

**ADDH:
SOBREDIAGNÓSTICO O SUBDIAGNÓSTICO
Revisando la evolución del ADD**

Autora: María de Lourdes Chiófalo
lourdes_niv@hotmail.com

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA, SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA”
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

Resumen

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad ha sido considerado durante mucho tiempo como un trastorno propio de la infancia que desaparecía o se atenuaba al llegar la adolescencia. En los últimos años ha comenzado a ser reconocido como un trastorno que persiste en la adultez en un 60-70% de los casos, y que puede causar serias dificultades en el desarrollo personal, social, académico o laboral.

Más de un 8,7% de la población de 8 a 15 años de Estados Unidos satisface los criterios diagnósticos de la hiperactividad pero menos de la mitad reciben tratamiento. Un informe, dirigido por expertos del Hospital Infantil de Cincinnati (Ohio), revela además que la probabilidad de tener TDAH es mayor entre los niños de clases más desfavorecidas. La situación no es más satisfactoria en España. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es la patología neuropsicológica más frecuente en la consulta de neuropediatría; el principal problema que plantea es el infra diagnóstico: en España, por ejemplo, sólo quince de cada cien casos se diagnostican antes de los seis meses. En este momento, se calcula que en ese país se diagnostica y trata adecuadamente sólo 1 de cada 10 niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Este ha sido uno de los temas debatidos en el simposio “*La necesaria implicación de la Pediatría en el TDAH*”, celebrado en Barcelona.

Una de las cuestiones que han ocupado el debate de los expertos reunidos con motivo de este simposio ha sido el hecho de que todavía hoy el TDAH sigue siendo un trastorno infradiagnosticado y con frecuencia tratado de forma inadecuada. Una mayor implicación del pediatra podría favorecer un mejor diagnóstico precoz del trastorno.

El abordaje del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad debe ser integral, sobre todo, en los casos más complejos.

Palabras clave: hiperactividad, infancia, inatención, enfoque, evolución.

Abstract

Disorder Attention Deficit Hyperactivity Disorder has been long regarded itself as a disorder of childhood that disappeared or attenuated to reach adolescence. In recent years has begun to be recognized as a disorder that persists into adulthood in 60-70% of cases and can cause serious difficulties in personal, social, academic or occupational functioning. More than 8.7% of the population of 8 to 15 years in the United States meets the diagnostic criteria of hyperactivity but less than half receive treatment. A report conducted by experts at Children's Hospital of Cincinnati (Ohio), also reveals that the likelihood of having ADHD is higher among children of lower classes. The situation is not satisfactory in Spain. The attention deficit disorder and hyperactivity is the most common neuropsychological pathology in the pediatric neurology consultation, the main problem is the under diagnosis: in Spain, for example, only fifteen out of every hundred cases are diagnosed before six months. At this point, it is estimated that this country is diagnosed and properly treated only 1 in 10 children with Attention Deficit Disorder and Hyperactivity. This has been one of the topics discussed at the symposium "The necessary implication of Pediatrics in ADHD", held in Barcelona. One of the issues that have occupied the debate by the experts meeting on the occasion of this symposium was the fact that still ADHD disorder remains an underdiagnosed and often treated improperly. Greater involvement of the pediatrician may encourage better diagnosis of the disorder.

The approach to Attention Deficit Disorder and Hyperactivity must be comprehensive, especially in complex cases.

ADDH: SOBREDIAGNÓSTICO O SUBDIAGNÓSTICO

Revisando la evolución del ADD

Autora: María de Lourdes Chiófalo

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el trastorno neuropsiquiátrico más común a nivel mundial en la población pediátrica, ocupando un límite entre 3 y 7%, y en Latinoamérica, se considera un problema de salud pública, que afecta aproximadamente 36 millones de personas.

La prevalencia estimada fue de 5.29% (IC95% 5.01-5.56), estas estimaciones se asociaron a una variabilidad significativa ($P < 0.001$) entre las regiones, la cual se explica sólo de forma limitada a la localización geográfica y en mayor medida a las limitaciones metodológicas de las investigaciones incorporadas, no existen diferencias significativas en la prevalencia del TDAH entre países desarrollados y latinoamericanos.

Se caracteriza por la presencia de grados variables de inatención, hiperactividad e impulsividad que impactan en el desarrollo del aprendizaje y rendimiento escolar así como en los procesos adaptativos del individuo a su medio ambiente.

El TDAH es uno de los trastornos neuropsiquiátricos que presenta formas de herencia compleja, con múltiples genes de efecto menor,^{13'13} que junto a factores ambientales, determinan la expresión del trastorno.

La heredabilidad estimada para el TDAH es de 75%, considerándose como uno de los trastornos neuropsiquiátricos de mayor componente hereditario.

La evidencia sugiere que el TDAH es un desorden primariamente poligénico que involucra cuando menos 50 genes.

