



El TDAH, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, en las clasificaciones diagnósticas actuales (C.I.E. I0, D.S.M.IV-R y C.F.T.M.E.A.-R 2000)

Ana Berta Jara Segura

Psiquiatra Infanto-Juvenil
C.S.M. Galdakao, Bizkaia

Resumen: El TDAH, es un síndrome conductual heterogéneo, caracterizado por los síntomas básicos de hiperactividad, impulsividad e inatención, éstos pueden solaparse con los síntomas de otros trastornos relacionados, por lo tanto es necesario ser precavido en el diagnóstico diferencial. Se revisan los criterios y pautas diagnósticas según las clasificaciones de los trastornos mentales y del comportamiento vigentes: La DSM IV-TR, de la Asociación Americana de Psiquiatría, la CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud, y la CFTMEA-R 2000, de la Federación Francesa de Psiquiatría. La DSM IV-TR aporta una definición del trastorno más amplia e inclusiva, que agrupa diversos tipos de TDAH. La CIE 10 y La Clasificación Francesa excluyen el Trastorno de Déficit de Atención sin Hiperactividad de esta categoría diagnóstica, y son más estrictos en el diagnóstico diferencial, correspondiendo el diagnóstico de TDAH en la CIE 10 y en la CFTMEA a un Trastorno Tipo Combinado y más severo que en la DSM IV-TR.

Palabras clave: TDAH, pautas y criterios diagnósticos.

The ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, in the current diagnostic classifications (ICD-10, DSMIV-TR and CFTMEA-R2000)

Abstract: The ADHD, is a heterogeneous behavioural syndrome, characterized by the basic symptoms of hyperactivity, impulsiveness and inattention, which can be overlapped by the symptoms of other related disorders, so it is necessary to be cautious in the differential diagnosis. The criteria and diagnostic guidelines are revised according to the current mental disorders and behaviour classifications: The DSM-IV TR, of the American Association of Psychiatry, the ICD-10, of the World Health Organization, and the CFTMEA-R 2000, of the French Federation of Psychiatry. The DSM-IV TR brings a broader and inclusive disorder definition that groups different types of ADHD. The ICD-10 and the French classification exclude the Attention-Deficit Disorder without Hyperactivity of this diagnostic category and are stricter with the differential diagnosis, corresponding the ADHD's diagnosis in the ICD-10 and in the CFTMEA to a Combined type and severer disorder than in the DSM IV-TR.

Key words: ADHD, criteria and diagnostic guidelines.



Introducción

Corren tiempos de incertidumbre para la psiquiatría infantil, que algo tienen que ver posiblemente con la distancia que nuestro quehacer médico ha tomado con respecto a la práctica asistencial en otras especialidades, donde la sofisticación y exactitud de las pruebas diagnósticas, la verificación de los mecanismos etiopatogénicos y la inmediatez de las respuestas terapéuticas, aunque con excepciones, son cada vez mayores.

A pesar de los esfuerzos y progresos en la investigación, en nuestra práctica clínica diaria, los avanzados métodos diagnósticos nos sacan de pocos apuros. Cuando una familia acude a nosotros, nuestras herramientas son fundamentalmente la Historia Clínica, la Exploración Psicopatológica, con las Pruebas Psicométricas, Neuropsicológicas, etc. Complementarias pertinentes, la Valoración del Contexto Sociofamiliar y la Ubicación de los síntomas en el marco del desarrollo psicológico, así como su impacto evolutivo en un periodo en el que se está constituyendo la personalidad.

Finalmente la emisión del diagnóstico conlleva una propuesta de tratamiento que puede implicar intervenciones muy diversas (tratamiento farmacológico, psicoterapéutico, familiar, escolar, etc.)

Últimamente el TDAH parece ser una excepción a todo esto, y se ha extendido una práctica reduccionista y alarmista que pasa por alto las pautas diagnósticas más elementales ampliamente consensuadas, que consideran que el diagnóstico es eminentemente clínico. El objetivo de esta comunicación es revisar las propuestas diagnósticas para el TDAH en las clasificaciones actuales, sus encuentros y divergencias, como punto de partida para una reflexión más amplia sobre la ubicación de este síndrome en el escenario psicopatológico de la infancia, teniendo en cuenta la importancia del diagnóstico diferencial con los trastornos limítrofes y/o comórbidos.

