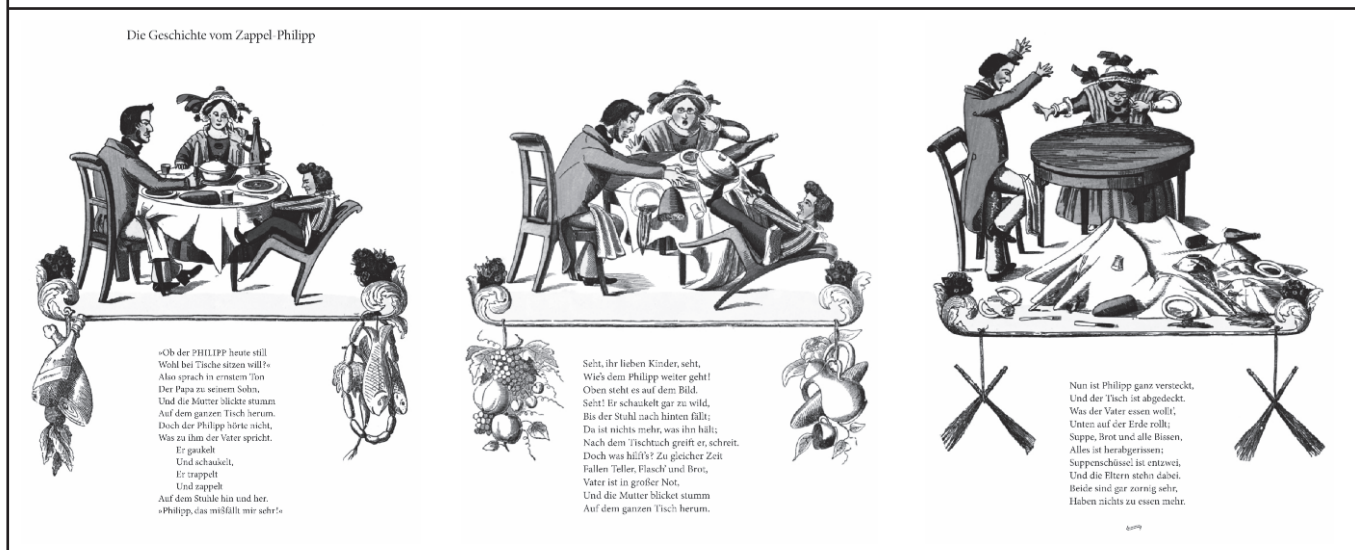
Una de las historias es la de *Die Geschichte vom Zappel-Philipp*, que podría traducirse como *La historia de Felipe rabieta*. Tan sólo son tres viñetas (Figura 1). En la primera vemos a un niño, Felipe, sentado a la mesa con sus padres y la comida ya servida en los platos, una fuente en el centro, pan y una botella de vino. El niño se

está balanceando sobre las patas traseras de su silla, sin obedecer a los padres que piden que se esté quieto en la mesa. La segunda viñeta muestra al niño en igual actitud, pero perdiendo el equilibrio, y como trata de evitar la caída se agarra con fuerza del mantel. En la tercera y última viñeta vemos todo lo que había sobre la mesa por los suelos, y los padres dando un respingo visiblemente alterados. Este cuento es —según el más reconocido experto mundial— un caso claro que demuestra la existencia del trastorno a mediados del siglo XIX (Barkley, 2002, p. 43). “Es impresionante —se asombraban los autores del artículo *Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century childrens book*, refiriéndose a la historia de Felipe— lo claro que describe Hoffmann en su libro los síntomas del TDAH [...] Esto muestra con claridad que el diagnóstico del TDAH no es una “invención” de los tiempos modernos” (Thome y Jacobs, 2004, pp.303-305).

Otra historia de *Der Struwwelpeter* ha sido también señalada como descriptiva de un caso más de TDAH. Se titula *Die Geschichte von Hans Guck-in-die-Luft*, que traducimos como *La historia de Juan el despistado*. Esta historia trata de enseñar a los niños los riesgos de caminar sin mirar por dónde se va. El niño Hans, entre otras calamidades, acaba cayendo al agua porque va más pendiente de otras cosas que del suelo por donde pisa.