Si bien, el factor de riesgo más importante para la aparición de TDAH es el genético, se ha encontrado que componentes ambientales, ^{35'37} como el tipo de dieta y aditivos de los alimentos, la contaminación por plomo, los problemas relacionados con el hábito de fumar de la madre durante la gestación, el alcoholismo materno, las complicaciones del parto, el bajo peso al nacimiento y la prematuridad pueden ser factores desencadenantes. Dentro de la práctica cotidiana de los médicos que diagnostican y tratan a los pacientes con TDAH, se incluye la utilización de entrevistas y escalas de detección y gravedad en las cuales tanto los pacientes, padres y maestros proporcionan información acerca de las conductas observadas en el paciente.

Los padres, a menudo brindan información valiosa acerca de dificultades que los niños y adolescentes pueden presentar en las labores del hogar, el cumplimiento de sus tareas, la relación con sus hermanos y amigos, así como el cumplimiento de las reglas de casa. Los maestros informan acerca de la conducta dentro del salón de clases, la capacidad de concentrarse, la relación con compañeros y el cumplimiento de las reglas dentro de la escuela.

ADDH: SOBREDIAGNÓSTICO O SUBDIAGNÓSTICO

Revisando la evolución del ADD

Autora: María de Lourdes Chiófalo

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA, SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA”
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

Sin embargo, es importante definir que las escalas, a pesar de su utilidad, no tienen un poder absoluto dentro del diagnóstico definitivo, pero sí como una excelente herramienta de apoyo.(1)

CONCEPTO E HISTORIA

El TDAH es el trastorno psíquico más frecuente en los niños de entre 5 y 10 años; y también es uno de los más conocidos y estudiados. Clínicamente se caracteriza por un *aumento de la actividad motora* que no se justifica atendiendo a la edad del niño, unido a *déficits en la atención* y concentración que dificultan el rendimiento académico. El síndrome de hiperactividad puede asociar además síntomas de *impulsividad*.

No se trata sólo de un problema para estar atento, o de una dificultad para estar quieto. En los últimos años las investigaciones han ido más allá de lo aparente, señalando que la distraibilidad o la inquietud no son sino los problemas emergentes de una alteración más profunda. Actualmente se piensa que este trastorno se produce por el deterioro de un conjunto de actividades cerebrales denominado FUNCIONES EJECUTIVAS. Se trata de un grupo de habilidades esenciales para la organización y autorregulación del resto de las actividades cognitivas, y por ende de la conducta.

Siguiendo a Brown¹ las funciones ejecutivas comprenden lo siguiente:

1. Capacidad para iniciar la actividad.
2. Mantenimiento de la atención y modificación del foco en función de las necesidades de la tarea.
3. Mantenimiento del esfuerzo.
4. Control de la frustración y modulación de las emociones.
5. Uso de la memoria de trabajo y acceso a los recuerdos.
6. Monitorización de la actividad y autorregulación.

Diversos estudios prospectivos de entre 15 y 17 años de duración han confirmado la persistencia del trastorno después de la adolescencia. Según sus resultados, del 50 al 70% de los niños que sufren este problema van a continuar presentando síntomas durante la vida adulta.. A pesar de esto, no resulta fácil detectar a los pacientes adultos que padecen un TDAH por varias razones: la primera es que el trastorno va modificando sus características con el paso de los años; en segundo lugar los individuos encuentran formas de compensar sus déficits; por último la importante y severa comorbilidad que se asocia a este trastorno camufla su presencia.

El reconocimiento de este diagnóstico en los adultos se ha ido afianzando progresivamente en las últimas dos décadas. El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III Edición (DSM-III)*, publicado en 1980, incluía un trastorno por déficit de atención del adulto; pero describía el trastorno como “residual”, y hacía solo una vaga descripción de sus síntomas. En su tercera edición revisada (*DSM-III-R*) reconocía que los síntomas de TDAH persistían en el adulto en aproximadamente 1/3 de los niños; pero no codificaba este trastorno como una categoría separada. Finalmente la cuarta edición revisada (*DSM-IV-TR*), publicada en el 2000, reconoce la existencia del TDAH del adulto.

ADDH: SOBREDIAGNÓSTICO O SUBDIAGNÓSTICO

Revisando la evolución del ADD

Autora: María de Lourdes Chiófalo

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA, SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA”
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

Actualmente, la validez de este diagnóstico en adultos se sustenta sólidamente en la tipificación de un cuadro clínico claramente identificable y que persiste a lo largo del tiempo, la detección de alteraciones neuropsicológicas y de neuroimagen, y la respuesta a un tratamiento específico (2)

ES UN TRASTORNO CON MÁS DE UN SIGLO DE HISTORIA

Ya en 1845 el psiquiatra Dr. Heinrich Hoffmann publicó un libro de poemas infantiles en el que se describían dos casos de TDAH. En uno de ellos, titulado “The Story of Fidgety Phil”, se reflejaba el caso de un niño que presentaba todas las características de un TDAH de predominio hiperactivo-impulsivo. Otro poema de ese mismo libro, titulado “The Story of Johnny Head-in-Air”, relataba el caso de un niño que tenía el comportamiento propio de un paciente con TDAH de predominio inatento.