Clasificaciones actuales de los trastornos mentales y del comportamiento

- D.S.M.–IV (1994) TR(2000) de la Asociación Americana de Psiquiatría.(1)
- C.I.E.–10 (1992) de la Organización Mundial de la Salud, O.M.S.(2)
- CFTMEA–R (4ª rev. 2000) Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente Apoyada por la Federación Francesa de Psiquiatría.(3)

Son todas ellas clasificaciones de consenso, descriptivas, categoriales (no dimensionales), y actualmente multiaxiales, es decir, constan de varios ejes diagnósticos donde puede codificarse información adicional, relevante al diagnóstico principal. Sus objetivos son:

- Servir como guía útil en la práctica clínica (principal).
- Facilitar la investigación.
- Mejorar la comunicación.
- Ser útil como herramienta docente.

Deben ser utilizables en diferentes contextos, desde diferentes orientaciones teóricas y por diferentes profesionales. Están sujetas a revisiones periódicas, no implican ninguna concepción etiopatogénica, aunque sí una concepción sobre el trastorno mental y requieren del juicio clínico para su correcta utilización.

- “Las categorías y los criterios diagnósticos, así como las definiciones de texto, deben ser utilizados por personas con experiencia clínica”.(1)

Ejes y categorías diagnósticas en las clasificaciones

Al principio fue la DSM la que incluyó varios ejes diagnósticos (1980 DSM–III), pero más tarde también la CIE10, en la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento de niños y adolescentes publicada en 1996 y traducida al castellano en 2001 incluyó 5 ejes diagnósticos (4). La CFTMEA (4ª revisión



en el 2000, traducida al castellano en el 2002), es también multiaxial, objeto de amplio consenso, establece correspondencias con la

CIE-10 y es específica para los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia.

DSM-IV-TR	CIE-10	LA CFTMEA R-2000
EJE I Categorías Diagnósticas	EJE I Categorías Diagnósticas Principales	<ul style="list-style-type: none"> • EJE I Categorías Diagnósticas Principales Complementaria: Bebé 0-3 años
EJE II <i>T. de Personalidad Retraso Mental</i>	EJE II Trastornos específicos del Desarrollo Psicológico (excepto T.G.D.)	<ul style="list-style-type: none"> • EJE II Factores Asociados <ul style="list-style-type: none"> ○ 1- Factores Orgánicos ○ 2- Factores o Condiciones del Entorno
EJE III <u>Enfermedades Médicas</u>	EJE III <u>Nivel Intelectual</u>	
EJE IV Probl. Psicosociales y Ambientales	EJE IV <u>Enfermedades Médicas</u>	
EJE V Evaluación de la Actividad Global	EJE V Situac. Psicosociales Anómalas Asociadas (Códigos Z).	

En el EJE I se incluyen las categorías diagnósticas principales, la CIE 10 tiene más subcategorías y más especificaciones diagnósticas, por lo que todos los diagnósticos DSM IV tienen equivalencia en la CIE 10, pero no a la inversa.

Las categorías diagnósticas principales específicas para la infancia y la adolescencia CIE-10 – DSM-IV TR:

C.I.E. 10	D.S.M. IV TR
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA EJE I	TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR
Trastornos Hipercinéticos	
Trastornos Disociales	OTROS TRASTORNOS DE LA INFANCIA LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA.
Trastornos Disociales y de las Emociones Mixtos	
Trastornos de las Emociones de Comienzo Habitual en la Infancia	
Trast. del Comport. Social de Comienzo Habitual en la Infancia y Adolescencia	
Trast. de Tics	
Otros Trast. de las Emociones y Comport. de Comienzo Habitual en la Infancia y la Adolescencia	TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO
TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO	
TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO EJE II	TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN
T. del Desarrollo del Habla y del Lenguaje	
T. Específico del Desarrollo del Aprendizaje Escolar	TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE
T. Específico del Desarrollo Psicomotor	TRASTORNO DE LAS HABILIDADES MOTORAS
T. Específico del Desarrollo Mixto	
Otros Trast. del Desarrollo Psicológico	RETRASO MENTAL EJE II
Trastorno del Desarrollo Sin Especificar	
RETRASO MENTAL EJE III	