FIGURA 1

PORTARSE MAL EN LA MESA ES PROPIO DE MUCHOS NIÑOS SANOS, POR ELLO INCLUYÓ H. HOFFMANN LA HISTORIA DE FELIPE RABIETAS EN SU OBRA INFANTIL STRUWWELPETER, PARA QUE ESTOS VEAN CLARAMENTE LAS CONSECUENCIAS DE SU CONDUCTA Y APRENDAN A COMPORTARSE. SU RECIENTE ETIQUETADO DE TDAH PUEDE QUE RESPONDA, MÁS QUE A EVIDENCIAS EMPÍRICAS (SAIZ FERNÁNDEZ, 2013), A UNA PATOLOGIZACIÓN DE LA INFANCIA MÁS PROPIA DE NUESTROS DÍAS



De ahí que se haya escrito también que Hoffmann “publicó un libro de poemas infantiles en el que se describían dos casos de TDAH” (Benito Moraga, 2008, p. 7).

Manuales de psiquiatría, artículos de historia de la psicología o páginas web del Ministerio de Educación (San Sebastián, Soutullo y Figueroa, 2010; Navarro González y García-Villamizar, 2010; INTEF, 2016), reproducen e interpretan por igual el cuento, que incomprensiblemente conforma los cimientos oficiales sobre los que se levanta el TDAH, que aun así es presentado como “uno de los trastornos mejor estudiados en medicina y los datos generales sobre su validez son más convincentes que en la mayoría de los trastornos mentales e incluso que en muchas otras enfermedades” (Goldman *et al.*, 1998, citado por GPC, 2010, p. 37), una enfermedad, se ha llegado a decir, “a la altura de la diabetes” (Hawthorne, 2010, p. 507).

El trabajo que Hoffmann desarrolló en el psiquiátrico de Frankfurt puede haber animado a algunos a considerar *Der Struwwelpeter* como “la primera descripción de los síntomas del TDAH por un psiquiatra, lo que representa un importante documento de la historia de la medicina” (Thome y Jacobs, 2004, p. 306). Pero Hoffmann —que era médico generalista— trabajó por vez primera como psiquiatra siete años después de escribir la primera edición de *Der Struwwelpeter*, gracias a que encontró su vocación al comenzar a dirigir en 1851 la *Institución para enfermos mentales y epilépticos* de Frankfurt (Struwwelpeter-museum, 2016).

Hoffmann, además de renombrado poeta satírico de su tiempo, fue un reformador de la psiquiatría, en esa época donde los pacientes, a menudo miserablemente hacinados, recibían purgantes, sangrías, eméticos y demás dudosos remedios (Shorter, 1999). Si Hoffmann, tal como imaginó el psicoanalista Carlos Rey, “hubiera levantado la cabeza para apagar las velas de su bicentenario, se sorprendería al saber que, entre sus muchos méritos reconocidos, también se le adjudica ser el diseñador inteligente de la génesis del TDAH. ¡nada más y nada menos!” (Rey, 2012).

En lugar de diagnosticar TDAH a personajes ficticios del siglo diecinueve, sería mejor —como propone Matthew Smith— dedicar ese esfuerzo a examinar los motivos por los cuales comportamientos infantiles tan normales han sido patologizados en las últimas décadas (Smith, 2012).

1902: GEORGE F. STILL

Según la *Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH en niños y adolescentes*, “la primera definición del TDAH la

realizó G. Still, en 1902” (GPC, 2010, p. 33). Si no todos los que tratan el origen del TDAH mencionan a Hoffmann o a Crichton, todos citan al padre de la pediatría británica.

George Frederick Still nació el 27 de febrero de 1868 en Highbury, Londres. Alumno brillante, despuntó en lenguas clásicas. Estudió medicina y se tituló en 1893. Trabajó en el Hospital para Niños Enfermos de Londres, donde escribió sobre diferentes formas de artritis. Ocupó la primera cátedra británica de enfermedades infantiles. Fue cofundador de la *Asociación Británica de Pediatría*, escribiendo más de cien artículos científicos y varios libros de gran reconocimiento, como *A history of Paediatrics* (Farrow, 2006; Dunn, 2006).