En 1902 Sir George F. Still publicó una serie de artículos en la revista *Lancet* en los que describía una serie de casos de chicos impulsivos con trastornos de conducta genéticamente determinados que hoy día recibirían el diagnóstico de TDAH. Still relacionaba estos problemas con el retraso mental y con un déficit en lo que él llamaba “control moral”.

Durante los años que siguieron a la I Guerra Mundial aumentó el interés por este trastorno ante los síntomas de hiperactividad e impulsividad que presentaban los niños que habían sufrido la encefalitis letárgica. En 1934 Kahn y Cohen describieron la “impulsividad orgánica” en niños con manifiesta lesión cerebral; y en 1937 Bradley usó el Metilfenidato en niños con problemas conductuales secundarios a la encefalitis viral. En los años 40 y 50 los trabajos de Strauss hicieron aún más énfasis en la existencia de una lesión cerebral que explicaba la existencia de los síntomas.

La insistencia en el origen orgánico del trastorno durante más de dos décadas provocó que durante los siguientes años se sobrevalorara la influencia de la lesión cerebral en la aparición del trastorno, dando lugar al síndrome llamado “*disfunción cerebral mínima*”, y generando una gran heterogeneidad en la definición y descripción del síndrome en diferentes países.

En los últimos 30 años ha mejorado mucho la tipificación del TDAH con la identificación de los síntomas nucleares, el uso de criterios diagnósticos operativos, la detección de un componente etiológico genético, y la existencia de tratamientos farmacológicos eficaces.

Hoy día caben pocas dudas acerca de su existencia como trastorno que provoca un importante deterioro del funcionamiento académico, laboral, y social.

Descripto hace algo más de un siglo, el cuadro ha estado sujeto a un alto número de cambios en su denominación, que involucran distintas hipótesis fisiopatológicas.

Enumero ligeramente las formas de presentación que ha tenido a lo largo de su historia:

- *Niño inestable*, Bourneville (1896)
- *Corea mental*, Demoor (1901)
- *Defectos en el control moral*, Still (1902)

ADDH: SOBREDIAGNÓSTICO O SUBDIAGNÓSTICO

Revisando la evolución del ADD

Autora: María de Lourdes Chiófalo

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA, SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA”
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

- *Inestabilidad motriz y psíquica*, Boncour (1905)
- *Trastornos del comportamiento*, Heuyer (1914)
- *Conflictos de la personalidad en formación*, Sancta de Sanctis (1923)
- *Alteración de la subcorteza integradora*, Walloon (1925)
- *Constitución inestable*, Gourevitch y Ozteretski (1930)
- *Deficiencias neurológicas en la constitución emotiva y condicionamientos sociales*, Pierre Male (1932)
- *Lesión del tronco cerebral y problemas de adaptación a pares*, Kahn y Cohen (1934)
- Descubrimiento del efecto terapéutico de la bencedrina, Bradley (1937)
- *Daño cerebral mínimo*, Strauss y Werner (1941)
- *Disfunción cerebral mínima*, Clemens y Peters (1962)

- *Síndrome hiperkinético de la infancia*, CIE 9 (1965)
- *Reacción hiperkinética de la infancia*, DSM II

Daño cerebral mínimo fue considerado un nombre inadecuado ya que la mayoría de los niños con daño cerebral no desarrolla hiperactividad y de los niños con hiperactividad, sólo el 5% presenta daño cerebral. El término disfunción cerebral mínima, impreciso y sobreinclusivo (agrupaba a niños con torpeza motora, trastorno del desarrollo del lenguaje y del aprendizaje junto a los que presentaban hiperactividad), también debió ser abandonado. En la década del '70, Douglas produce un punto de inflexión al describir los déficits cognitivos y subrayando que el principal déficit se produce en la atención sostenida (y no en la distracción).

Déficit de la atención con y sin hiperactividad, DSM III (1980)

El DSM III R no valida el trastorno por déficit de atención sin hiperactividad.

Trastorno hiperkinético, CIE 10 (1992)

Trastorno por déficit de la atención con o sin hiperactividad, DSM IV (1994)

La presencia o ausencia de hiperactividad traza la línea divisoria entre los distintos tipos del trastorno.

EPIDEMIOLOGÍA DEL TDAH DEL ADULTO

El TDAH es un trastorno bastante prevalente en los adultos

Los estudios de prevalencia del TDAH en adultos son menos numerosos que los realizados en niños y adolescentes. La mayor parte de los trabajos realizados en población adulta coinciden en encontrar una prevalencia entre el 3 y el 4%^{20, 21, 22}. Hay que destacar el estudio de prevalencia realizado sobre la una importante población de más de 9000 individuos en la réplica del National Comorbidity Survey (NCS-R), efectuado con criterios DSM IV. En él se encontró una prevalencia de un 4,4%²³. Existe también un estudio europeo en una población de 1813 adultos de entre 18 y 75 años²⁴. En este estudio la prevalencia era de un 1 a un 3% dependiendo de si se exigían 4 o 6 criterios para el

ADDH: SOBREDIAGNÓSTICO O SUBDIAGNÓSTICO

Revisando la evolución del ADD

Autora: María de Lourdes Chiófalo

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA, SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA”
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

diagnóstico. En los adultos hay un ligero predominio de los varones que podría deberse a sesgos diagnósticos o de derivación.

