

# Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Manifestaciones clínicas y evolución. Diagnóstico desde la evidencia científica

M.I. Hidalgo Vicario\*,  
L. Sánchez Santos\*\*

\*Pediatra. Doctora en Medicina. Centro de Salud Barrio del Pilar. Área Norte SERMAS. Madrid.

\*\*Pediatra. Profesor asociado Universidad de Santiago. Grupo trabajo TDAH de la SEPEAP



## Resumen

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) representa el problema del neurodesarrollo más frecuente en la edad infantojuvenil. Es un trastorno heterogéneo y crónico que se inicia en etapas precoces de la vida y evoluciona hasta la edad adulta en un gran porcentaje de los pacientes. Los síntomas del TDAH varían según la edad, el sexo, el contexto y el temperamento del paciente, así como la presencia o no de comorbilidad y tienen un gran impacto en todas las áreas del funcionamiento del niño (cognitivo, académico, familiar, conductual y social). Por ello, es preciso un diagnóstico y tratamiento precoces. El diagnóstico es exclusivamente clínico y no existe ningún marcador psicológico o biológico, prueba o test patognomónico del trastorno. En este artículo se analizan las manifestaciones clínicas, el pronóstico y la evaluación diagnóstica. El pediatra de Atención Primaria está en una situación estratégica para actuar, por lo que debe conocer y estar formado en el TDAH. En muchas ocasiones, necesitará la ayuda de otros profesionales para conseguir el mejor funcionamiento posible del paciente

## Abstract

*Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) represents the most common neurodevelopmental problem in the pediatric and adolescent years. It is a heterogeneous and chronic disorder that begins in early stages of life and that evolves into adulthood in a large percentage of patients. ADHD symptoms vary depending on age, sex, social context, the patient's temper and the presence or absence of comorbidity. These symptoms cause a major impact on all the functioning areas of the child (cognitive, academic, family, behavioral and social). Therefore an early diagnosis and treatment is necessary. The diagnosis is only made by the clinical history and there is no psychological or biological marker or test that is pathognomonic of the disorder. This article describes the clinical manifestations, prognosis and diagnostic evaluation. The primary care pediatrician is in a strategic position to act and hence he/she should know about ADHD and be trained in it. On many occasions he/she will need the help of other professionals so as to achieve the best patient outcome*

**Palabras clave:** Déficit de atención; Hiperactividad; Clínica; Diagnóstico; Niños; Adolescentes.

**Key words:** Attention deficit; Hyperactivity; Symptoms; Diagnosis; Children; Adolescents.

*Pediatr Integral 2014; XVIII (9): 609-623*

## Introducción

**El TDAH es un trastorno neuropsicobiológico que condiciona un importante problema de salud en el presente y futuro del paciente. Existe una alteración de las funciones ejecutivas.**

El trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) se considera un trastorno del neurodesarrollo y puede definirse como, un patrón persistente de déficit de atención y/o hiperactividad-impulsividad que resulta desadaptativo e incoherente en relación al nivel de desarrollo del paciente, interfiere en la actividad diaria y está presente antes de los 12 años de edad. Es el trastorno neuropsicobiológico más frecuente en la edad infanto-juvenil.

El TDAH representa un importante problema de salud debido a varias razones<sup>(1-3)</sup>: su alta prevalencia durante la infancia, afecta al 5-7% de la población escolar, siendo más frecuente entre los varones; su inicio precoz, incapacitante y crónico (el trastorno se inicia en la infancia, continúa durante la adolescencia y edad adulta hasta en el 40-70% de los casos); la afectación de las diferentes esferas comportamentales (familiar, escolar y social); y su alta comorbilidad, por lo que siempre deben investigarse otras patologías asociadas que conllevan un gran riesgo para el paciente, tanto en el presente como en el futuro. Diversos estudios indican que estos pacientes además, generan un gasto médico y de utilización de recursos médicos (consultas, urgencias, hospitalización) de más del doble que los pacientes sin el trastorno<sup>(2)</sup>. Por ello es necesario, un diagnóstico y tratamiento lo más precoz posible para mejorar el pronóstico.

En el TDAH se observa una alteración de las funciones ejecutivas<sup>(4,5)</sup>. Estas son las capacidades cognitivas para atender a un estímulo, planificar y organizar una acción, reflexionar sobre las posibles consecuencias de las acciones e inhibir la primera respuesta automática, cambiándola

por otra más adecuada. Las funciones alteradas en los pacientes con TDAH son: la memoria de trabajo, la inhibición motora, cognitiva y emocional, la atención selectiva y sostenida, la fluidez verbal, la planificación, la flexibilidad cognitiva y el control de las interferencias.

Dado su origen y las características clínicas, además de los servicios sanitarios, deben implicarse en su abordaje los servicios educativos, psicopedagógicos y sociales. El pediatra de Atención Primaria (PAP), por su conocimiento del niño y su familia desde el nacimiento, así como por su accesibilidad y el vínculo que se establece hasta la adolescencia, ocupa un lugar privilegiado para poder ayudar a estos pacientes.

## Manifestaciones clínicas

**Los síntomas nucleares del TDAH (inatención, hiperactividad e impulsividad) tienen un gran impacto en todas las áreas del funcionamiento del niño (cognitivo, académico, familiar, conductual y social).**

Los síntomas clínicos varían desde simples a más complejos, manifestándose de forma diferente según: la edad, el sexo, el contexto en el cual se desarrolla el paciente, las características de la propia persona y la presencia de comorbilidad<sup>(6)</sup>. Con la edad disminuyen todos los síntomas, sobre todo, la hiperactividad e impulsividad, pero la inatención es la característica que más perdura en el tiempo. Las niñas con TDAH suelen presentar menos hiperactividad/impulsividad y agresividad que los niños. Los síntomas dependen del contexto, ya que disminuyen en situaciones muy organizadas, estructuradas, novedosas e interesantes, y aumentan en situaciones que requieren atención, un esfuerzo mental mantenido y que carecen de novedad y atractivo. Además los síntomas disminuyen cuando hay supervisión individual (del padre o profesor) o se les gratifica con frecuencia por el buen comportamiento, y suelen empeorar en un contexto grupal.

## La inatención

Se caracteriza por la dificultad para mantener la atención (“se le va el santo al cielo”, “está en su mundo”) y por aburrimiento al cabo de pocos minutos de iniciar una actividad; por ello, cambia frecuentemente de tareas, incluso de juegos, sobre todo si son monótonos o repetitivos. Mantiene la atención de forma automática y sin esfuerzo para las actividades y tareas que le gustan, pero la atención consciente y selectiva para completar las tareas habituales o para aprender algo nuevo le es muy difícil. No presta atención a los detalles: a los signos de operaciones matemáticas, enunciados de ejercicios y la ortografía. Comete errores por descuido o despiste: se pone la ropa del revés, se equivoca en tareas que sabe hacer, tiene un rendimiento inferior a su capacidad y no aprende de los errores. Presenta dificultades para completar actividades: deja las tareas a medias. Presenta dificultades para organizarse y planificarse: comienza los problemas por la mitad, deja las cosas para el final y no le da tiempo. Evita tareas que requieren esfuerzo mental: deberes, crucigramas, puzzles. Pierde cosas: material escolar, ropa, juguetes. Se distrae con facilidad o por estímulos externos: oye un ruido y va a ver qué pasa, en clase piensa en lo que ve por la ventana o en el recreo. Se olvida de encargos o actividades: olvida para que fue a la habitación, apuntar los deberes, entregar los trabajos en clase. Parece que no escucha cuando se le habla directamente y hay que repetirle las cosas muchas veces. La inatención es más aparente hacia los 9 años.

## La hiperactividad

Se manifiesta porque el niño parece estar siempre en movimiento, no puede estar quieto en su asiento, su hiperactividad no suele tener un propósito concreto o definido, es “moverse por moverse”: cambios de postura, enredar con las manos, hacer ruidos con el libro... Se levanta en situaciones en las que debería estar sentado: en clase, a la hora de comer, en restaurantes... Corre o se sube a las alturas de forma excesiva o inapropiada en situaciones en las que no resulta adecuado

hacerlo, por ello son propensos a sufrir accidentes y tienen problemas de disciplina. Hacen ruido excesivo mientras realizan actividades o mientras juegan (golpea la mesa, tira los juguetes, da gritos, desarma cosas...). Habla excesivamente, a veces no se les entiende por las dificultades para organizar las ideas que quieren transmitir. Con frecuencia los padres refieren que el niño actúa como si estuviera “activado por un motor”.