Debido a que a la edad de 33 años entró a formar parte del Real Colegio de Médicos de Londres, y que a pesar de lo joven era ya un médico respetado, un año después se le concedió el honor de ser él el elegido para dar las tres conferencias anuales de las Goulstonian Lectures, el 4, el 6 y el 11 de Marzo de 1902. El título de sus ponencias fue: ***Some abnormal psychical conditions in children***, y se publicaron el mes siguiente en *The Lancet* (Still, 1902).

Según Russell Barkley “parece que mucho de lo que la ciencia moderna ha hecho en TDAH es básicamente confirmar de un modo más riguroso muchas de las astutas observaciones hechas por Still” (Barkley, 2006, p. 138). Barkley piensa que aunque Still no empleara la terminología de este trastorno en aquellas tres conferencias, los niños de los que habló entrarían hoy en la clasificación de “TDAH subtipo combinado, entre otros trastornos” (Barkley, 2006, p. 137).

El tema elegido por Still para sus conferencias fue monográfico: El **defecto mórbido de control moral** (DMCM) en niños. Still explicó que la palabra moral aquí tiene que ver con “**el bien de todos**”, de modo que los que carecen de control moral se conducen por la vida sin mostrar ninguna consideración por los demás. Estos niños son especialmente coléricos, maliciosos con sus semejantes, crueles con los animales, roban sin necesidad alguna y de forma compulsiva, mienten en igual medida, son destructivos, carecen de vergüenza y son, en algunos casos, “viciosos y sexualmente inmorales”. La tónica en estos niños es su tendencia a la autosatisfacción, sin considerar el mal que sus actos puedan ocasionar en los demás (Still, 1902, p. 1009).

En su primera conferencia, Still se centró en los casos de 23 niños con defecto de control moral asociado a una deficiencia intelectual, introduciendo así el tema que más le interesaba: el DMCM en niños de inteligencia



normal. No sólo es compatible el DMCM con una inteligencia normal, insistió en los días siguientes, sino que con frecuencia es independiente del ambiente (Still, 1902, pp. 1165-1116).

Para investigar las causas del defecto de control moral en niños de inteligencia normal, propuso Still dos líneas bien diferenciadas. La primera, encontraba la explicación en una causa física conocida. Era el caso, por ejemplo, de un niño de 6 años que cayó por las escaleras golpeándose fuertemente la cabeza. Días después de la caída se había vuelto “colérico, desobediente y destructivo.” Pero no sólo las enfermedades o heridas directamente relacionadas con el cerebro, explicó, pueden provocar pérdida de control moral, también otras enfermedades de naturaleza más general pueden producir esos efectos (Still, 1902, p. 1078).

La otra línea de su exposición trató del grupo de niños que padecían un defecto de control moral en ausencia de daños o enfermedades severas ni deficiencia intelectual, grupo que dijimos despertaba su mayor interés. Habló sobre 20 casos propios —15 niños y 5 niñas— además de algunos casos más de colegas suyos (Still, 1902, p. 1079).

El primer caso que describió Still de este grupo fue el de un niño de 5 años y 4 meses que le había sido derivado de un orfanato en el que vivía desde hacía tres años. Era un niño “muy malicioso y parecía hallar deleite en atormentar a los otros niños; a veces les cogía juguetes y los arrojaba al fuego riéndose después ante su aflicción, como dijo su profesor, ‘abominablemente.’” A pesar de que no entraban animales en el orfanato, el niño era “cruel hacia la vida de todo insecto que pudiera encontrar en el jardín”. El padre era muy agresivo y celoso; había matado a la madre del niño y después había sido recluido en un manicomio. Still consideró que las conductas del niño, ciertas características de su fisonomía, y la historia de locura de su padre eran indicativos de que el defecto de control moral era de tipo mórbido, “una limitación congénita para el desarrollo del control moral” (Still, 1902, p. 1080). El segundo caso era un niño huraño que desde muy pequeño mostraba “una propensión al robo”, mentiroso y que hacía grandes esfuerzos por ocultar sus robos. A los nueve años se defecaba en la cama sólo porque fuera de ella hacía frío. Era insensible al castigo. El tercer caso era el de una niña de 13 años que no mostraba afecto por su madre. Mentirosa, robaba dinero y carente de toda disciplina. Destacó el pediatra su tendencia a ir tras el otro sexo y a mostrarse “indecentemente” (Still, 1902, p. 1080).

