

**EL PROCESO DEL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL  
(T.D.A.H.- DEPRESION- TRASTORNO BIPOLAR)**

**Autora:**

**Dra. Morales Daniela Yanina**

**Resumen:**

En el trabajo diario en lo que respecta a nuestra disciplina a lo largo de nuestra vida, realizamos diagnósticos. Cada uno de ellos pasa por un proceso, un tamiz, un análisis continuo. Tomando cada caso en particular de manera única a fines de tomar una decisión que a su vez según el cuadro clínico lleva a la acción psicofarmacológica, psicoterapéutica o ambas.

El diagnóstico es el resultado de la integración luego de la recolección detallada y minuciosa de todos los datos obtenidos del paciente, la familia entera, contexto y técnicas utilizadas.

A través del seguimiento y la oportunidad de poder ver la evolución de paciente en el tiempo, podremos certificar, diferenciar, cambiar o complementar nuestro diagnóstico.

Realizando a partir de un cuadro clínico destinado a definir la enfermedad que afecta al paciente.

En este trabajo se realiza una mirada sobre la dificultad de llegar a un diagnóstico diferencial entre tres grandes cuadros clínicos: depresión, trastorno bipolar y trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

**Palabras claves:** Diagnóstico-Diagnóstico diferencial-Proceso-Análisis-Evolución.

**Abstract:**

In current practice with regard to our discipline throughout our lives, we make diagnoses. Each of them goes through a process, screen and continuous analysis. Each particular case is taken as unique in order to make a decision which in turn according to the medical profile leads to psychopharmacological and psychotherapeutic action, or both.

The diagnosis is the result of integration after detailed and meticulous collection of data obtained from patient, the whole family, context and techniques used.

Through monitoring and the opportunity to see the patient's progress over time, we certify, differentiate, change or supplement our diagnosis.

Performing from a medical profile designed to define the disease affecting the patient. This paper takes a look at the difficulty in reaching a differential diagnosis between their major medical profile. Depression, bipolar disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder.

**Keywords:** Diagnosis-Differential Diagnosis-Analysis-Process-Evolution.

## **EL PROCESO DIAGNÓSTICO:**

El diagnóstico es un proceso que se realiza a partir de un “cuadro clínico” destinado a definir la enfermedad que afecta a un paciente.

El “cuadro clínico” a su vez está formado por el síndrome o conjunto de síntomas:

- La enfermedad y
- El contexto socio-ambiental.

### **Elementos del proceso diagnostico**

#### 1. Generación de hipótesis diagnóstica.

En la primer entrevista con el paciente empezamos un ejercicio mental basada en las teorías aprendidas y practicas realizadas de tal manera que a medida de que nos generamos hipótesis diagnosticas se decidirán las acciones que llevaran al diagnóstico definitivo.

#### 2. Refinación de las hipótesis diagnosticas.

Es la incorporación de información nueva, son las que permiten discriminar entre las distintas hipótesis generadas.

#### 3. Verificación del diagnóstico.

Esta etapa nos permite confirmar o descartar el diagnóstico.

Una vez caracterizado sindrónicamente el trastorno; y realizado el diagnóstico diferencial debe procederse a realizar estudios biomédicos que busquen causas subyacentes, que ayuden a entender mejor las necesidades del paciente y oriente sobre la indicación individualizada de exploraciones complementarias. Para llevar a cabo este proceso, se requiere a puesta en marcha de evaluación coordinada de carácter multidisciplinario.

Diagnóstico: (del griego diagnostikos, a su vez del prefijo dia-“a través” y gnosis “conocimiento” o “apto para conocer”) alude en general al análisis que se realiza para determinar cualquier situación y cuáles son las tendencias.

Esta determinación se realiza sobre la base de datos y hechos recogidos ordenados sistemáticamente, que permiten juzgar mejor que es lo que está pasando. (1)

#### **En medicina:**

Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome o cualquier condición de salud-enfermedad.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA. DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

El diagnóstico diferencial, es el procedimiento por el cual se identifica una determinada enfermedad, entidad nosológica o síndrome o cualquier condición de salud-enfermedad mediante **la exclusión** de otras posibles causas que presenta un cuadro clínico semejante al que el paciente padece.

*Descripción de los cuadros clínicos:*

Criterios para el diagnóstico de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

A. (1) o(2)

(1) Seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

Desatención:

- (a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre a errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
  - (b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
  - (c) A menudo parece no escuchar cuando se habla directamente.
  - (d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro del trabajo (no se debe a comportamiento negativista o incapacidad para comprender instrucciones).
  - (e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
  - (f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
  - (g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
  - (h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes. (y a menudo es descuidado en las actividades diarias).
- (2) Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo

Hiperactividad:

- (a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- (b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones donde se espera que permanezca sentado.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA. DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

- (c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- (d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- (e) A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
- (f) A menudo habla en exceso.

Impulsividad:

- (g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- (h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- (i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo se entromete en conversaciones o juegos).