También en el análisis de las diferencias según el sexo hay menos información relativa a la población adulta.

En población clínica infantil parece haber un predominio de varones con una proporción de 6 a 1, o de 3 a 1 según estudios^{25, 26}. Esta desproporción puede ser engañosa, ya que durante la infancia hay un sesgo en la valoración que merecen los síntomas. En primer lugar existen ciertas diferencias de género en la expresión sintomática del trastorno, que hacen que los niños llamen más la atención de familiares y docentes que las niñas, al ser más frecuente el tipo inatento en las niñas, y el tipo hiperactivo/impulsivo en los niños. Además la comorbilidad con el trastorno disocial y el trastorno oposicionista es también mayor en varones. En segundo lugar, aunque en ambos sexos se presenten los mismos comportamientos,

la valoración que merecen es distinta. Un estudio de las derivaciones realizadas a la consulta de psiquiatría infantil por la sospecha de un TDAH indica que, ante el mismo grado de afectación y parecidos síntomas, se envía a consulta a 10 chicos por cada chica.

Los estudios en población general, aunque aquejados de similares problemas de sesgo, ofrecen cifras más parejas en ambos sexos, aunque con un predominio del sexo masculino, en el que el TDAH sería de 2 a 3 veces más frecuente.

En muestras clínicas de pacientes adultos parece que esta desproporción se atenúa. Esto parece lógico si tenemos en cuenta que los adultos buscan ayuda por sí mismos, de modo que ningún agente del entorno puede filtrar las demandas, haciendo que prevalezcan los casos más disruptivos.⁽³⁾

EL TDAH ESTÁ INFRADIAGNOSTICADO TANTO EN LOS NIÑOS COMO EN LOS ADULTOS

Con cierta frecuencia se escucha la opinión de que se están diagnosticando demasiados casos de este trastorno, al confundir la hiperactividad con la inquietud propia de determinadas fases del desarrollo; o bien con el carácter “movido” de algunos niños. Sin embargo los estudios muestran que, en realidad, se detectan muchos menos casos de los que en realidad existen. Es muy ilustrativo en este sentido el trabajo de Froehlich et al¹⁴ en el que se valora la prevalencia del TDAH según criterios DSM IV en una muestra de más de 3000 niños. En este estudio se comprobó que sólo un 47,9% de los niños que cumplían criterios del trastorno habían sido diagnosticados previamente; y sólo un 32% fueron tratados.

Sí es cierto que durante los primeros años de vida los niños van incrementando su actividad motora de un modo adaptativo y adecuado a su desarrollo, debido a su curiosidad y su necesidad de explorar el entorno.

Sin embargo, en los niños con este trastorno, el aumento de actividad parece responder más a una necesidad interna de moverse que al interés por conocer lo que les rodea. A

ADDH: SOBREDIAGNÓSTICO O SUBDIAGNÓSTICO

Revisando la evolución del ADD

Autora: María de Lourdes Chiófalo

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA, SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA”
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

quienes los observan les parece que les “han dado cuerda”; o que están movidos por una especie de “motor interno” más que por su necesidad de explorar o curiosidad.

Los problemas de atención y concentración propios del TDAH tampoco son debidos simplemente a dificultades de aprendizaje, o a desinterés por las tareas escolares. Son niños que se esfuerzan, pero a quienes resulta muy difícil concentrarse en la misma actividad durante mucho tiempo. Y esto les ocurre no sólo en la escuela, sino en la mayor parte de los ámbitos en los que se desenvuelven. La pérdida de motivación para las tareas académicas suele ser más bien una consecuencia del escaso rendimiento que obtienen de su esfuerzo. Su distraibilidad y dificultades de concentración se extienden también a áreas no académicas de su actividad, interfiriendo con sus relaciones sociales, sus rutinas diarias, y sus pasatiempos.(4)

Criterios diagnósticos

El diagnóstico de estos cuadros es clínico. Se realiza a través de entrevistas con el niño, con los padres, docentes y / o personajes con los que tiene el niño relaciones de cotidianidad. Suelen ser útiles en la evaluación escalas y tests complementarios que constituyen también herramientas para el seguimiento de los pacientes.

Los síntomas son de presentación precoz, persistentes e invasores (se presentan en diferentes situaciones o ámbitos). Su difícil delimitación nosográfica queda en evidencia en las frecuentes situaciones de excesos y omisiones en su hallazgo clínico. El sobrediagnóstico inspira el párrafo de la introducción de la CIE 10 que fundamenta su resistencia a la terminología de déficits atencionales: “implica conocimientos psicológicos de los que se carece y llevaría a incluir niños con preocupaciones ansiosas, apáticos, soñadores, cuyos problemas son probablemente de distinta naturaleza”; si bien reconoce que desde el punto de vista del comportamiento, el déficit atencional constituye un rasgo central de los trastornos hiperquinéticos. El subdiagnóstico y la consiguiente falta de implementación de un tratamiento eficaz generan el riesgo de evolución hacia la depresión y problemas relacionados con el uso de sustancias en la adolescencia; afecta la calidad de vida y empeora el pronóstico, favoreciendo las complicaciones clínicas.