### La impulsividad

Se expresa por una incapacidad de controlar las acciones inmediatas o pensar antes de actuar. Responde antes de que la pregunta haya sido completada, realiza comentarios inapropiados sin pararse a pensar en las consecuencias, tendencia a pelearse, insultar, meterse en líos, cruzar la calle sin mirar. Dificultad para esperar su turno, quiere ser el primero y se muestra impaciente. Interrumpir las conversaciones o juegos de otros (conversaciones de los padres, juegos de los amigos). La hiperactividad e impulsividad se observa más sobre los 4 años, aumenta con la edad y a partir de los 7-8 años empieza a disminuir.

En general, la inatención o déficit de atención está más asociado a las dificultades académicas y a la incapacidad de conseguir objetivos. La hiperactividad e impulsividad se relacionan más con las alteraciones de las relaciones sociales y diversas comorbilidades, como trastornos de la conducta y problemas psiquiátricos.

Además de los tres síntomas nucleares del TDAH, existen otras dificultades asociadas<sup>(1)</sup>:

- *Dificultades para relacionarse socialmente con sus iguales y con los adultos.* Presentan comportamientos desinhibidos, insisten excesivamente en satisfacer sus necesidades y no piensan sus acciones; por ello, surgen conflictos con el entorno (padres, hermanos, profesores y compañeros) y son impopulares, tienen amigos poco duraderos y suelen, a veces, estar aislados.

- *Problemas en el aprendizaje.* Debido a la dificultad para organizarse y escasa memoria de trabajo, presentan dificultades en el lenguaje, la lectura, escritura y cálculo matemático.
- *Rendimiento académico por debajo de su capacidad.* Un niño con TDAH con un CI normal o alto, puede sacar notas muy ajustadas, suspender, requerir refuerzo escolar, adaptación curricular, repetir curso e incluso abandonar los estudios.
- *Dificultad para la expresión verbal,* por no ordenar sus ideas antes de transmitir el mensaje.
- *Torpeza motora fina* (mala caligrafía) y gruesa (niño torpe y malo en los deportes, se cae frecuentemente, se dan golpes y tiene accidentes y fracturas).
- *Escasa tolerancia a la frustración,* a la que puede reaccionar con irritabilidad o labilidad emocional.
- *Escasa noción y manejo del tiempo,* lo que conlleva dificultades académicas y en las relaciones sociales.
- *Tendencia a tener una autoestima baja,* por las repercusiones negativas que todos sus síntomas tienen en todas las áreas de su funcionamiento.
- *Tendencia a involucrarse en conductas de riesgo,* por comportamientos impulsivos: consumo de drogas, conducir a gran velocidad (accidentes de tráfico), inicio temprano de la actividad sexual (riesgo de infecciones sexuales, embarazo y paternidad precoz), peleas y violencia.

### Evaluación diagnóstica. Evidencia científica

Según las diferentes Guías de Práctica Clínica, el diagnóstico del TDAH es exclusivamente clínico. El PAP debe iniciar una evaluación para identificar un posible TDAH en todo niño de 4-18 años que presente problemas académicos o conductuales y síntomas de inatención, hiperactividad o impulsividad (calidad de la evidencia B/ recomendación fuerte).

En 2011, la Academia Americana de Pediatría<sup>(7)</sup> actualizó las Guías de Práctica Clínica (GPC) sobre TDAH publicadas en 2000-2001 y 2005 e hizo las siguientes recomendaciones dirigidas al PAP respecto a la evaluación. La calidad de la evidencia B/recomendación fuerte:

1. El PAP debe iniciar una evaluación para identificar un posible TDAH en todo niño de 4-18 años que presente problemas académicos o conductuales y síntomas de inatención, hiperactividad o impulsividad.
2. Para establecer un diagnóstico, el PAP debe comprobar que se cumplen los criterios del DSM-IV (actualmente publicado el DSM-5). La información debe obtenerse principalmente de los padres, tutores, maestros, otros clínicos escolares y de salud mental involucrados en el cuidado del niño. El PAP debe descartar también otra posible causa alternativa.
3. Durante la evaluación del niño para identificar el TDAH, el PAP debe descartar otros trastornos que pudieran coexistir con el TDAH, como los trastornos emocionales o de la conducta (p. ej., trastornos de ansiedad, depresión, negativista desafiante o de conducta disocial), los trastornos del desarrollo (p. ej., trastornos del aprendizaje y del lenguaje u otros trastornos del neurodesarrollo) y trastornos físicos (p. ej. tics, apnea del sueño).

Según las diferentes GPC<sup>(8)</sup> que se pueden ver por orden de aparición en la tabla I, el diagnóstico del TDAH es exclusivamente clínico. Se basa en una historia clínica detallada que investigue los síntomas clínicos específicos del trastorno. Es necesario obtener evidencias directamente de los diferentes entornos: familiar y escolar, sobre todo. No existe ningún marcador psicológico o biológico, prueba o test patognomónico del trastorno. Nunca debe usarse una respuesta positiva a la medicación como herramienta diagnóstica.

**Tabla I.** Guías de práctica clínica del trastorno por déficit de atención e hiperactividad

<i>Organismo</i>	<i>País</i>	<i>Fecha publicación</i>
American Academy of Pediatrics (AAP)	EE.UU.	2001, 2005, 2011
Cincinnati Children's Hospital Medical Center	EE.UU.	2004
European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP)	Union Europea	2004
European Child & Adolescent Psychiatry	Unión Europea	2006
The Texas Children's Medication Algorithm (Texas)	EE.UU.	2006
American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)	EE.UU.	2007
Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)	EE.UU.	2007
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	Reino Unido	2009, 2013
Canadian ADHD Practice Guidelines (CADDRA)	Canadá	2008, 2011
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	Reino Unido	2005, 2009
Royal Australasian College of Physicians (RACP)	Australia	2009
Guía de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud	España	2010

En la tabla II, se pueden observar las recomendaciones y evidencias de la GPC de nuestro Sistema Nacional de Salud<sup>(9)</sup> para el diagnóstico del TDAH publicadas en 2010. La población diana son los niños de 6-17 años diagnosticados de TDAH en los diferentes subtipos con/sin comorbilidad, tanto en el ámbito de la Atención Primaria como en el de la especializada. El grado de recomendación se clasifica en A, B, C, D según la evidencia científica sea muy buena, buena, regular o de baja calidad. En situaciones en que la evidencia no es clara, pero el grupo de trabajo considera oportuno una recomendación por consenso, se denomina "buena práctica clínica" y se señala con √.

Para realizar una adecuada evaluación clínica son necesarias<sup>(1-3,5-9)</sup>:

**Historia clínica.** Se indagará sobre los síntomas nucleares, la edad de inicio, duración, el contexto o contextos en que presenta los síntomas, evolución, y la repercusión sobre el funcionamiento del niño y su familia. Se deben investigar los antecedentes personales, embarazo (exposición a drogas, infecciones u otros proble-

mas), parto y periodo perinatal y posnatal (prematuridad, sufrimiento fetal, hipoxia, hipoglucemia o malformaciones). Interesa saber cómo ha sido el desarrollo madurativo psicomotor y social, si hubo fertilización in vitro, si fue adoptado y la nacionalidad. Recoger información sobre la posible existencia de enfermedades médicas previas, como: infecciones, traumatismo craneoencefálico, problemas neurológicos, trastornos del sueño y posible comorbilidad psiquiátrica. Se valorará el funcionamiento psicosocial del paciente en la familia, escuela y con los amigos.

En AP es muy fácil realizar la detección precoz del TDAH en los exámenes periódicos de salud, para ello se pueden realizar preguntas como: ¿Qué tal le va en el colegio? ¿Va contento? ¿Han detectado problemas de aprendizaje? ¿Cómo es el comportamiento en el colegio, en casa y con los amigos? ¿Tiene problemas para terminar las tareas escolares? Dado el fuerte componente genético, se investigaran los antecedentes familiares en los padres sobre posibles enfermedades físicas y mentales, así como el funcionamiento familiar y la posible

presencia de maltrato. Es conveniente entrevistar al propio paciente además de con la familia, de forma individual, valorando los apoyos del entorno y cómo percibe y explica sus síntomas.