En la clasificación DSM–IV TR de los trastornos mentales de los niños y de los adolescentes el EJE II ha quedado reducido al Retraso Mental, ya que no se permite el diagnóstico de Trastorno de la Personalidad por debajo de los 18 años, aludiendo a las diferentes posibilidades evolutivas por debajo de esa edad. Posibilidades y aspectos generales del desarrollo evolutivo que son poco tenidos en cuenta a la hora de establecer categorías y criterios diagnósticos, donde los Trast. de Ansiedad, los Trast. Depresivos y los Trast. Adaptativos son codificados con los mismos criterios del adulto, salvo algunas puntualizaciones concretas, y no aparecen recogidas situaciones que podríamos llamar de tránsito o evoluciones de determinados trastornos. Lo único que se puede aplicar son las especificaciones de curso (remisión parcial, total, sostenida...).

En la CIE–10 se separan los Trastornos del Desarrollo Psicológico que se codifican en el EJE II, (salvo los Trastornos Generalizados del Desarrollo que se incluyen en el EJE I). El funcionamiento intelectual se codifica en el EJE III. (4)

Otra diferencia importante de la CIE–10, con respecto a la DSM–IV, que sólo mantiene como trastorno específico de la infancia el Trastorno de Ansiedad de Separación, es que conserva en la categoría diagnóstica F.93 Trastornos de las Emociones de Comienzo Habitual en la Infancia, algunos Trastornos de Ansiedad con criterios específicos, por considerar que la adecuación al periodo evolutivo es el aspecto clave para marcar las diferencias entre los Trastornos de las Emociones de Comienzo en la Infancia y los Trastornos de Ansiedad propios del adulto (F.40–F.48). (2)

F.93 Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia:

- F.93.0 Trastorno de Ansiedad de Separación
- F.93.1 Trastorno de Ansiedad Fóbica en la Infancia
- F.93.2 Trastorno de Hipersensibilidad Social
- F.93.3 Trastorno de Rivalidad entre Hermanos
- F.93.8 Otros Trastornos Emocionales de la Infancia

F.93.80 Trastorno de Ansiedad Generalizada de la Infancia (Criterios de Investigación).

F.93.9 Trastorno Emocional de la Infancia No Especificado

La **clasificación francesa** consta de 9 categorías principales (3).

Las categorías desde la 1 a la 4 corresponden a organizaciones recíprocamente excluyentes, son las categorías clínicas de base.

- 1– T. Autismo y T. Psicóticos,
- 2– T. Neuróticos,
- 3– Patologías Límites, Disarmonías Evolutivas, T. Personalidad ,
- 4– T. Reactivos: Las categorías de la 5 a la 9
- 5– Deficiencias Mentales ,
- 6– T. Específicos del Desarrollo y de las Funciones Instrumentales,
- 7– T. de la Conducta y del Comportamiento (incluye TDAH).

8– T. de Expresión Somática,
9– Variaciones respecto de la Norma. Se pueden utilizar como complementarias al diagnóstico de la categoría principal y como diagnóstico único cuando el cuadro clínico no puede ser clasificado dentro de las categorías de la 1 a la 4.

Como aportación principal, la CFTMEA, además de incluir una categoría específica para los bebés de 0–3 años, permite una clasificación de los trastornos mentales, que sin descuidar la vertiente sintomática, considera el funcionamiento mental global predominante del niño y del adolescente y el proceso de estructuración de su personalidad, haciendo posible en su categoría nº3 el diagnóstico de: Patología límite, Trastornos de la Personalidad y Disarmonías Evolutivas. Presenta también una clasificación de las Depresiones, no como una categoría específica, sino en función de la organización en la que aparece el síndrome depresivo. Así, en las diferentes categorías diagnósticas principales, ofrece la posibilidad de un diagnóstico de T. Depresivo. (T. Tímicos, Depresión Neurótica, Depresión Reactiva,...)