En la consulta, los padres manifiestan que sus niños no pueden quedarse quietos, “se meten en problemas”, sufren el rechazo de sus pares y / o maestros, pueden ser excluidos de las instancias grupales de estudio o de juego (y, en ocasiones, de las instituciones escolares u otras), se lastiman o lastiman a otros niños. Siempre “están molestando”, se rehúsan a hacer las tareas o no respetan consignas; se niegan a cumplir las actividades encomendadas. Suele decirse que “desestructuran” la convivencia familiar o el trabajo en las clases. “Vuelan”, se distraen frecuentemente; se les atribuye ser “perezosos” o “desmotivados”. La dificultad que entraña abocarse al estudio y las frustraciones que acarrea el bajo rendimiento académico van ligados a la resistencia que se manifiesta al aprendizaje.

ADDH: SOBREDIAGNÓSTICO O SUBDIAGNÓSTICO

Revisando la evolución del ADD

Autora: María de Lourdes Chiófalo

DSM-IV: UN CONSENSO CIENTÍFICO

¿Quién no ha escuchado a dos o más personas hablando de cosas diferentes en la creencia de que hablan de lo mismo? Para

evitar esto en el campo de la Salud Mental, disponemos de dos clasificaciones, sujetas a revisiones periódicas y a discusiones continuas. Estos consensos permiten diagnósticos seguros y tratamientos más eficaces y regulados por normas específicas.

A continuación exponemos el diagrama básico del DSM-IV (Asociación Americana de Psiquiatría). Se hace notar que la clasificación del DSMIV es la más importante por cuanto el grueso de las investigaciones se hacen respetando sus criterios y, finalmente, porque en la práctica clínica cotidiana, el Manual del DSM-IV, tiene un uso más extendido.

Hiperactividad-Impulsividad

Al menos seis de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad deben haber persistido por lo menos seis meses en un grado que no sea adaptativo e inconsistente con el nivel de desarrollo del sujeto.

Para diagnosticar inatención se deben constatar que un mínimo de seis de los siguientes síntomas hayan persistido por no menos de seis meses en un grado que no sea adaptativo e inconsistente con el nivel de desarrollo del sujeto.

- a) Frecuentemente no puede mantener la atención focalizada en los detalles o comete errores por falta de cuidado en las tareas escolares, laborales y/o en otras actividades.
- b) Frecuentemente tiene dificultad en mantener la atención en tareas o en el desarrollo de actividades lúdicas.
- c) Frecuentemente no parece escuchar cuando se le dirige la palabra.
- d) Frecuentemente falla en el intento de seguir las instrucciones y/o fracasa en completar sus actividades escolares, tareas domésticas u obligaciones en su lugar de trabajo (no debido a conductas de oposición o dificultad para comprender las indicaciones).
- e) Frecuentemente tiene dificultades en organizar sus tareas y actividades.
- f) Frecuentemente evita, manifiesta desagrado y/o rechaza comprometerse en la realización de tareas escolares o caseras que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- g) Frecuentemente pierde los elementos necesarios para sus tareas o actividades, ya sea que se trate de hojas, encargos escolares, cuadernos, útiles, juguetes, herramientas, etc.
- h) Frecuentemente es distraído por estímulos extraños.
- i) Frecuentemente se olvida de las actividades de realización cotidiana.

Hiperactividad Inatención

- a) Frecuentemente juega o mueve inquietamente dedos, manos, o pies y/o se retuerce en el asiento.
- b) Frecuentemente deja su asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
- c) Frecuentemente corre y/o trepa en exceso en situaciones en las que es inapropiado

ADDH: SOBREDIAGNÓSTICO O SUBDIAGNÓSTICO

Revisando la evolución del ADD

Autora: María de Lourdes Chiófalo

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA, SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA”
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

(en adolescentes y adultos este criterio debe limitarse a los sentimientos subjetivos de desasosiego e impaciencia).

- d) Frecuentemente tiene dificultades para participar o disfrutar de actividades de descanso y ocio.
- e) Frecuentemente está como en funcionamiento permanente y/o a menudo está en acción como si estuviese impulsado por un motor.
- f) Frecuentemente habla excesivamente.

Impulsividad

- a) Frecuentemente comienza a contestar o hablar antes que la pregunta se haya completado.
- b) Frecuentemente tiene dificultades en esperar su turno en juegos o conversaciones.
- c) Frecuentemente interrumpe o se entromete en las actividades de otros (ej. Interfiere en conversaciones o juegos o tiene intervenciones “descolgadas”).

Además se deben considerar los siguientes puntos:

- 1) Los síntomas deben haberse instalado antes de los 7 (siete) años.
 - 2) Los síntomas deben haber estado presentes ininterrumpidamente al menos durante los últimos 6 (seis) meses.
 - 3) Los síntomas deben manifestarse en 2 (dos) o más ámbitos (escuela, hogar, etc.)
 - 4) Se debe tener clara evidencia clínica que los síntomas provoquen angustia significativa y/o perjuicio sobre la vida social, académica, laboral etc.
 - 5) No debe existir alguna condición médica general que pueda explicar los síntomas.
- Completaremos esta breve reseña agregando que el DSM-IV reconoce los siguientes subtipos:

TDAH: tipología combinada: cuando están presentes en forma simultánea 6 o más síntomas de los criterios de Inatención e Hiperactividad-Impulsividad.