Además de este grupo *innatamente inmoral* se refirió a

otros niños que, habiendo desarrollado un control moral adecuado durante una parte de su vida, de pronto lo pierden, a veces durante días, y otras, indefinidamente. Compartió el caso de un niño de 9 años y medio. Hasta los 7 años había sido obediente y de comportamiento correcto, aunque de siempre se le había tachado de malhumorado. De repente, comenzó a ser desobediente en extremo. Empezó a mostrar una crueldad anormal, hasta el punto de que le cogieron *in fraganti* cortando un conejo vivo con unas tijeras. Iba retrasado en el colegio y mostraba “esa baja atención tan visible en muchos de estos casos...” (Still, 1902, p. 1081). Se refirió el último día al DMCM cíclico, donde periodos inmorales alternan con periodos de autocontrol moral (Still, 1902, p. 1163).

El cuerpo de evidencias era a su juicio demasiado menudo como para situar en esta o en aquella región del cerebro la causa del defecto moral. La pista sobre una posible causa orgánica la encuentra en las fiebres específicas, que durante un tiempo pueden provocar esas alteraciones morales. Deduce de esto que algún proceso relacionado con la modificación y nutrición celular “puede estar en la base física del defecto moral” (Still, 1902, p. 1166).

¿CIENCIA O CIENTISMO?

Recordaremos que según el psicólogo Rafael Guerrero la de Still es “la primera descripción **científica** sobre el TDAH” (Guerrero, 2016, p. 41), tal como defienden diferentes especialistas (Ramos Quiroga, Bosch y Casas, 2009, p. 10).

Teniendo en cuenta las más que evidentes diferencias entre ese listado comportamental (despistarse, no hacer deberes, subirse a los muebles) que la APA llamó TDAH en 1980, y las descripciones que Still caracterizaba fundamentalmente por hostilidad, malicia, crueldad, robo, mentira, violencia, vicio (Still, 1902, p. 1009), ¿qué fantástico fenómeno ha llevado a que tantos y tantos autores hayan concluido que las descripciones de Still constituyen “el punto de partida científico de la historia del TDAH” (Barkley, 2006a; Conners, 2000; Palmer and Finger, 2001; Rafalovich, 2001; Rothenberger y Neumarker, 2005, citado por Lange *et al.*, 2010, p. 244)?

La respuesta a esta incógnita que planteamos puede que esté en la particular lectura que hace Russell Barkley de las Goulstonian Lectures: “Still (1902) describió 43 niños de su práctica clínica que tenían serios problemas con la atención sostenida y la autorregulación. [...] Coincidió con William James (1890), autor del primer libro de texto de psicología en los Estados Unidos, en que esa atención puede ser un elemento importante en el control moral de la conducta. Muchos de los casos de



Still eran también muy activos. Ciertamente, que muchos también eran a menudo agresivos, desafiantes, indisciplinados, y excesivamente emocionales o "passionate", y probablemente en la terminología diagnóstica actual hubieran calificado también para trastorno oposicionista desafiante (TOD). [...] La asociación entre estos diagnósticos (TOD y Trastorno de conducta) resulta verdadera hoy día, donde entre el 40% y el 85% de los casos de TDAH atendidos en las clínicas muestran TOD comórbido y entre un 25% y un 55% tienen trastorno de conducta (Barkley, 2006; Goldstein & Goldstein, 1998, citado por Barkley, 2006, p. 137). Históricamente, pues, la fuerte asociación con estos trastornos externos ha sido evidente desde hace un siglo o más".