**Se tendrá en cuenta que las manifestaciones clínicas varían según la edad.** Las GPC enfatizan las recomendaciones para la evaluación, generalmente entre los 6 y los 12 años<sup>(8,9)</sup>; sin embargo, los síntomas clínicos varían su expresión desde la lactancia hasta la adolescencia y edad adulta:

- *En niños pequeños de 1-3 años*, el diagnóstico es muy difícil. Suelen ser lactantes irritables con variación temperamental que dan problemas para dormir, gases o cólicos; posteriormente, se observa una marcada impulsividad, con una adaptación social limitada, en la interacción del niño con la familia y el entorno. No obedece, no respeta las normas y molesta. Suele haber alteraciones del sueño, del lenguaje y del desarrollo motor.
- *En los preescolares de 3-6 años*, puede observarse menor intensidad y duración en el juego, prefieren los juegos deportivos

sobre los educativos y les gusta desmontar y destrozarse juguetes, presentan inmadurez emocional, gran inquietud motora, déficits en el desarrollo, conducta desafiante, problemas de adaptación social, accidentes y dificultades en la coordinación motora, son niños torpes, con dificultad en el aprendizaje (los colores, los números y las letras, igualmente en la comprensión de la figura humana en el dibujo). El diagnóstico sigue siendo difícil, ya que la hiperactividad, impulsividad y déficit de atención pueden ser propios de la edad. Es importante valorar si se afecta la socialización, el aprendizaje y la interacción padres-hijos.

- *En la etapa escolar 6-12 años*, suele ser cuando aumentan las consultas a los profesionales de la salud. Es el grupo de edad para el que se dispone de la mejor evidencia científica, tanto para el diagnóstico como el tratamiento. Los

síntomas nucleares se manifiestan de forma más clara. Los niños acaban siendo rechazados por sus compañeros, amigos y hermanos, sufren las reprimendas de padres y profesores, lesionándose su autoestima. Todo ello condiciona un círculo cerrado que contribuye a exacerbar la sintomatología.

- *En la adolescencia*, disminuye la hiperactividad y se mantiene cierto grado de inquietud e impaciencia, mientras que la inatención suele ser más notoria. Son frecuentes los problemas académicos, la baja autoestima, el aumento de la comorbilidad, problemas de comportamiento con la familia y el entorno y aumento de las conductas de riesgo: uso de drogas, sexo arriesgado, accidentes, violencia, delincuencia y riesgo de suicidio... En esta época se solapan las manifestaciones propias de la adolescencia (inseguridad, presentismo, predominio de la acción sobre la reflexión, la

invulnerabilidad, el rechazo a las normas adultas...) con las manifestaciones de un posible TDAH y el incremento de la comorbilidad. Además, los pacientes pueden referir menos afectación de los síntomas nucleares (se acostumbran), la información de padres y profesores es menos fiable (menos tiempo en casa y muchos profesores). Por ello, reconocer durante esta etapa el TDAH puede ser a veces una tarea complicada y requiere la ayuda de otros profesionales.

- *El 40-60% de los pacientes, continuarán en la edad adulta* con inestabilidad emocional, mayor riesgo de problemas familiares, en el trabajo, con menor nivel socioeconómico del previsto por su potencial y diversas patologías psiquiátricas que ocultan el TDAH de base (abuso de drogas, ansiedad, depresión, trastorno bipolar, antisocial o límite de la personalidad).

**Tabla II.** Recomendaciones de la GPC del Sistema Nacional de Salud para el diagnóstico del TDAH - 2010

<b>Recomendaciones</b>	<b>Evidencia</b>
Para el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes, se recomienda emplear los criterios diagnósticos Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR* o de la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10	<b>Grado D</b>
El diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes es exclusivamente clínico	<b>Grado D</b>
Debe ser realizado por un facultativo con entrenamiento y experiencia en el diagnóstico del TDAH y sus comorbilidades más frecuentes	<b>Grado D</b>
Debe realizarse mediante entrevistas clínicas a los padres y al paciente, obtención de información de la escuela, revisión de antecedentes familiares y personales, y exploración física y psicopatológica del paciente	<b>Grado D</b>
Las escalas específicas para el TDAH pueden usarse, de forma complementaria y nunca como sustitutos de la entrevista clínica, para detectar la presencia y evaluar la intensidad de los síntomas nucleares	<b>Grado C</b>
Los cuestionarios de psicopatología general pueden usarse para el cribado de la comorbilidad	√
La exploración neuropsicológica del TDAH no es imprescindible para el diagnóstico, pero resulta útil para conocer el perfil de habilidades y dificultades en el funcionamiento cognitivo y la comorbilidad con trastornos específicos del aprendizaje	<b>Grado C</b>
La evaluación psicopedagógica es útil para valorar las dificultades y el estilo de aprendizaje, y establecer los objetivos de la intervención reeducativa	<b>Grado D</b>
No están indicadas las pruebas complementarias de laboratorio, de neuroimagen o neurofisiológicas, a menos que la valoración clínica lo justifique	<b>Grado B</b>

\*Recientemente en 2013 se han actualizado los criterios del DSM-IV-TR y se ha publicado el DSM-5



**Exploración completa**, incluyendo: peso, talla, tensión arterial, pulso, visión, audición, signos dismórficos, anomalías cutáneas y exploración neurológica. Puede mostrar signos que orientan a determinados síndromes que cursan con TDAH, como el síndrome de X frágil o el de alcoholismo fetal. También, es preciso conocer el estado del paciente antes del posible inicio de un tratamiento farmacológico y valorar posteriormente si aparecen efectos secundarios.

**Observar al paciente en diferentes contextos** (casa, colegio, ocio). Los síntomas pueden no aparecer en una entrevista rutinaria, y pueden ser necesarias varias consultas para una adecuada evaluación. Se tendrá presente, como hemos comentado, que los síntomas varían según el contexto, empeoran en situaciones que requieren atención mantenida, esfuerzo mental o no tienen atractivo ni supervisión. Es de ayuda, sobre todo en preescolares y adolescentes, obtener información de diferentes ámbitos, también si hay discrepancias entre padres y profesores (diferentes expectativas, estructuras o estrategias de conducta).

**El uso de escalas y cuestionarios autoaplicados para padres, profesores y el propio evaluador** ayudan junto con la entrevista a la evaluación del paciente. Nunca se realizará el diagnóstico exclusivamente por la evaluación de cuestionarios. Se dispone de dos tipos de instrumentos: unos dirigidos específicamente hacia el TDAH (derivados de los criterios del DSM), y otros más amplios e inespecíficos para realizar una evaluación más general del paciente. Entre los primeros, se dispone del Cuestionario de Evaluación del TDAH de Du Paul (1998) para niños de 5-17 años, que cuenta con una versión para padres y profesores y está validado en nuestro país por Servera y Cardo en 2008. El Test de Conners o el SNAP-IV están, igualmente, validados para la población española. Entre los segundos, está el SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) de Goodman, cuestio-

nario de capacidades y dificultades con 5 subescalas, una de ellas incluye síntomas de hiperactividad y está disponible gratuitamente en [www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com); y el CBCL (Child Behavior Checklist) de Achenbach, que explora dificultades en diversos ámbitos. Según el paciente, también puede ser necesario utilizar cuestionarios específicos de depresión o ansiedad, entre otros.

**La evaluación neuropsicológica** no puede usarse para confirmar o descartar el TDAH, sirve para apoyar la evaluación clínica, dar información sobre la situación del paciente (capacidad cognitiva, lectura, escritura, atención, planificación, flexibilidad cognitiva...), realizar el diagnóstico diferencial y ayudar para el apoyo terapéutico. Entre ellas destacan: el *Continuous Performance Test* (CPT), el *Stroop colour-word interference Test*, figura completa de Rey-Osterrieth, Dígitos directos e inversos, el test de caras, etc. En muchas ocasiones, será preciso una evaluación psicométrica, el coeficiente intelectual (CI) con el WISC. Actualmente, esta evaluación se realiza por parte del equipo de orientación psicopedagógica escolar y facilita así la disposición por parte del PAP.

Se puede realizar una exploración cognitiva en la consulta, teniendo en cuenta que las respuestas dependen de la edad, para ello puede ayudarnos realizar las siguientes acciones:

- Pedir al niño que nos relate un evento reciente: cumpleaños, actividad deportiva, libro, película. Así se valora si el lenguaje es fluido, coherente y organizado.
- Pedir al niño que siga un orden de 3 pasos (secuencia). Que nos repita 4 palabras, que las recuerde y que las repita de nuevo cuando se le pregunte en 5 o 10 minutos. Que lea un texto y lo resuma, calculo mental... (memoria, atención, concentración).
- Preguntar a los padres si el niño tiene dificultad para tomar nota de mensajes telefónicos o recordar instrucciones en clase, si la edad es apropiada. Valora la memoria a corto plazo.