TDAH: tipo predominantemente inatentivo: cuando están presentes 6 o más síntomas de Inatención y menos de 6 de Hiperactividad-Impulsividad (no importa cuántos).

TDAH: tipo predominantemente hiperactivo: cuando están presentes 6 o más síntomas de Hiperactividad-Impulsividad y menos de 6 de Inatención.

TDAH: no específico: este subtipo se debe utilizar con extremo cuidado, en especial cuando hay abundancia de síntomas de TDAH pero en forma insuficiente y no es posible encontrar otro cuadro clínico que dé cuenta mejor de la situación.

DSM-IV TR : DIFERENCIAS ENTRE EL TEXTO DE 1994 Y EL DEL AÑO 2000

Este Manual de la Asociación Psiquiátrica Americana presenta una exposición breve de las características del trastorno y luego una esquema final . En éste entre la versión de 1994 y la del año TR del 2000 (TR: Text Revisión) prácticamente no hay diferencias, aunque sí las hay en la exposición previa. Nosotros hemos detectado aproximadamente

ADDH: SOBREDIAGNÓSTICO O SUBDIAGNÓSTICO

Revisando la evolución del ADD

Autora: María de Lourdes Chiófalo

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA, SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA”
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

40 cambios, en su mayoría mejorías en la sintaxis, pero en otros casos, se observa un movimiento conceptual. Sobre éstos nos concentraremos.

a. El DSM-IVTR señala que el tipo predominantemente inatentivo puede ser detectado en forma más tardía que el resto de los tipos, es decir, que no debería extrañar que la inatención no produzca un significativo desajuste hasta algo después de los 7 años. Aunque no se lo menciona, por las discusiones publicadas del grupo de trabajo, se estima un tope de los 9 años.

b. El DSM-IVTR al establecer los tipos ya no dice que la mayoría de los niños presentan los tipos con predominio de hiperactividad-impulsividad y combinado, sino que simplemente dice muchos. Esto refleja el criterio creciente de la última década, de que los niños con tipo inatentivo son más numerosos de lo que se creía.

c. La siguiente diferencia está justamente al terminar de explicar el tipo predominantemente inatentivo. Se agrega una frase: “La hiperactividad puede aún ser una característica clínica significativa en muchos de estos casos, mientras que otros son puramente inatentivos”. Es decir, que hay casos de inatención con signos aún fuertes de hiperactividad y casos en los que la inatención es prácticamente pura. Este es un hecho conocido en la clínica, que ahora el DSM-IVTR recoge de forma manifiesta.

d. Al tratar Síntomas y Trastornos asociados realiza un agregado importante que era una clara omisión de la versión anterior: “Los desacuerdos familiares y las interacciones

negativas entre los padres y el niño presentes a menudo. Tales interacciones negativas a menudo atentan contra un tratamiento exitoso.”

e. La siguiente diferencia se centra sobre la cuestión del nivel intelectual. El texto nuevo dice: “También, en promedio, el nivel intelectual de los niños con este trastorno, como

es evaluado por test individuales de C.I, es varios puntos menos, comparado con el de sus pares, (esto estaba en forma similar en el texto previo, pero lo inmediatamente

siguiente es totalmente nuevo). Al mismo tiempo, se evidencia una gran variabilidad en el CI: individuos con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad pueden

mostrar un desarrollo intelectual por encima del promedio o aún en un rango de talento.” Remarca el hecho clínico conocido de que las dificultades que provocan los

síntomas básicos del TDAH afectan el rendimiento intelectual

tal como se lo mide en los tests, pero aclara que sigue existiendo una amplia gama de desempeños intelectuales.

ADDH: SOBREDIAGNÓSTICO O SUBDIAGNÓSTICO

Revisando la evolución del ADD

Autora: María de Lourdes Chiófalo

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA, SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA”
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

f. Luego puntualiza sobre las comorbilidades: “Los tres subtipos están asociados de forma significativa con dificultades. Déficit académicos y problemas escolares tienden

a ser más pronunciados en los tipos de marcada intención (tipos Predominantemente Inatentivo y Combinado), mientras que el rechazo por parte del grupo de pares

y, en menor grado, sufrir lastimaduras accidentales son características más salientes en los tipos con marcada hiperactividad-impulsividad (Tipos Predominantemente

Hiperactivo-Impulsivo y Combinado). Individuos con el Tipo Predominantemente inatentivo tienden a ser socialmente pasivos y parecen ser ignorados, más que rechazados por sus pares”. Todo esto es conocido en la clínica pero debe destacarse nuevamente que cada vez son más las aclaraciones que amplían el lugar y la descripción del tipo con predominio de problemas atencionales.