Still habló de 43 niños en total, tal como dice Barkley, pero los 23 referidos el primer día eran niños con seria deficiencia intelectual, lo cual obliga, siguiendo las indicaciones de la APA, a descartarlos de entrada como casos TDAH (APA, 1983). Nos quedarían 20 niños, número que aun siendo pequeño no le fue fácil reunir por ser el DMCM en ausencia de deficiencia intelectual una condición "en absoluto común" (Still, 1902, p. 1079). Si estos 20 casos eran TDAH, ¿qué dificultad puede haber entonces para un pediatra en reunir un número mucho mayor de estos, si según los expertos hasta "uno o dos niños por aula" lo sufren (FEAADAH, 2016)?

Llama la atención que Barkley sintetice las conferencias de Still anteponiendo los problemas de atención sostenida a cualquier otra consideración, pues como sabemos esto suponía para el pediatra un matiz añadido a un conjunto principal de conductas coléricas, maliciosas, agresivas y deshonestas. Luego admite Barkley que eran además estos niños "muy activos" y agresivos. Sin duda, se invierte en este análisis el orden de importancia de los caracteres descritos por Still, resaltándose interesadamente aspectos periféricos y minimizando aspectos nucleares. Hay que llamar la atención además sobre el uso arbitrario del concepto médico de comorbilidad, empleado aquí como injustificado comodín (García de Vinuesa, González Pardo y Pérez Álvarez, 2014), además del uso honorífico de "ciencia", signo de "cientismo", según el cual se pretende dotar a la relación artificial Still-TDAH de una coherencia de la que carece, fomentando con ello una credulidad acrítica (Haack, 2010).

CONSIDERACIONES FINALES

En opinión del psiquiatra Javier Quintero, "hoy pocos discuten la existencia del TDAH [...] y alejados quedan los debates conceptuales, arrollados por el imparable

paso de la ciencia". Opina que semejantes críticas acerca de la existencia del trastorno son "mitos", e ironiza diciendo que "el concepto "nuevo" (de TDAH) data realmente de más de un siglo desde que fue definido por Still" (Quintero, 2012, pp. 9-13).

Es justo afirmar, sin embargo, que no sólo los criterios diagnósticos del TDAH carecen completamente de validez (García de Vinuesa, González Pardo y Pérez Álvarez, 2014), sino que su carta de presentación histórica, al ser cuidadosamente analizada, se desmorona. Teniendo en cuenta que su tratamiento farmacológico es todo menos inocuo, ¿no estaremos acostumbrándonos a que la falta de rigor imperante en este campo no sea un inconveniente del todo grave a la hora de abordar las necesidades de la infancia?

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- APA, Asociación Americana de Psiquiatría (1983). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-III*. Barcelona: Masson
- APA, American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Barkley, R. A. (2002). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales (3ª Edición)*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Barkley, R.A. (2006). The relevance of the Still lectures to Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Attention Disorders*, 10, 137-140.
- Benito Moraga, R. (2008). *Evolución en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*. Madrid: Draft Editores.
- Crichton, A. (1798). *An inquiry into the nature and origin of mental derangement*. London: Printed for T. Cadell, Junior, and w. Davies, in The Strand.
- Dunn, P. M. (2006). Sir Frederic Still (1868-1941): The father of British paediatrics. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 91, 308-310.
- Farrow, S. J. (2006). Sir Frederick Still (1868-1941). *Rheumatology (Oxford Journals)*, 45(6), 777-778.
- FEAADAH, Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (2016). Recuperado el 20 de Septiembre de: <http://www.feadah.org/es/sobre-el-tDAH/respuestas-a-preguntas-frecuentes.htm#02>
- Gamo, J. R. (2010). Preguntas al público. En C. Baldovi y R. Iglesias (Eds.), *Hiperactivos. Estrategias y técni-*