- Observar al niño utilizando un lápiz para copiar símbolos y palabras (motricidad viso-perceptiva).
- Evaluar los cuadernos escolares, las evaluaciones de los profesores.

**Pruebas complementarias.** No está indicada la realización de análisis y estudios que no tengan una sospecha clínica razonable. Según la clínica del paciente, se pueden realizar: hemograma, metabolismo del hierro, perfil hepático, estudio hormonal tiroideo, ECG, polisomnografía, EEG, análisis genético o pruebas de neuroimagen, siempre que tras una adecuada historia clínica se demuestre su pertinencia para el diagnóstico. El análisis genético y las pruebas de neuroimagen se utilizan en investigación científica, aunque actualmente se puede solicitar un estudio genético en saliva que puede determinar la susceptibilidad a padecer el trastorno, la mayor probabilidad de respuesta al metilfenidato, si el niño es metabolizador lento o rápido y si hay mayor riesgo de comorbilidad.

## Clasificación diagnóstica y presentaciones

El DSM-5 (2013), Manual estadístico y de diagnóstico de los trastornos mentales, 5ª edición, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, define los criterios a ser usados por los médicos, profesionales de la salud mental y otros profesionales clínicos de la salud cualificados cuando realizan un diagnóstico de TDAH.

En la actualidad se utilizan dos sistemas de diagnóstico y clasificación internacional que han ido convergiendo, el reciente DSM-5<sup>(10)</sup> que es el más utilizado y el CIE-10<sup>(11)</sup>.

### DSM-5 (Manual Diagnóstico Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría)

Se reconocen tres presentaciones clínicas según la presencia o ausencia de determinados síntomas particulares que están recogidos en la tabla III:

- TDAH presentación clínica de falta de atención. El déficit prin-

**Tabla III.** Criterios diagnósticos del TDAH especificados en el DSM-5. (AAP 2013)

Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con la función o el desarrollo, caracterizado por inatención y/o hiperactividad e impulsividad:

**Inatención:** 6 o más de los siguientes síntomas, o al menos 5 para mayores de 16 años, con persistencia durante al menos 6 meses, inadecuados con el nivel de desarrollo y que impactan negativamente en las actividades sociales y académicas/ ocupacionales

- A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo
- A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- A menudo evita, le disgusta o rechaza dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido
- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades
- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- A menudo es descuidado en las actividades diarias

**Hiperactividad e impulsividad:** 6 o más de los siguientes síntomas, o al menos 5 para mayores de 16 años, o 5 o más para adolescentes igual o mayores de 17 años y adultos; los síntomas han persistido durante al menos 6 meses hasta un grado disruptivo e inapropiado con el nivel de desarrollo de la persona y que impactan negativamente en las actividades sociales y académicas/ocupacionales

- A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo
- A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor
- A menudo habla en exceso
- A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- A menudo tiene dificultades para guardar turno
- A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros

**Además, se deben cumplir las siguientes condiciones:**

- Algunos síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes antes de los 12 años de edad
- Algunos síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en casa, escuela o trabajo; con amigos o familiares; en otras actividades)
- Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren o reducen la calidad de la actividad social, académica o laboral
- Los síntomas no aparecen exclusivamente motivados por esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad)

Se especificará el tipo de presentación predominantemente de desatención, de hiperactividad/impulsividad o combinada; si se encuentra en remisión parcial y si el grado de afectación actual es leve, moderado o severo

principal es la lentitud en el procesamiento de la información. Se da más en las niñas, 30% de estas y 16% de los niños. Al no presentar problemas de conducta en casa o clase, suelen tardar más en diagnosticarse y se asocian con trastornos internalizantes (trastornos del humor y ansiedad). Se han descrito también los tempo cognitivo lento “*sluggish cognitive tempo*”

- TDAH presentación clínica hiperactiva-impulsiva. Es el menos fre-

cuente. Es más común en niños en la etapa preescolar y posiblemente es el precursor evolutivo del subtipo combinado.

- TDAH presentación clínica combinada. El individuo presenta síntomas de ambas presentaciones clínicas mencionadas. Es el más prevalente, 80% de los niños y 60% de las niñas y el que más se parece a las descripciones clásicas del trastorno.
- El DSM-5 refuerza el concepto de un continuo clínico o fenotipo

amplio, al reconocer dos categorías adicionales “cajón de sastre” donde encajar a los pacientes: “Otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado” y “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado”. (Ver figura 1)

Debido a que cualquier persona presenta signos de estas conductas en un momento u otro, se **deben tener en cuenta las siguientes especificaciones:**

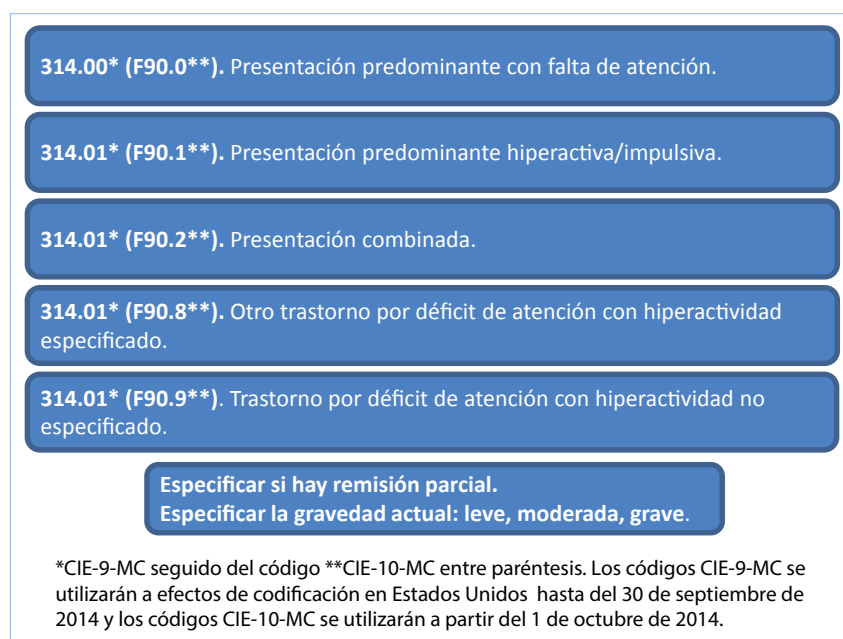


Figura 1. DSM-5. Clasificación del TDAH: categorías diagnósticas.

- Los niños diagnosticados con TDAH deben cumplir 6 o más de las 9 características y los adolescentes  $\geq$  a 17 años, así como los adultos, deben cumplir por lo menos 5 de las 9 características en una o ambas de las categorías del DSM-5 mencionadas.
- En niños y adolescentes, los síntomas deben ser más frecuentes o graves en comparación con otros niños de la misma edad. En los adultos, los síntomas deben afectar la capacidad de funcionar en la vida diaria, y persistir desde la adolescencia.
- Algunos síntomas de inatención, hiperactividad-impulsividad estaban presentes antes de los 12 años de edad.
- Además, las conductas deben crear dificultad significativa en al menos dos áreas de la vida, tales como: el hogar, los ambientes sociales, la escuela o el trabajo. Los síntomas deben estar presentes durante al menos 6 meses.
- Los síntomas no aparecen exclusivamente motivados por la esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (trastorno del estado de ánimo,

ansiedad, disociativo o de la personalidad).

Los síntomas afectan a cada persona en diferente grado, y por ello el DSM-5 requiere que se especifique la gravedad:

- *Leve*: están presentes pocos síntomas fuera de los requeridos para el diagnóstico y provocan deficiencias mínimas en el hogar, escuela, trabajo o ambientes sociales.
- *Severo*: están presentes muchos síntomas fuera de los requeridos para el diagnóstico, o presenta muchos síntomas severos o síntomas que incapacitan de forma extrema al individuo en los diferentes ámbitos.
- *Moderado*: entre los dos anteriores.