El TDAH en las clasificaciones DSM-IV-TR y CIE-10

DSM-IV-TR	CIE - 10
<p>T. por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad tipo Combinado (F 90.0). • TDAH tipo predominio Déficit de Atención.(F 98.8) • TDAH tipo predominio Hiperactivo Impulsivo (F 90.0) <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno Disocial (F 91.8) • Trastorno Negativista Desafiante. (F 91.3) • Trastorno del Comportamiento Perturbador no Especificado.(F 91.9) 	<p>T. de Comportamiento y de las Emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia (F 90 - F 98)</p> <p>Trastornos Hiperkinéticos (F 90)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de la Actividad y de la Atención (F 90.0) • Trastorno Hiperkinético Disocial (F 90.1) • Otros Trastornos Hiperkinéticos (F 90.8) • Trastorno Hiperkinético Sin Especificación (F 90.9) <p>Trastornos Disociales (F.91)</p> <ul style="list-style-type: none"> • T. Disocial Limitado al Contexto Familiar (F 91.0) • T. Disocial en niños no Socializados (F 91.1) • T. Disocial en niños Socializados (F 91.0) • T. Disocial Desafiante y Oposicionista (F 91.3) • Otros T. Disociales (F 91.8) • T. Disocial Sin Especificar (F 91.9)

La CIE-10 no incluye el TDAH Predominio Déficit de Atención, incluyendo solo el Trastorno de la Actividad y de la Atención que se corresponde con el TDAH Tipo Combinado y Tipo Hiperactivo Impulsivo de la DSM-IV. En la CIE, el Déficit de Atención sin hiperactividad no se acepta en la categoría de Trastornos Hiperkinéticos, ni siquiera como Otros (F 90.8) o No Especificados (F 90.9), lo incluye en Otros Trastornos de las Emociones y del Comportamiento en la Infancia y la Adolescencia Especificados (F 98.8) junto con: Onicofagia, Rinodactilomanía, Succión del pulgar y Masturbación excesiva.(2)

“Por considerar que no tiene suficiente validación empírica y porque muchos de estos niños, al igual que los que no cumplen los criterios diagnósticos en dos ambientes (casa y escuela), muestran también otros síntomas y deben ser diagnosticados en la categoría apropiada” (2) Pág. 206. Dice además:

“Este término, T. por Déficit de Atención, no se utiliza aquí porque implica un conocimiento en procesos psicológicos del que se carece, y llevaría a incluir a niños con preocupaciones ansiosas, apáticos y soñadores, cuyos problemas son probablemente de diferente naturaleza”.(5) pag. 321.

“No obstante está claro que desde el punto de vista del comportamiento, el Déficit de Atención constituye un rasgo central de estos Síndromes Hiperkinéticos” (5) pag.321.

Así, plantea la in especificidad del síndrome cuando va solo, y la necesidad de ser más cuidadoso con el diagnóstico diferencial.

La CIE-10 especifica con una categoría diagnóstica diferenciada el Trastorno Hiperkinético Disocial (F 90.1).A pesar de que cuenta con otras categorías diagnósticas para los Trastornos Disociales (F 91). (2)(4)(5)

En la Clasificación Francesa estos trastornos están incluidos en la categoría n° 7 “Trastornos de las Conductas y de los Comportamientos”, que obliga al clínico a interrogarse sobre el significado de estos trastornos, investigando en primer lugar la presencia de una patología subyacente que implicaría la clasificación del sujeto en una de las cuatro primeras categorías del EJE I. En ese caso el T.D.A.H. aparecería como categoría complementaria. Sólo cuando el síndrome comportamental, el T.D.A.H. en este caso, es suficiente para delimitar el marco clínico, se codifica como diagnóstico principal. Por lo demás es equiparable en cuanto a las especificaciones a la CIE-10, salvo que no existe la categoría Trastorno Hiperkinético Disocial (F 90.1).



Tampoco la CFTMEA considera el TDAH tipo Déficit de Atención como entidad diagnóstica específica dentro de esta categoría.