g. El siguiente agregado de importancia es que puntualiza que aproximadamente la mitad de los niños con TDAH tienen comorbilidad con algún otro trastorno disruptivo del comportamiento, anteriormente no cuantificaba de manera más o menos precisa.

h. El siguiente agregado relevante está en la sección: Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo: “Desajustes substanciales han sido verificados en niños de edad pre-escolar con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. En edad escolar, los síntomas de inatención afectan el trabajo en clase y la performance académica. Los síntomas de impulsividad pueden también conducir a que el niño rompa las reglas que regulan las actividades familiares, sociales y educacionales. Los síntomas del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad son típicamente más prominentes en los grados elementales”.

i. El siguiente agregado es para expandir la cuestión de los diagnósticos diferenciales, aunque la edición de 1994 incluía ya los Trastornos del Humor, ahora hace una referencia específica al Trastorno Bipolar, lo cual refleja la creciente tendencia a considerar ese diagnóstico en niños, en este sentido, parecen haber pesado las opiniones del Biederman y Faraone que desde hace más de media década vienen estudiando los problemas de comorbilidad y de diagnóstico diferencial entre el TDAH y el Trastorno Bipolar en la infancia.

j. Finalmente, sabemos que el TDAH tiene tres tipos básicos (combinado, predominantemente inatentivo y predominantemente hiperactivo-impulsivo) y que se ha establecido un cuarto tipo “TDAH no específico” con anterioridad. Esto se hizo para esos casos en que abundaban los síntomas de inatención y/o hiperactividad e impulsividad pero no reunía todos los criterios del esquema. El texto de 1994 no efectuaba especificaciones pero si lo hace el DSM-IVTR: “Ejemplos: 1. Individuos cuyos síntomas y desajustes alcanzan los criterios para un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Tipo Predominantemente Inatentivo, pero la edad de establecimiento de los síntomas es a los 7 años o después. 2. Individuos con desajuste

ADDH: SOBREDIAGNÓSTICO O SUBDIAGNÓSTICO

Revisando la evolución del ADD

Autora: María de Lourdes Chiófalo

clínico significativo que presentan inatención y cuya pauta de síntomas no llenan todos los criterios diagnósticos para el trastorno pero que tienen una pauta comportamental de marcada disminución en el nivel de Arousal, ensueño diurno e hipoactividad”. Con lo cual viene a remarcar la tendencia general de la revisión que es la de expandir los horizontes diagnósticos hacia los niños que presentan inatención ya sea de las formas clásicas (tiempo de atención corto, distractibilidad) como a aquellos que se sobre enfocan y presentan una pauta general de tendencia a la introversión.

COMORBILIDAD

El 65% de los niños con TDAH presenta uno o más trastornos comórbidos. La comorbilidad hace referencia a la asociación de por lo menos un par de cuadros que coexisten:

- trastorno oposicionista desafiante
- trastornos de aprendizaje (TA)
- trastornos del estado de ánimo (TEA)
- trastornos de ansiedad

El estudio de la comorbilidad es importante porque afecta la presentación del cuadro clínico, su curso y la respuesta al tratamiento. En tanto complejiza el diagnóstico e introduce necesariamente variables terapéuticas, es relevante una exhaustiva evaluación psicopatológica de estos pacientes.

Algunas veces, el trastorno comórbido puede enmascarar el TDAH.

La indicación de que no puede realizarse diagnóstico de TDAH en presencia de un trastorno autista o esquizofrenia está siendo revisado en la actualidad.

Comorbilidad con problemas de conducta

Altamente significativa, se observa en la mitad de los niños con TDAH. Ha dado lugar a ser considerados aspectos de un mismo problema. Recientemente se ha mostrado que ambos trastornos son distintos aunque compartan en su sintomatología fenómenos de la línea de la impulsividad y a pesar de interactuar de forma relevante. El trastorno de conducta complica la evolución del TDAH. La comorbilidad presupone un tipo de TDAH con mayor afectación y peor pronóstico. El TDAH constituiría un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno de conducta (según DSM IV TR; ex trastorno disocial del DSM IV).

Comorbilidad con Trastornos de Aprendizaje

Es importante discernir si el fracaso escolar se debe al déficit atencional, a una disfunción cognoscitiva inherente a un TA o a una falta de motivación.

Comorbilidad con Trastornos del Estado de Animo

El diagnóstico suele complicarse porque los TEA en la infancia no tienen la naturaleza física de la vida adulta, sino que su curso es más insidioso. Esta característica permite su solapamiento con los TDAH, ya que presentan síntomas similares. Su coexistencia también ensombrece el pronóstico. La subpoblación de TDAH con TEA tiene mayor

ADDH: SOBREDIAGNÓSTICO O SUBDIAGNÓSTICO

Revisando la evolución del ADD

Autora: María de Lourdes Chiófalo

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA, SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA”
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

riesgo de morbilidad, discapacidad y riesgo de suicidio. Se debe diferenciar la depresión primaria de la desmoralización secundaria a los fracasos en el TDAH. Se ha visto que el TDAH y la depresión comórbida tienen cursos distintos. Se estudia si serían cuadros coagregados (que se transmiten juntos). Con respecto a la manía, se discute si serían entidades nosológicas distintas TDAH y manía infantil.