Criterios para el diagnóstico de Episodio depresivo mayor:

- A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representa un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) perdido de interés o de la capacidad para el placer.
  - (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (triste o vacío) o la observación realizada por otros (llanto). Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
  - (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día casi cada día.
  - (3) Pérdida importante de peso, sin hacer régimen o aumento de peso. Nota: en niños hay que valorar el fracaso e lograr los aumentos de peso esperables.
  - (4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
  - (5) Agitación o enlentecimiento psicomotor.
  - (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
  - (7) Sentimiento de inutilidad o de la culpas excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autoreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
  - (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.
  - (9) Pensamientos recurrente de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA. DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga, un medicamento) o una enfermedad médica (hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo. Los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotriz.

Síntomas de depresión en el niño:

- Tristeza, llanto frecuente.
- Labilidad emocional.
- Ideas de suicidio o pensamientos reiterados sobre la muerte.
- Alteración del sueño (insomnio o excesiva somnolencia).
- Alteración del apetito (anorexia).
- Irritabilidad.
- Decaimiento psicofísico.
- Bajo rendimiento escolar.
- Escasa integración con sus pares.

Criterio diagnostico para Trastorno Bipolar tipo I y tipo II

La presentación de ambos tipos de episodios duran por lo menos una semana caracterizados por grandiosidad, exaltación y humor expansivo. La presentación es polimorfa cambiante y heterotípica caracterizados por estados patológicamente prolongados de reactividad emocional en respuesta a desencadenantes irrelevantes. Con **irritabilidad** como síntoma cardinal, labilidad del humor, tormentas afectivas en donde no se distinguen los estados afectivos lo que se conoce como estados mixtos.

En cualquiera de las formas mencionadas se agrega, la conducta explosiva, agresiva, pesadillas con imágenes violentas, periodos de intensa distractibilidad o actividad frenética. Conductas riesgosas, agresividad y fracaso escolar.

Los síntomas de la manía pueden presentarse por:

- Humor elevado. Euforia desmedida, injustificada.
- Irritabilidad, cambios bruscos.
- Verborrea (salta de un tema a otro de forma precipitada).
- Alteración del sueño (insomnio).
- Inquietud psicomotora-agitación.
- Delirio de grandeza-omnipotencia.
- Pensamiento superficial.
- Caso graves: alucinaciones.
- Desinhibición sexual: aumento de erotismo.

**EL PROCESO DEL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL (T.D.A.H.- DEPRESION- TRASTORNO BIPOLAR)**

**Autora: Dra. Morales Daniela Yanina**

- Pérdida o crecimiento del apetito. (3)

### **DIFERENCIA ENTRE BIPOLARIDAD, DEPRESION Y T.D.A.H.**

¿Dónde está el límite entre un niño que tiene T.D.A.H., conductas opositoras, un grado considerable de irritabilidad y mal humor y uno con trastorno bipolar?

### **TRASTORNO BIPOLAR Y T.D.A.H.**

El T.D.A.H., la manía y depresión del trastorno bipolar podrían conducir a la incapacidad del niño para concentrarse y los problemas de distracción de la manía y el T.D.A.H. podrían implicar hiperactividad e impulsividad.

Aunque la superposición de síntomas es significativa hay varios factores que pueden ayudar a diferenciar estos trastornos.

El T.D.A.H. en los niños por lo general no involucra **síntomas explosivos** de estado anímico como la depresión y la euforia (manía) observado en el trastorno bipolar.

Algunos autores señalan que generalmente el T.D.A.H. aparece en la primera infancia mientras que la bipolaridad aparece un poco más tarde.

En el T.D.A.H. el síntoma del sueño no suele estar tan alterado como en el trastorno bipolar, en el que hay una necesidad menor de dormir mostrándose animado pese a las escasas horas de sueño.

Los antecedentes familiares de vital importancia, ya que suelen ser hereditarios.

El T.D.A.H. es considerado, por un grupo importantes de investigadores, como trastorno bipolar de inicio temprano; estos sostienen que cuando el trastorno maniaco depresivo tiene comienzo en la niñez, sus síntomas suelen ser crónicos (sin episodios de manía o de depresión separados por periodos de estabilidad emocional) y mixtos (síntomas maniacos y depresivos coexistiendo en la misma época) (4).

### **TRASTORNO BIPOLAR Y DEPRESIÓN**

Los niños con depresión uno de los síntomas que presentan es **la irritabilidad**, síntoma que comparte con la bipolaridad y el T.D.A.H.

Determinar dónde termina esta irritabilidad y donde empieza el trastorno bipolar es un desafío, por lo que nuevamente se hace importante los antecedentes hereditarios así como también observar la evolución del cuadro en el tiempo. Las características principales de la depresión mayor son la intensa tristeza o irritabilidad persistentes (esto último más común en los niños) y/o la pérdida de interés en casi todas las actividades (en niños esto puede manifestarse como aburrimiento, estas pueden acompañarse de cambios en el sueño y en el apetito, cansancio, disminución de la concentración, sentimientos de culpa, quejas somáticas e ideas de muerte).