Es importante tener en cuenta, que el grado de gravedad y la presentación clínica del TDAH pueden variar durante el ciclo vital de la persona, ello incluye, que el sujeto experimente una remisión parcial del TDAH. Para que suceda esto, el individuo deberá presentar un n° menor de síntomas en comparación con los presentados cuando fue diagnosticado por primera vez y dichos síntomas deben padecerse durante los últimos 6 meses.

#### Cambios del DSM-IV-TR<sup>(12)</sup> al DSM-5<sup>(10)</sup>

El principal cambio está en la edad de inicio requerida, que pasa de un inicio antes de los 7 años a los 12 años en el DSM-5. Además, se incluyen ejemplos en los indicadores que afectan a los adolescentes y adultos, requiriendo ambas poblaciones menos indicadores para el diagnóstico que los niños. Permite pues el diagnóstico en niños, adolescentes y adultos. Los subtipos se llaman “presentaciones clínicas”, que pueden variar en el transcurso de la vida. Igualmente los pacientes pueden padecer el TDAH en grado leve, moderado o severo (según el número de síntomas que la persona experimenta y cuán dificultosos dichos síntomas hacen la vida cotidiana). Reconoce la existencia de trastorno “en remisión” que permitirá la retirada terapéutica. En los criterios de exclusión, se elimina el trastorno generalizado del desarrollo (o como está en el DSM-5, trastorno del espectro autista [TEA]), permitiendo el diagnóstico conjunto de TEA y TDAH, que no se podía hacer en el DSM-IV-TR. El TDAH se clasifica como un trastorno del neurodesarrollo. El DSM-5 reconoce dos categorías adicionales “cajón de sastre” donde encajar a los pacientes: “Otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado” y “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado”.

#### El CIE-10<sup>(11)</sup> (Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS).

Según esta, es necesaria la existencia simultánea de los 3 síntomas: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, constituyendo el cuadro clínico de: “alteración de la actividad y de la atención”. Reconoce además, una categoría separada: “el trastorno hiperquinético de la conducta”, cuando coinciden además de los 3 síntomas, una alteración de la conducta. De este modo con el CIE-10, al ser los criterios más restrictivos, se diagnostican menos pacientes que con el DSM-5.



**Tabla IV.** Rasgos característicos y diferenciales de varios trastornos comórbidos con TDAH

<b>Trastorno</b>	<b>Síntomas similares TDAH</b>	<b>Síntomas no propios de TDAH</b>	<b>Cuándo derivar</b>
Trastorno negativista desafiante	Comportamiento perturbador, sobre todo, con respecto a las normas Incapacidad para cumplir órdenes	Rebeldía y/o rencor, en lugar de incapacidad para cooperar, el niño con TDAH puro no es rencoroso ni vengativo. Siempre enfadado	Si no se puede establecer la intervención psicosocial o existe mala evolución
Trastorno de conducta	Comportamiento perturbador de mayor gravedad. Problemas con los otros y con la ley	Ausencia de remordimientos. Intención de dañar. Agresión y hostilidad. Conducta antisocial	Si no se puede establecer la intervención psicosocial o existe mala evolución
Ansiedad (por separación, generalizada, fobias específicas y social, crisis de angustia)	Falta de atención. Inquietud. Dificultades con los cambios. La ansiedad puede causar una elevada actividad y falta de atención. Evitar las relaciones sociales	Preocupación excesiva o miedos. Obsesiones o compulsiones.	Ante síntomas moderados o graves, si coexisten varios trastornos de ansiedad, ya que además del tratamiento farmacológico, precisa terapia cognitivo-conductual
Depresión	Irritabilidad. Impulsividad reactiva. Desmoralización. Bajo autoconcepto. Menor rendimiento académico	Sentimientos generalizados y persistentes de irritabilidad o tristeza. Disminución de la energía. Ideas de muerte	Ante cualquier sospecha o verbalización de ideación suicida. Ante un episodio depresivo o mala evolución
Trastorno bipolar	Falta de atención. Hiperactividad. Impulsividad. Irritabilidad. Logorrea. Taquialia. Insomnio	Estado de ánimo expansivo. Irritabilidad extrema. Grandiosidad. Pensamiento acelerado. Naturaleza maníaca. Hipersexualidad	Ante marcada irritabilidad. Si existen síntomas maniformes
Trastorno por tics/síndrome de Tourette	Falta de atención. Acciones verbales o motoras impulsivas. Actividad perturbadora	Movimientos repetitivos motores o fonatórios. Gran afectación	La presencia de tics fonatórios o si existe mala evolución
Trastorno por uso de sustancias	El consumo de metilfenidato no aumenta dicho riesgo. Falta de concentración. Impulsividad. Irritabilidad, agitación	Sueño, apetito y libido excesivamente alterados	Derivar para intervención multimodal coordinada por psiquiatra
Esquizofrenia	Inatención, apatía	Alucinaciones, delirios, desorganización	Derivar para intervención multimodal coordinada por psiquiatra
Retraso mental	Inatención, fracaso escolar, impulsividad	CI < 70, síntomas de TDAH excesivos para su edad mental	Derivar para intervención multimodal
Trastorno generalizado del desarrollo	Desarrollo psicomotor retrasado, rabietas, mala interacción social, estereotipias motoras, problemas del lenguaje	Intereses restrictivos y estereotipados, dificultad para comunicación verbal y no verbal, falta de reciprocidad social	Derivar para intervención multimodal coordinada por psiquiatra
Trastorno del aprendizaje	No escucha, no comprende, bajo rendimiento escolar	Dificultad para la lectura, escritura o cálculo matemático. Diferencia mayor de 15 puntos entre CI verbal y manipulativo.	Derivar para ayuda psicopedagógica

*Modificado de Fernández Pérez M, Hidalgo Vicario MI, Lora Espinosa A, Sánchez Santos L, Rodríguez Molinero L, Eddy Ines LS, et al. La Atención Primaria y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH): Consenso multidisciplinar y evidencias para la puesta en práctica. Madrid: Acindes; 2009. p.1-24*

En el DSM-5 existe la posibilidad, no contemplada en la CIE-10, de que un niño, con el tipo inatento, pueda no tener ningún síntoma de hiperactividad/impulsividad. Por ello, si se siguen los criterios CIE-10, es más probable que los niños con el tipo inatento queden por debajo del umbral diagnóstico y su trastorno quede sin detectar, produciéndose así un falso negativo (menor sensibilidad y mayor especificidad). Por otro lado, al usar criterios DSM-5 es más probable diagnosticar las formas de hiperactividad e inatención leves en el niño (teóricamente “normales” para la edad) como TDAH, con mayor riesgo de obtener falsos positivos en el diagnóstico (menor especificidad y mayor sensibilidad). Actualmente, se acepta al trastorno hiperactivo CIE-10 como una forma muy grave del DSM.

### Comorbilidad

Se debe tener presente que la comorbilidad es la norma y no la excepción en el TDAH.

El 70% de los pacientes con TDAH presenta al menos un trastorno

psiquiátrico y el 40% dos<sup>(1,7-10)</sup>; ello condiciona que se complique el diagnóstico, la evolución y que la respuesta al tratamiento sea menor.

Los trastornos más frecuentes que se asocian, así como las manifestaciones similares o diferentes del TDAH y cuándo derivar, se pueden ver en la tabla IV. En qué consisten estos cuadros clínicos, así como su diagnóstico y tratamiento, se abordará en otro capítulo de esta monografía. Algunas de estas condiciones pueden o no ser responsables de determinados síntomas (p. ej., un niño con trastorno del aprendizaje puede desarrollar inatención por incapacidad de entender la nueva información)<sup>(6)</sup>.

### Diagnóstico diferencial

Los síntomas principales (déficit de atención, hiperactividad e impulsividad) no son patognomónicos del TDAH. Es preciso descartar otros procesos.

En el diagnóstico diferencial se tendrán en cuenta procesos médicos, neurológicos, psiquiátricos y otros que se pueden ver en la tabla V<sup>(1-3,6)</sup>. A veces, es difícil realizar el diag-

nóstico debido al solapamiento de síntomas y a que, hasta en el 70% de los casos, el TDAH se asocia a uno de estos trastornos, y requieren un tratamiento simultáneo; por eso es tan importante realizar una buena evaluación clínica.

### Curso e historia natural del TDAH

La evolución clásica del preescolar con TDAH o más correctamente, su historia natural, son diferentes en función del síntoma nuclear que predomina en su conducta.