Comorbilidad con trastornos de ansiedad

Cabe mencionar que la alteración en la atención suele estar presente en el curso de los trastornos de ansiedad, por lo cual se debe hacer un buen examen semiológico.

Cuadros Psiquiátricos habitualmente comórbidos con ADHD.

Cuadro Psiquiátrico Frecuencia

Trastornos de Ansiedad 25-50%

Desórdenes del ánimo 19-37%

Conductas Antisociales 18-28%

Trastornos de Personalidad 10-20%

Abuso de Alcohol 8-32%

Abuso de Sustancias 32-53%

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Trastornos somáticos: endocrinopatías (hiper o hipotiroidismo), deficiencias sensoriales (alteraciones auditivas, visuales), epilepsias (ausencias) o traumatismo. Patologías de origen genético (síndrome X frágil).

Trastornos psiquiátricos: manía, trastornos por ansiedad, trastornos del aprendizaje, trastornos negativista desafiante y de conducta, retraso mental, trastornos generalizados del desarrollo.

Hiperactividades secundarias a factores psicosociales: negligencia, maltrato.

Hiperactividades secundarias a fármacos: corticoides, teofilina, antiepilépticos, anti-histamínicos, efecto paradójico de los ansiolíticos, etc.

ABORDAJE TERAPÉUTICO

El tratamiento del TDAH es **multimodal**. Es fundamental individualizar el tratamiento teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Comorbilidades
- Singularidad de cada niño
- Características de la familia a la que pertenece
- Particularidades de su entorno social

Debe incluir:

- Tratamiento combinado psicoterapéutico, psicopedagógico, psicofarmacológico.
- Orientación a padres.
- Aplicación de estrategias en la escuela referidas al grupo de pares.

ADDH: SOBREDIAGNÓSTICO O SUBDIAGNÓSTICO

Revisando la evolución del ADD

Autora: María de Lourdes Chiófalo

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA, SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA”
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

- Intercambio con los docentes que posibilite la adecuación de las estrategias de enseñanza a la situación particular del niño o adolescente y que favorezca la interacción interpersonal.
- En algunas situaciones puede ser útil implementar un espacio de terapia familiar.

Las intervenciones terapéuticas deben pensarse en función de:

1. Informar al paciente y a su familia acerca del problema que lo afecta; sus consecuencias y posibilidades terapéuticas.
2. Proporcionar estrategias para afrontar los problemas que se suscitan a causa de esta alteración.
3. Poder percibir las dificultades y optimizar las respuestas a las complicaciones generadas con familiares, pares y/ o amigos.
4. Comprender los beneficios y conocer los posibles efectos adversos de los fármacos de elección en este cuadro. Es importante transmitir la información acerca de la alta eficacia de la medicación, sin dejar de reconocer que si bien es un recurso útil en la mayoría de los casos no constituye una “cura mágica” y requiere ser implementada dentro de un marco terapéutico más amplio.
5. Mitigar las críticas del entorno o la autocrítica de quienes padecen esta alteración.
6. Trabajar sobre los vínculos de tal modo que no se refuercen a través de ellos las conductas difíciles que el paciente está intentando modificar.
7. Indagar para detectar posibles resistencias al cambio e intentar tramitarlas.
8. Sostener consultas frecuentes con los docentes a fin de tratar los problemas académicos con el objetivo de adecuar las modalidades de enseñanza y de evaluación a las posibilidades de cada paciente y ayudar a resolver las dificultades que hubiera en las interacciones sociales.
9. Respetar la privacidad del paciente, especialmente cuando se trabaja con las instituciones escolares, etc., donde se requiere un tratamiento adecuado y discreto de la problemática, evitando que el paciente se sienta expuesto.
10. Ampliar el abanico de posibilidades terapéuticas según las comorbilidades que se presenten.(5)

BIBLIOGRAFÍA

1-Primer Consenso Latinoamericano sobre Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad . Jun. 2007, México

2-TDAH revista Psicoadolescencia.com.ar

3-Rafael Benito Manago, “Evolución del TDAH a lo largo de la vida”,pags 5-10; 12-13; 34-37. Clinica Quirón, San Sebastián, España.

4-Publicación de la Fundación Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, año 1, num 2, /03-2001

5-Hojas Clínicas de Salud Mental “Actualizaciones sobre Trastorno por Déficit de Atención”, pags 24-25; 27-32 .Silvia Herlyn .Médica Psiquiatra. Coordinadora del Equipo de Niños. Servicio de Psicopatología. Hospital Parmenio Piñero. Universidad de Buenos Aires.

REFERENCIA CURRICULAR DE LA AUTORA

María de Lourdes Chiófalo

Las Acacias 253, Bahía Blanca, Bs As, Argentina

Tel. 02914555070

Médica Concurrente del Servicio de Psiquiatría del Hospital Militar Bahía Blanca

e-mail: lourdes_niv@hotmail.com

ADDH: SOBREDIAGNÓSTICO O SUBDIAGNÓSTICO
Revisando la evolución del ADD
Autora: María de Lourdes Chiófalo