Los criterios diagnósticos:

Son iguales en las dos clasificaciones DSM-IV TR (1) y CIE-10 (criterios de investigación) (2) Ambas piden una duración de síntomas mayor de 6 meses. Tener en cuenta el nivel de maduración y de desarrollo. La edad de comienzo menor de 7 años. Generalización de los síntomas (varios contextos). Y deterioro clínicamente significativo.

A1. Seis o más de los siguientes síntomas de **falta de atención** han persistido al menos durante seis meses con una intensidad que impide la adaptación y que no es acorde con el nivel de maduración y desarrollo.

Desatención

- (a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas o en actividades.
- (b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- (c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- (d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, u obligaciones (no se debe a comportamiento negativista o a 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 (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros,...)
- (h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- (i) A menudo es olvidadizo en las actividades diarias.

A2. Seis o más de los siguientes síntomas de **hiperactividad e impulsividad** han persistido al menos durante seis meses con una intensidad que impide la adaptación y que no es acorde con el nivel de maduración y 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 en que se espera que permanezca sentado.
- (c) A menudo corre, salta o trepa excesivamente en situaciones inapropiadas (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.(En la CIE10 incluido en impulsividad)

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 (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos).

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes **antes de los 7 años de edad**.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan **en dos o más ambientes** (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un **deterioro clínicamente significativo** de la actividad social, académica o laboral.



E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Pautas para el diagnóstico:

Lo que diferencia ambas clasificaciones son las pautas para el diagnóstico y no los criterios diagnósticos, siendo la **CIE-10 más restrictiva** al exigir que se cumplan 6 síntomas de desatención, 3 de hiperactividad y 1 de impulsividad; correspondiendo el diagnóstico de la **CIE-10 a un TDAH combinado y más severo** que en la DSMIV.

DSMIV	CIE10
<ul style="list-style-type: none"> • 6/9 de desatención y/o 6/9 de hiperactividad impulsividad • + SENSIBLE 	<ul style="list-style-type: none"> • 6/9 de desatención + 3/5 de hiperactividad + ¼ de impulsividad • + ESPECÍFICO

Esto es importante a la hora de valorar las cifras de Prevalencia que varían en función de las pautas utilizadas considerablemente.

- Prevalencia DSM-IV (3%- 7%)
- Prevalencia CIE-10 (1,5%)

Síntomas y antecedentes asociados:

Ambas clasificaciones dan cuenta de un buen número de **Síntomas asociados** que varían en función de la edad y del estado evolutivo. Se señalan los más importantes.

DSMIV	CIE10
<ul style="list-style-type: none"> • Baja tolerancia a la frustración • Arrebatos emocionales • Testarudez • Labilidad emocional • Disforia • Baja autoestima • Problemas escolares. • C.I. variable. • Rechazo de compañeros • Conflictos con profesores • Interacciones familiares negativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Desinhibición social • Conducta temeraria, accidentes frec. • Quebrantamiento impulsivo de normas sociales. • Baja autoestima • Problemas escolares • Coexistencia de torpeza motora y/o trastornos de aprendizaje (F.80–F.89) • Rechazo de compañeros • Alteraciones del comportamiento



No son ni suficientes ni necesarios para el diagnóstico, y no constituyen verdaderos trastornos. (5)

Los problemas escolares y los **déficit académicos** son más frecuentes en los TDAH tipo **desatento o combinado**. (1)

El **rechazo** de compañeros es más frecuente en TDAH **hiperactivo-impulsivo o combinado**. (1)

Los niños con TDAH **desatento** tienden a ser socialmente pasivos y parecen más bien desestimados que rechazados por sus compañeros. (1)

Pueden aparecer alteraciones del comportamiento sin llegar a cumplir criterios diagnósticos para otro trastorno.

Antecedentes asociados según la DSM IV TR (1)

- Exposición a toxinas, fármacos durante el embarazo.
- Retraso mental
- Historia de: Maltrato, Abandono, Acogidas Familiares múltiples, etc.

Que pueden ser entendidos como factores de **vulnerabilidad orgánica** recogidos en (EJE III- DSM-IV, EJE IV-CIE-10) y **psicológica** (EJE IV-DSM-IV, EJE V-CIE-10).