Una de las grandes dificultades para describir el curso clínico o la historia natural de un paciente con TDAH es la modificación en los criterios diagnósticos que ha sufrido el trastorno en las sucesivas versiones del Manual estadístico y de diagnóstico de los trastornos mentales (DSM, Academia Americana de Psiquiatría), o en el propio sistema de clasificación internacional de enfermedades (CIE). Pacientes que cumplían criterios DSM III pueden no cumplir en la actualidad los criterios DSM V o

Tabla V. Diagnóstico diferencial del TDAH con otras entidades clínicas

Problemas pediátricos y neurológicos	Problemas psiquiátricos	Otras condiciones
Daño cerebral (lóbulo frontal, ganglios de la base)	Retraso mental	Retraso escolar o trastornos del aprendizaje no ligados al TDAH
Problemas perinatales	Trastornos de ansiedad, Trastornos del comportamiento (trastorno negativista desafiante o de la conducta), Trastornos del humor (bipolar o depresión) no ligados al TDAH	Trastornos del lenguaje y del habla
Trastornos auditivos y visuales	Trastorno generalizado del desarrollo, trastorno del espectro autista	Trastorno coordinación motora
Secuelas SNC: Meningitis		Abandono, abuso, maltrato infantil
Patología tiroidea		Infraestimulación
Síndrome de alcoholismo fetal		Sobreestimulación
Exceso de plomo		Altas capacidades
Exceso de fármacos y drogas: benzodicepinas, fenobarbital, antihistamínicos, antiasmáticos, antiepilépticos		
Epilepsias: <i>petit mal</i> y del lóbulo temporal		
Neurofibromatosis.		
Mucopolisacaridosis tipo III		
Esclerosis tuberosa		
Síndrome X-Frágil		
Síndrome de Turner		
Síndrome de Angelman y Williams		
Trastornos ORL		
Trastornos del sueño (síndrome de apneas-hipopneas del sueño [SAHS] y síndrome de piernas inquietas [SPI])		
Cefaleas		

viceversa. Para poder evaluar el curso clínico de un paciente con TDAH, deberían utilizarse como referencia los criterios de la clasificación o diagnóstico sobre cuya base se estableció el mismo.

La primera referencia a la diferente edad en la que se manifiesta cada uno de los síntomas propios del espectro propio del TDAH o de sus síntomas nucleares aparece en un trabajo de Barkley del año 1997<sup>(5)</sup>, en el que se hace referencia a la identificación temprana de las conductas propias de la hiperactividad-impulsividad (3-4 años de edad) *versus* las de la inatención (a los 5-7 años). A su vez, la identificación de tales síntomas en el contexto de un trastorno, o lo que es lo mismo, poner en relación las “peculiaridades” de un niño “despistado” o “inquieto” con un niño respectivamente con un trastorno hiperactivo/impulsivo o inatento, sucede también más precozmente en el primer caso que en el segundo.

Los síntomas nucleares del trastorno, descritos anteriormente, acompañan al niño a lo largo del día y del tiempo, y se manifiestan en los distintos ámbitos en los que se desenvuelve (familia, colegio...). Sin embargo, a lo largo de la vida, el niño y la clínica evolucionan y en función de la presencia o no de comorbilidades, o simplemente dependiendo del *feed-back* que el niño recibe por su conducta, la presentación clínica puede ser muy diferente; por ejemplo, en el mismo niño y en el mismo contexto (centro académico), en la edad escolar respecto a la adolescencia tardía, edad en la que, en ocasiones, los síntomas nucleares son más difíciles de identificar.

Durante la etapa preescolar, sobresalen los síntomas vinculados a la conducta y a las dificultades para la adquisición de hábitos. Posteriormente, al inicio de la etapa escolar, las dificultades se centran en las áreas de aprendizaje, especialmente en las materias consideradas como instrumentales (lectura, escritura, cálculo...). Conforme avanza la escolaridad, aumentan las dificultades en organización y planificación de las tareas, con mayor posibilidad de fracaso escolar. Las

dificultades en las relaciones sociales tienen que ver también con las dificultades para mantener la atención y con la tendencia a la impulsividad. Estas dificultades conducen, a la larga, a una situación de fracaso personal (más preocupante que el fracaso escolar), vinculado a una deficiente autoestima, con falta de confianza en sí mismo. En la adolescencia, la hiperactividad empieza a ser más un síntoma intelectual que físico, con inquietud interna, verborrea y tendencia a la irritabilidad. Además, la impulsividad puede llevar al adolescente a implicarse en conductas conflictivas, así como en el uso y abuso de sustancias, o conductas de riesgo.

Por tanto, la evolución clásica del preescolar con TDAH o más correctamente, su historia natural, son diferentes en función del síntoma nuclear que predomina en su conducta; los niños en los que la desatención es lo más evidente, esta, a lo largo del tiempo, tiende a disminuir en intensidad, si bien sus niveles de atención estarán por debajo de los de las personas no afectadas, del nivel que se espera a su edad y del que se necesita para las demandas de la vida diaria<sup>(13)</sup>. Por su parte, los síntomas de hiperactividad-impulsividad se atenúan más que los de inatención, y no como reflejo de un tratamiento óptimo, sino como el curso natural de la enfermedad.

Es importante tener claro que lo detallado en los párrafos anteriores es una aproximación sencilla, cuando no simple, a un problema complejo como el TDAH, y que los síntomas nucleares siempre están presentes condicionando la conducta del paciente, si bien la expresión clínica (el fenotipo) puede no ser lo suficientemente intensa para un observador externo. Así por ejemplo, la ansiedad derivada de la inatención y los problemas que la misma genera en la vida del niño, pueden ser la causa que justifica el origen de un trastorno por abuso de sustancias en un adolescente, al cual se puede llegar también a través de la impulsividad, cuando esta es el síntoma nuclear predominante.

## Pronóstico

**Probablemente, el pronóstico será mejor cuando predomine la inatención más que la hiperactividad-impulsividad, no se desarrolle conducta antisocial y las relaciones con los familiares y con otros niños sean adecuadas.**

En marzo de 2013, un estudio longitudinal, basado en el seguimiento de 5.718 niños, publicado en la revista *Pediatrics*<sup>(14)</sup>, de los cuales 367 tenían el diagnóstico de TDAH, puso de manifiesto:

1. Un 29% de los niños con TDAH seguía con dicho trastorno en la edad adulta. De ellos, el 81% presentaba al menos un trastorno psiquiátrico.
2. Entre los trastornos psiquiátricos encontrados en la edad adulta, destacaban: el abuso y/o dependencia de sustancias, el trastorno de personalidad antisocial, los episodios hipomaniacos, la ansiedad generalizada y la depresión mayor.
3. La mortalidad era mayor en el grupo de TDAH (1,9% frente al 0,74% en el grupo control), siendo mayores las tasas de fallecimiento por suicidio.

De forma global, las series más amplias identifican que los subtipos hiperactivo/impulsivo o combinado condicionan en los adolescentes la falta de amigos, y en el adulto, además, problemas en relación con el trabajo. Estos niños tienen resultados educativos significativamente inferiores y más trastornos de conducta que sus pares de la misma edad. Por su parte, los estudios de comorbilidad psiquiátrica en adultos con TDAH destacan una mayor prevalencia de depresión, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad y de personalidad, respecto a la población no TDAH. También se detectan tasas altas de trastorno antisocial y por abuso de sustancias, así como puntuaciones más bajas en el cociente intelectual (CI) total, vocabulario y lectura<sup>(9)</sup>.

En cualquier caso, aunque los síntomas del TDAH persisten en la mayoría de los casos, es importante recordar que muchos jóvenes con

TDAH tendrán una buena adaptación en la edad adulta y estarán libres de problemas mentales. Probablemente, el pronóstico será mejor cuando predomina la inatención, más que la hiperactividad-impulsividad, no se desarrolle conducta antisocial y las relaciones con los familiares y con otros niños sean adecuadas, como veremos en el epígrafe siguiente<sup>(9,13-14)</sup>.

### Factores de buen o mal pronóstico

En la infancia en la medida de lo posible, deberían potenciarse los factores de protección para hacer frente a los de riesgo. Desde el punto de vista del entorno del paciente, los factores de riesgo y protección aparecen enumerados en la tabla VI<sup>(9)</sup>.