- cas para ayudarlos en casa y en la escuela (3ª Edición) (p. 172-183). Madrid: LoQueNoExiste.
- García de Vinuesa, F., González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2014) *Volviendo a la normalidad. La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil*. Madrid: Alianza Editorial.
- GPC, Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundación Sant Joan de Déu (Coordinador) (2010). *Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Nº 2007/18*. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya.
- Guerrero, R. (2016). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Entre la patología y la normalidad*. Barcelona: Libros Cúpula.
- Hawthorne, S. (2010). Institutionalized intolerance of ADHD: Sources and Consequences. *Hypatia*, 25(3), 504-526.
- Haack, S. (2010) Seis signos de cientismo. *Discusiones Filosóficas*, (11)16, 13-14.
- Hoffmann, H. (1876). *Der Struwwelpeter oder lustige Geschichten und drollige Bilder für Kinder von 3-6 Jahren von Dr. Heinrich Hoffmann*. 100 Auflage. Frankfurt am Main: Literarische Anstalt (Rütten & Loening).
- INTEF, Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado (2016). *Evolución histórica del concepto TDAH*. Recuperado el 20 de septiembre de: http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/186/cd/m1/evolucin_historica_del_concepto_tdah.html
- Lange, K.W., Reichl, S., Lange, K.M., Tucha, L. y Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2, 241-255.
- Martinez-Badía, J., Martinez-Raga, J. (2015). Who says this is a modern disorder? The early history of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *World Journal Psychiatry*, 5(4), 379-386.
- Matusevich, D. (2015). La pasión de Alexander Crichton, *Asclepio*, 67(2), 107. <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2015.25>
- Navarro González, M.I., y García-Villamizar, D. A. (2010) El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de Historia de la Psicología*, 31(4) 23-36.
- Palmer, E. y Finger, S. (2001). An early description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr Alexander Crichton and 'Mental Restlessness' (1798). *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6, 66-73.
- Prience, J. B. (2006). ADHD: History, evolution and social impact. En J. Biederman (Ed.), *ADHD across the lifespan: An evidence-based understanding from research to clinical practice* (pp. 1-27). Boston: Veritas Institute for Medical Education.
- Quintero, J. (2012). Introducción. En A. Perote Alejandro y R. Serrano Agudo (Eds.), *TDAH: Origen y desarrollo* (pp. 9-14). Madrid: International Marketing & Communication.
- Quintero, J. y Castaño de la Mota, C. (2014). Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) *Pediatría Integral*, XVIII(9),600-608.
- Ramos-Quiroga, J.A., Bosch, R. y Casas, M. (2009). *Comprender el TDAH en Adultos*. Barcelona: Amat Editorial.
- Rey, C. (2012). Pedro Melenas, el terror de las neuronas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(116), 877-887.
- Sagvolden, T. y Archer, T. (1989). *Attention Deficit Disorder. Clinical and basic research*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Saiz Fernández, L. C. (2013). Atentos al déficit de atención (TDAH). Entre la naturaleza incierta y la prescripción hiperactiva. *Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra*, 21(5), 1-19.
- San Sebastián, J., Soutullo, C. y Figueroa, A. (2010). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) En C. Soutullo y M. J. Mardomingo (Eds.) *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente* (pp. 55-78). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Shorter, E. (1999). *Historia de la psiquiatría. De la época del manicomio a la era de la Fluoxetina*. Barcelona: J & C Ediciones Médicas.
- Smith, M. (2012). *Hyperactive. The controversial history of ADHD*. London: Reaktion Books.
- Soutullo, C. (2013). TDAH y su comorbilidad psiquiátrica. En M.A. Martínez Martín (Ed.), *Todo sobre el TDAH. Guía para la vida diaria. Avances y mejoras como labor de equipo* (pp. 81-116). Tarragona: Altaria.
- Still, G. F. (1902). Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*, 1, 1008-1012, 1077-1082, 1163-1168.
- Struwwelpeter-museum (20 de septiembre de 2016). Recuperado de <http://www.struwwelpeter-museum.de/en/heinrich-hoffmann/>
- Thome, J. y Jacobs, K. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. *European Psychiatry*, 19, 303-30.
- Whitaker, R. (2016). TDAH o una sociedad que se va de rositas. *Infocop*. Recuperado el 19 de Septiembre de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6012