Trastornos asociados – comorbilidad:

Una de las mayores discrepancias y dificultades diagnósticas son las que conciernen a la **Comorbilidad versus Diagnóstico Diferencial**, siendo las diferencias muy importantes según los diferentes autores. La CIE-10 es más estricta que la DSM-IV TR con respecto al diagnóstico de comorbilidad, insistiendo en la necesidad de descartar otros trastornos que tienen prioridad sobre el diagnóstico de TDAH. La Clasificación Francesa también establece

prioridades dividiendo sus categorías clínicas en principales o de base, las cuatro primeras, que tienen preferencia para el diagnóstico, sobre las siguientes, consideradas complementarias, entre las que se incluye el TDAH.

Parece aceptado que el TDAH más frecuentemente que otros trastornos mentales se asocia a **Trastornos de Conducta**, sobre todo el tipo Combinado. Un 50% de los casos tienen un **Trastorno Desafiante o Trastorno Disocial** comórbido. (1)

El Síndrome de La Tourette se asocia al TDAH en el 50% de los casos, pero no al revés, la mayoría de los niños con TDAH no desarrollan Síndrome de La Tourette, cuando se dan juntos, el inicio del TDAH suele preceder al síndrome de La Tourette. (1)

Para la CIE 10 el problema fundamental para el diagnóstico radica en la diferenciación con el **Trastorno Disocial**, el Trastorno Hiperactivo tiene prioridad. No obstante, en los trastornos disociales son frecuentes los grados leves de hiperactividad y alteración de la atención. Cuando están presentes tanto los rasgos de TDAH como los de trastorno disocial, si la hiperactividad es intensa y generalizada el diagnóstico será trastorno hiperactivo disocial (F.90.1). (2) (5)

Diagnóstico Diferencial (DSM-IV TR – CIE-10)

El Diagnóstico Diferencial con otros trastornos mentales incluye prácticamente toda la psicopatología, desde la hiperactividad normal de niños pequeños hasta los trastornos más graves del desarrollo.

- Hiperactividad normal de los niños pequeños.
- T. Reactivos (Adaptativos, T. Stress Posttraumático).
- T. de Ansiedad.
- T. Humor.
- T. Generalizado del Desarrollo.
- Esquizofrenia y otros T. Psicóticos.



- T. Relacionado con Sustancias.
- Retraso Mental.
- C.I. Alto en contextos poco estimulantes.
- T. Negativista Desafiante y T. Disocial.
- T. del Aprendizaje.
- T. de Vinculación en la Infancia.

Algunos trastornos pueden ser también comórbidos, la posibilidad de ir añadiendo otros diagnósticos se deja a criterio clínico (si el trastorno no aparece solo en el curso de otro, si puede o no ser secundario, si produce un deterioro importante y merece ser atendido específicamente etc.). (1) (6)

Por ejemplo: Con **El Retraso Mental** puede establecerse doble diagnóstico sólo si se considera que los síntomas de TDAH son lo suficientemente importantes teniendo en cuenta la edad mental del niño. (1)

Con **El T. Negativista Desafiante** puede ser complicado hacer el diagnóstico diferencial, dice la DSM IV: “algunos niños con TDAH presentan secundariamente actitudes negativistas hacia ciertas tareas y devalúan su importancia, a menudo como una racionalización de su fracaso”. (1) pag. 104.

Los Trastornos del Aprendizaje pueden ser Sintomatología Asociada, T. Comórbido, Y Diagnóstico Principal. “Un T. del Aprendizaje no identificado, atribuido erróneamente a un T. del Comportamiento puede conducir a un Fracaso Escolar y tener un efecto perjudicial en el funcionamiento general del niño y en su autoestima”. (7) pag. 493.

“Los **T. del Lenguaje** pueden dar lugar a T. de Conducta y a veces están relacionados con Hiperactividad Motora y Desatención grave”. (7) pag. 494.