Sin embargo, hay otros aspectos que determinan el pronóstico del paciente con TDAH y sobre los que es mucho más difícil, cuando no imposible (edad, sexo) intervenir, sin embargo, conocerlos nos permitiría dirigir nuestros esfuerzos en relación con los factores vulnerables, para intentar proteger al máximo a los pacientes de mayor riesgo.

#### Edad

En general, se puede afirmar que en muchos sujetos, el exceso de acti-

vidad motora se reduce significativamente a medida que avanza la adolescencia, mientras que la impulsividad y la inatención tienden a mantenerse.

Los estudios longitudinales arrojan tasas de prevalencia dispares en cuanto a la persistencia de los síntomas del TDAH en la adolescencia y en la edad adulta, debido a las diferencias metodológicas en los criterios de inclusión y en los instrumentos empleados para la medición de los síntomas. Si bien los síntomas del TDAH persisten en la adolescencia en casi el 80% de las personas afectadas, cumpliendo plenamente criterios de trastorno alrededor de un tercio de los pacientes, y con una prevalencia de síntomas clínicamente significativos en la edad adulta del 65% de los pacientes (aunque sin llegar a cumplir criterios diagnósticos globales) y con criterios positivos para diagnóstico de TDAH en torno al 30%.

#### Género

En líneas generales y aunque no hay series amplias de pacientes comparando evolución en niños *versus* niñas, parece que estas últimas obtienen peores puntuaciones académicas, conductuales y de funcionamiento social. En cambio, en la edad adulta, las niñas parecen ser menos vulnerables a trastornos como la personalidad antisocial y el abuso de sustancias.

### Subtipo de TDAH

Según varios autores, son factores de mal pronóstico del TDAH que los síntomas sean graves o predominantemente hiperactivo-impulsivos.

### Psicopatología de los padres

Los pacientes con TDAH con padres con trastorno de la personalidad antisocial tienen más ansiedad, trastorno depresivo mayor, conducta antisocial y agresividad en el seguimiento. Además, la psicopatología de los padres, en especial los antecedentes familiares de TDAH, se asocian a un riesgo incrementado de problemas psiquiátricos y emocionales de los niños en la adolescencia.

Las familias con antecedentes de TDAH con problemas de conducta comórbidos, conducta antisocial y dependencia y abuso de sustancias, también se asocian a peor pronóstico en los niños con TDAH en la adolescencia.

### Comorbilidad

El trastorno disocial aumenta la probabilidad de trastorno por abuso de sustancias y la conducta antisocial. La criminalidad en la edad adulta se asocia más a conducta antisocial que solo al TDAH. A su vez, la persistencia del TDAH es superior en edad adulta si en el niño mayor o adolescente hay comorbilidad con el trastorno de conducta. Un peor pronóstico del TDAH se asocia a la comorbilidad con trastorno de conducta, trastorno bipolar, trastorno negativista desafiante y abuso de sustancias.

### Influencia del diagnóstico e intervención precoz en el pronóstico del TDAH

A pesar de no haber encontrado evidencia científica sobre en qué medida el diagnóstico e intervención precoz mejoran el pronóstico del TDAH, el grupo elaborador de la guía considera que el pronóstico es variable en función de la gravedad de los síntomas y de los problemas y/o trastornos que puedan coexistir con el TDAH. En general, un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado influirán de

**Tabla VI.** Factores de riesgo y protección en el TDAH

<b>Factores de riesgo</b>	<b>Factores protectores</b>
Familia con vínculos familiares débiles	Facilidad para la comunicación familiar
Falta de disciplina, falta de límites claros	Autoestima adecuada y suficiente. Presencia de límites
Ambiente familiar conflictivo	Buen ambiente familiar
Violencia intrafamiliar	Control interno bien establecido
Psicopatología en los padres	Ausencia de psicopatología familiar
Baja autoestima	Potenciación de los aspectos relacionados con la resiliencia (autoestima, perseverancia, establecimiento de metas)
Pertenecer a un grupo de riesgo	Facilidad para la comunicación familiar
Abandono escolar	Permanencia en el sistema educativo
Falta de proyecto de vida	Proyecto de vida elaborado

**Tabla VII.** Actividades que puede realizar el Pediatra de Atención Primaria en el TDAH

- Detección precoz
- Diagnóstico
- Evaluar comorbilidad y diagnóstico diferencial con la ayuda de otros profesionales
- Derivar cuando lo considere necesario
- Iniciar tratamiento y seguimiento en los casos sin complicaciones
- Educar al niño, familia y escuela. Evitar y aclarar los mitos
- Coordinar el tratamiento multi e interdisciplinar
- Facilitar el proceso de transición al servicio de adultos
- Prevención

forma determinante positiva en su evolución.

### Función del pediatra de Atención Primaria

**El PAP es el especialista de referencia más próximo al niño y su familia, ya que es la puerta de entrada al sistema sanitario. Debe conocer y estar formado en el TDAH.**

Aunque en los últimos años se está produciendo un mayor interés y gran cantidad de estudios sobre el TDAH<sup>(15)</sup>, la realidad es que la atención a estos pacientes no se realiza adecuadamente y se encuentra dispersa entre diferentes disciplinas médicas y sin coordinación<sup>(2,3,15)</sup>. Tampoco se acompaña de los recursos necesarios (administrativos, sanitarios, escolares, legales).

El PAP es el especialista de referencia más próximo al niño y a su familia, ya que es la puerta de entrada al sistema sanitario y es el responsable de su salud integral. Un pediatra formado en TDAH, según la situación y medios de que disponga, puede realizar diferentes actividades (Tabla VII), incluyendo un acertado juicio clínico y un tratamiento en aquellos cuadros clínicos claros sin comorbilidad asociada, bien por su precocidad diagnóstica o por la escasa repercusión individual o familiar. Así lo indica la Academia Americana de Pediatría en sus GPC<sup>(7,16)</sup>: “el pediatra debe adquirir la formación específica en el TDAH y una vez adquirida, debe atender al niño integralmente”. En casos más complejos, con comor-

bilidad añadida (trastornos del aprendizaje, psicológicos o psiquiátricos), deberá contar con la colaboración de otros profesionales: psicólogo, psiquiatra, neurólogo..., para conseguir un mayor bienestar y calidad de vida de los pacientes.

En un alto porcentaje, el TDAH continúa durante la adolescencia y edad adulta. Es necesario facilitar la transición al servicio de adultos, que será un proceso dinámico, gradual y multidisciplinar, para asegurar un cuidado médico sin interrupción. Durante la adolescencia, se les alentará para ir independizándose y asumir el control de su propia atención sanitaria. Puede que no haya servicios para adultos en todas las áreas. Es preciso reuniones para abordar la situación y las necesidades con los jóvenes, padres/cuidadores y los diferentes profesionales sanitarios<sup>(17)</sup>.

Hay pediatras que, aunque desean ayudar, se sienten inseguros debido a la falta de preparación, experiencia, de apoyo o comunicación con los especialistas y por las posibles complicaciones que pueden ir apareciendo durante el tratamiento. A pesar de ello, pueden colaborar muy positivamente en la detección precoz del trastorno. Los controles periódicos de salud implantados en nuestro país desde hace años, permiten a los pediatras evaluaciones sistemáticas y exhaustivas durante la lactancia y a los 4, 6, 8, 12 y 14 años. Por ello es preciso estar alertas ante las manifestaciones clínicas expuestas y prestar especial atención a las poblaciones de riesgo: antecedentes familiares

de TDAH, prematuros, bajo peso al nacimiento, ingesta de tóxicos durante la gestación y traumatismos craneoencefálicos graves. Detectar a tiempo implica aumentar las posibilidades de éxito del tratamiento y reducir la aparición de comorbilidades. De esta forma también, se podrá colaborar en la prevención secundaria.

### Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.\*\* San Sebastián Cabases J, Soutullo Esperón C, Figueroa Quintana A. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). En Soutullo Esperón C, Mardomingo Sanz MJ (coordinadores). Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Buenos Aires, Madrid. Médica Panamericana D.L. 2010 pg. 55-93.
- 2.\*\* Hidalgo Vicario MI, Soutullo Esperón C. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Clemente Pollan J (ed.) Pediatría Extrahospitalaria. Fundamentos clínicos en Atención Primaria. Ergon. Madrid 2008,678-690.
- 3.\*\* Hidalgo MI, Rodríguez PJ. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. En: Del Pozo Machuca P, Redondo Romero A, Gancedo García C, Bolívar Galiano V(ed). Tratado de Pediatría Extrahospitalaria, 2ª Edición. Madrid: Ergon; 2011. Pág. 1339-51.
- 4.\*\* Brown TE. Trastorno por déficit de atención. Una mente desenfocada en niños y adultos. Barcelona. Masson, 2006.
- 5.\*\* Barkley RA. Behavioral inhibition, sustains attention and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. Psychol Bull. 1997; 121(1): 65-94.
- 6.\*\*\* Fernández Pérez M, Hidalgo Vicario MI, Lora Espinosa A, Sánchez Santos L, Rodríguez Molinero L, Eddy Ines LS, et al. La Atención Primaria y el Trastorno por Déficit de Atención con/ sin Hiperactividad (TDAH): Consenso multidisciplinar y evidencias para la puesta en práctica. Madrid: Acindes; 2009. p. 1-24.
- 7.\*\*\* American Academy of Pediatrics. Subcomité sobre Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad. Comité Directivo sobre mejora de la Calidad y Tratamiento. TDAH: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Evaluación y Tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños y adolescentes. *Pediatrics*. 2011; 128: 1007-1022.



- 8.\*\*\* Hidalgo Vicario MI, Alda Díez JA. Guía de Práctica Clínica del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y algoritmos de actuación. En: TDAH en Pediatría. Rodríguez Hernández PJ, Coordinador Madrid: inScienceCommunications; 2013. Pág. 117-136.
- 9.\*\*\* Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/18.
- 10.\*\*\* American Psychiatric Association. Attention-deficit/hyperactivity disorder. In Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013 p 59.
- 11.\*\* Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. CIE-10 Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1995.
- 12.\*\* American Psychiatric Association. Diagnostic criteria from DSM-IV-TR. Washington, D.C.: The American Psychiatric Association; 4<sup>th</sup> ed. 2000.
- 13.\*\* National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People and Adults.
- 14.\*\*\* Barbaresi WJ, Colligan RC, Weaver AL, Voigt RG, Killian JM, Katusic SK. Mortality, ADHD, and psychosocial adversity in adults with childhood ADHD: A Prospective Study. *Pediatrics*; originally published online March 4, 2013; DOI: 10.1542/peds. 2012-2354.
- 15.\*\*\* Soutullo C y cols. Informe PANDAH. El TDAH en España. Barcelona: ADELPHA Targis S.L.; 2013.
- 16.\*\* American Academy of Pediatrics. Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Evaluation of the Child With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*. 2000; 105: 1158-1170.
- 17.\*\* Young S, Murphy CM, Coghill D. Recommendations for the transition of services from Adolescence to Adulthood for Young People with ADHD. *BMC Psychiatry*. 2011; 11 (174).
- Bibliografía recomendada**
- Quintero Gutiérrez del Álamo FJ, Correas Lauffer J, Quintero Lumbreras FJ. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida. 3ª Edición. Barcelona: Elsevier España, 2009.
  - Libro de gran interés que profundiza en los diferentes aspectos del trastorno por déficit de atención en las diferentes etapas de la vida.
  - Soutullo Esperón C, Mardomingo Sanz MJ (coordinadores). Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Buenos aires, Madrid. Médica Panamericana D.L. 2010.
  - Libro de obligada referencia, realizado por dos de los mayores expertos nacionales en el tema.
- Aborda todos los aspectos del trastorno. Muy recomendable.
- Soutullo C y cols. Informe PANDAH. El TDAH en España. Barcelona: ADELPHA Targis S.L.; 2013.
- Informe elaborado por un equipo multidisciplinar con los diferentes profesionales implicados en el TDAH, cuyo objetivo fue estudiar la situación del TDAH en España desde el punto de vista sanitario, educativo y social, incrementar el conocimiento acerca del trastorno y sensibilizar a la población.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/18.
- Constituye la primera guía de práctica clínica sobre el TDAH realizada por el Sistema Nacional de Salud Español. Realiza una serie de recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible.
- Young S, Fitzgerald M, Postme MJ. TDAH: Hacer visible lo invisible. Shire AG, apoyo European Brain Council. 2013.
- Libro Blanco sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): propuestas políticas para abordar el impacto social, el coste y los resultados a largo plazo en apoyo a los afectados.

## Caso clínico

Jonathan es un niño de 10 años y 8 meses cuya madre consulta animada por la tutora escolar, debido a su mal rendimiento escolar, no cumpliendo los objetivos académicos mínimos y con mal comportamiento en el aula y con sus compañeros. La tutora ha identificado este comportamiento desde el inicio del curso y, en el curso de la entrevista clínica, la madre relata que en este último año (5º de educación primaria), Jonathan es más difícil de manejar en casa, castigado con frecuencia, al que hay que estar constantemente supervisando para asegurarse que haga sus tareas y ordene sus cosas, así como corregir constantemente sus trabajos escolares, especialmente los de lengua y matemáticas.

A lo largo de la entrevista, la madre no es capaz de identificar este problema en los años anteriores, sus calificaciones académicas fueron normales, incluso buenas hasta 4º de educación primaria, y en su historia pasada no hay datos en edad preescolar ni lactante que fuesen incompatibles con un desarrollo normal.

Tras la entrevista detallada y recuperar la información necesaria, la pediatra de Jonathan identifica el caso clínico como: "otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado" categoría CIE 9-MC y CIE10-MC, 314.01 y F90.9, respectivamente. La intensidad sintomática es calificada como moderada y se pauta un tratamiento farmacológico con metilfenidato en pauta ascendente, y reevaluación tras una semana de tratamiento.



# Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

## Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Manifestaciones clínicas y evolución. Diagnóstico desde la evidencia científica

9. Entre los cambios del DSM-5<sup>TM</sup> respecto a versiones previas, no se incluye:
- El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo.
  - El TDAH puede diagnosticarse en adultos.
  - Los criterios clínicos han variado en la escala de inatención.
  - El TDAH en remisión podría aconsejar un ensayo de retirada terapéutica.
  - Todas son correctas.
10. La relación del TDAH con los Trastornos del Espectro Autista (TEA) en el DSM-5<sup>TM</sup>:
- Son un mismo trastorno en extremos opuestos del espectro diagnóstico.
  - Requieren una evaluación similar, con las mismas escalas y los mismos criterios.
  - Obedecen a un mismo tipo de trastornos y pueden darse simultáneamente en un mismo paciente.
  - Los TEA son un subtipo específico de TDAH con peor pronóstico.
  - Todas son falsas.

11. La causa fundamental de permitir la documentación de conductas anormales hasta los doce años que se ha introducido en el DSM-5<sup>TM</sup> es:
- Esperar a diagnosticar hasta los doce años no comporta riesgo.
  - El diagnóstico requiere la documentación de la presencia de los síntomas entre los 7 y los 12 años, aunque estuviesen presentes con anterioridad.
  - Incluir a pacientes con trastornos del lenguaje, en los cuales el diagnóstico de TDAH sufría retrasos indeseables.
  - Incluir a niños en los que la conducta era claramente compatible con TDAH, pero en los que no se podía documentar su presencia con rigor antes de los 6 años de edad.
  - Todas son causas.
12. ¿Cuál es el subtipo más frecuente de TDAH?
- Subtipo inatento.
  - Combinado.
  - Predominio hiperactivo.
  - a y c.
  - Grave.
13. ¿Cuál de los siguientes trastornos, no se valora en un niño con sospecha de TDAH?
- Estreñimiento.
  - Migraña.
  - Pesadillas.

- Crisis de ansiedad.
- Enuresis.

## Caso clínico

14. Una vez establecido el diagnóstico y alcanzado el tratamiento a dosis óptimas, ¿qué hacemos?
- Reevaluarlo para ver evolución.
  - No hay que hacer nada, ya está diagnosticado.
  - Solo controles de peso, TA y FC.
  - Decirle a los padres que el tratamiento "es para toda la vida".
  - Citarlo cada dos años.
15. ¿Podríamos hacer un ensayo de retirada terapéutica con Jonathan?
- Cada dos años, lo dice el DSM-V.
  - Solo si no reúne criterios en los últimos 6 meses.
  - No importa, antes de los doce años no es un problema no tratarlo.
  - Todas son verdaderas.
  - Todas son falsas.
16. En tu opinión, ¿cuál es el factor que más puede influir en el pronóstico de Jonathan?
- Integración social.
  - Evolución del déficit de atención.
  - Estabilidad familiar y compromiso con el niño.
  - Cualquiera de las anteriores.
  - a y c.