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA. DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

Los síntomas del T.D.A.H., los problemas de conducta y el rendimiento escolar empeoran cuando se desencadena un cuadro depresivo, la vida social por lo general se resiente y aumenta el nivel de conflicto familiar.

La depresión de inicio en la infancia presenta una mayor severidad y una mayor carga hereditaria que la que comienza en la vida adulta, en la primera existe una mayor tendencia a la cronicidad; una vez que remite, el 70% de los niños afectados recaen un lapso de cinco años y el 30% evoluciona en el tiempo hacia la enfermedad maniaco depresiva.

Como parte del proceso diagnóstico se hace importante determinar los motivos para determinar el diagnóstico:

- Criterios diagnósticos oficiales para el T.D.A.H.
- Proceso del diagnóstico diferencial.
- Determinar el diagnóstico.
- Instrumentos utilizados en el proceso del diagnóstico.
- Abordaje. (5)



## **REFLEXIÓN: ¿DIAGNOSTICO DIFERENCIAL O COMORBILIDADES?**

Distinguir entre diagnóstico diferencial y comorbilidad forma parte del proceso de evaluación y más aun cuando al paciente se lo puede ver en el tiempo; no siempre es claro o fácil de establecer ya que muchos de los síntomas (hiperactividad, impulsividad, desatención, irritabilidad, ansiedad) son compartidos por estos tres grandes cuadros psiquiátricos a tratar Depresión-Trastorno Bipolar-T.D.A.H.

La comorbilidad en psiquiatría consiste en la presencia de uno o más diagnósticos que se da en un paciente en forma simultánea, muchas veces la presencia de múltiples síntomas nos hacen dudar si se trata de diversas manifestaciones clínicas en un mismo cuadro o de distintas entidades clínicas reflejando de tal manera una mayor dificultad para asignar un único diagnóstico para todos los síntomas (6).

## **CONCLUSIÓN:**

El diagnóstico debe ser clínico, hay que hacer diagnóstico diferencial, tener en cuenta la comorbilidad y se debe considerar al paciente, su entorno, el sistema educativo actual.

El diagnóstico diferencial consiste en destacar del cuadro sintomático el **síntoma más llamativo**, indagar ordenadamente sin las restantes manifestaciones clínicas del caso estudiado, si son o no compatibles en los distintos trastornos que el síntoma inicialmente destacado mostro posibles. Se trata por lo tanto de una operación mental repetida comprobaciones constantes ante cada síntoma o signo.

Conclusiones afirmativas (inclusión) o negativas (exclusión).

Es importante según la biografía del paciente anotar su evolución y no hay que tener premisas y tratar de evitar el diagnóstico precipitado.

**BIBLIOGRAFIA:**

- (1) Murphy E. The diagnostic. Proces. En: The logic of medicine. Baltimore. The Johns Hupkins University press 1997; 281-314.
- (2) Manual de criterios diagnósticos D.S.M. IV T.R. 2002.
- (3) Gutierrez Casares J.R., Martinez Rey T., Salcedo M.S., Garcia White J. “Guía clínica del Trastorno Bipolar en la infancia niñez y adolescencia”. Revista de psiquiatría. Paidopsiquiatría.
- (4) Lino Palacio Cruz, Francisco Romo Nava, Luis Rodrigo Patiño Duran, Fernando Leyva Hernandez, Eduardo Barragan Paez, Claudio Becerra Palars, Francisco de la Peña Olivera. Artículo sobre Trastorno Bipolar pediátrica, comorbilidad o traslape clínico. Mediagraphic. Artemisa en línea, salud mental 2008.
- (5) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Guía clínica de diagnostico y tratamiento para profesionales de la salud. 1 tomo autor: Larry B. Silves. Editado por Arg. Medico-Barcelona-Lexus-México.
- (6) First M.B. Mutually exclusive versus-co-occurring diagnostic categories. The challenge of diagnostic comorbidity psychopathology research. Clinical psychology. Science and practice 1994, 71- 83.

## ANTECEDENTES CURRICULARES:

**Autora: Dra. Psiquiatra Morales Daniela Yanina**

Correo: danielay\_morales@hotmail.com

## CURRICULUM VITAE

### DATOS PERSONALES

- ❖ APELLIDO Y NOMBRES: MORALES, DANIELA YANINA.
- ❖ DNI N°: 27.484.357
- ❖ NACIONALIDAD: ARGENTINA.
- ❖ EDAD: 33 AÑOS.
- ❖ DOMICILIO: BARRIO 2 DE ABRIL, CASA 14, MANZANA 22, SECTOR C. Fsa.
- ❖ TELEFONO: 03717 - 15294865. 03717 – 426115
- ❖ DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO:  
[danielay\\_morales@hotmail.com](mailto:danielay_morales@hotmail.com)
- ❖ PROFESION: MEDICA CIRUJANA. M.P.: 4867 (Corrientes).
- ❖ MEDICA PSIQUIATRA M.P: 2076 (Formosa).