“El **inicio agudo** de un comportamiento Hiperactivo en un niño en edad escolar es más probable que sea debido a: Trastorno Reactivo, Estado Maníaco, T. Generalizado del

Desarrollo, Esquizofrenia, o Enf. Neurológica”. (5) pag. 324.

La CIE-10 señala expresamente en sus pautas para el diagnóstico, que la hiperactividad y la alteración de la atención pueden ser síntomas de un T. de Ansiedad o de un T. depresivo. Si se cumplen criterios diagnósticos para estos trastornos, **T. de Ansiedad** (F 40, F 41, F 43 Y F 93) y **T. Depresivos** (F 30–F39) Estos tienen prioridad sobre el diagnóstico de TDAH, aunque exista disminución de la concentración, agitación psicomotriz y alteraciones conductuales (muy frecuentes en los niños y adolescentes deprimidos). (5) pag. 324.

La CIE 10 incluye en Los T. de Ansiedad los T. Reactivos, Los T. Adaptativos y Los T. de Estrés Posttraumático. Señala además que en niños y adolescentes la variedad de los síntomas con que se manifiesta la Ansiedad generalizada es menor que en los adultos (F 41.1). Y los síntomas de activación autonómica son menos prominentes. No es fácil determinar si el niño ha desarrollado hiperactividad y falta de atención a causa de la ansiedad, o si la ansiedad ha dado lugar a la falta de atención e hiperactividad (2). En cambio la DSM-IV TR recomienda realizar ambos diagnósticos, considerándolos comórbidos al TDAH. (1)

Puede ser también particularmente difícil diferenciar el TDAH de un **Trastorno de la Vinculación**, con alteraciones frecuentes del desarrollo psicológico y síntomas de hiperactivación, ansiedad, inquietud motora, dificultades de concentración, déficits nutricionales etc., o establecer el diagnóstico de comorbilidad.

Es preciso además realizar diagnóstico diferencial con:

- Malnutrición.
- Problemas del sueño.
- Alteraciones de la visión y de la audición.
- Enfermedades endocrinológicas (Diabetes, Hiper-Hipotiroidismo).
- Anemia.



- Alteraciones electrolíticas.
- Enfermedades Neurológicas (epilepsia, daño cerebral,...).
- Patología Neuromuscular.
- Drogas, alcohol, tabaco durante el embarazo.
- Síndromes metabólicos.
- Otros: Cromosoma X frágil, Intoxicación por plomo, estreñimiento grave y dolor crónico.

Con todo, no se nos escapa que a pesar de la declaración inicial de intenciones sobre la neutralidad de las clasificaciones nosológicas, subyacen modelos de comprensión muy diferentes sobre este síndrome, que hacen que se extremen las diferencias sobre las cifras de prevalencia, y que tienen relación con la forma en que se formulan y se aplican los criterios y pautas diagnósticas. Posiciones teóricas que van desde el **Modelo Fisiológico** que afirma la naturaleza neurobiológica del trastorno, busca marcadores biológicos, que verifiquen esta hipótesis y entiende la existencia muy frecuente de otros trastornos de índole psicológica como una comorbilidad asociada, más cercano a la DSM-IVTR y el **Modelo Psicopatológico**, que entiende el TDAH como la manifestación de un conjunto de síntomas vinculados a diferentes componentes etiopatogénicos y diferentes organizaciones de la personalidad con diversos tipos de funcionamiento mental, más próximo a la CIE-10 y a la Clasificación Francesa.

El proceso diagnóstico

Diferentes autores (1) (2) (3) (8) (9), entre ellos la guía **NICE** (National Institute for Clinical Excellence) (10) coinciden en señalar que hoy en día no existe ninguna prueba específica, ni biológica ni psicológica, que permita asegurar el diagnóstico de TDAH, por lo que el diagnóstico es fundamentalmente **clínico**. La realización de otros exámenes sirven para descartar otras causas de hiperactividad e inatención diferentes. La guía NICE nos recuerda que los síntomas característicos del TDAH, están presentes en la población general, variando en

severidad y que por tanto no debería considerarse un diagnóstico categorial.

La entrevista clínica es considerada con diferencia la herramienta mas importante en la evaluación diagnóstica, recogiendo información, al menos de tres fuentes, los padres, niño y colegio, utilizando los **criterios DSM-IV o CIE-10**, tanto para la presencia de síntomas como para los otros criterios de inicio, duración, generalización en distintos ambientes, y deterioro clínicamente significativo, teniendo en cuenta el estadio evolutivo y que los síntomas no aparezcan en el transcurso de, o se expliquen mejor por otro trastorno, aplicados por profesionales con experiencia.

Aunque pueden ser muy útiles en ningún caso los cuestionarios deben usarse como único método para establecer el diagnóstico ni como sustituto de una buena entrevista clínica **con los padres y con el niño**, donde pueden recogerse, antecedentes de enfermedades médicas y/o psicológicas del niño y su familia, tratamientos farmacológicos, la historia del desarrollo, detectar otras dificultades y la percepción del niño sobre su problema, valorar el rendimiento escolar, y de áreas específicas del aprendizaje.

En el proceso diagnóstico es muy importante evaluar el **funcionamiento familiar** (modelos de comunicación, estilos de crianza, conflictos conyugales estrés...) y el **contexto psicosocial** del niño (impacto del ambiente, de la situación vital del niño, demandas externas...).

Se aconseja una valoración psiquiátrica de las posibles comorbilidades comúnmente asociadas al TDAH o de los trastornos que pueden ser confundidos con él.

Considera imprescindible en la evaluación

- Entrevista padres, Evaluación del niño.
- Información de los profesores.
- Criterios DSM-IV, CIE-10.



Recomendable

Pruebas de visión y audición. Analítica general. Pruebas Neuropsicológicas, Evaluación pedagógica. Evaluación del C.I. (diferenciación verbal-manipulativo)

Necesarias solo si hay sospecha de otros problemas

Análisis Genético, E.E.G., R.M.N.

Conclusión

Para terminar, “Algunos autores apuntan que el TDAH puede considerarse como un **Trastorno del Desarrollo**, con distintas presentaciones de síntomas que aparecen en diferentes etapas de la vida. Cada vez está más aceptado que las diversas fases evolutivas del trastorno no están bien representadas en los sistemas actuales de clasificación diagnóstica, y que deberían aclararse en el futuro”. (7) pag. 490.

Que se trata “de un síndrome complejo más fácil de comprender investigar y tratar en un **Contexto Biopsicosocial**”. (7) pag. 503.

Y que “En el futuro será necesario entender mejor los subgrupos de pacientes, diferenciarlos por enfermedades asociadas o por **Diversos Subtipos Etiológicos** del trastorno y aprender a predecir cómo difieren estos pacientes en cuanto a la evolución natural de los síntomas y morbilidad asociada”. (7) pag. 503.

Contacto:

Ana Berta Jará Segura
UPI. Galdakao
Galdakao-48960. Bizkaia.
Tximelarre nº 3

Tfno.: 94 456 52 16; Fax.: 94 457 03 71
e-mail: anaberta.jarasegura@osakidetza.net



BIBLIOGRAFÍA

- 1 APA. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado DSMIV TR. Edt. MASSON 2002.
- 2 OMS. Guía de Bolsillo de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10.-CDI Criterios diagnósticos de investigación Edt. MÉDICA PANAMERICANA. 2000.
- 3 Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y Salud Mental 1ª Edición en castellano de la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA-R-2000) Edt. POLEMOS Buenos Aires, 2004.
- 4 OMS. Clasificación Multiaxial de los Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes CIE-10. Edt. MÉDICA PANAMERICANA. 2001.
- 5 OMS. Décima revisión de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico Edt. MEDITOR. 1992.
- 6 APA. Manual de Diagnóstico Diferencial DSMIV Edt. MASSON 1996.
- 7 WIENER J.M., DULCAN M.K. Tratado de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. Edt. MASSON 2006.
- 8 SOUTULLO, DIEZ Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH. Edt. MÉDICA PANAMERICANA. 2007.
- 9 BROWN THOMAS E. Trastorno por Déficit de Atención. Edt. MASSON 2006.
- 10 NICE. National Collaborating Centre for Mental Health. 2008. NICE, Guía Clínica 72.