

Revisión teórica

Dilemas e imprecisiones en el diagnóstico en salud mental del adolescente: el paradigma del TDAH

Cornellà i Canals, Josep^{1*}

Resumen

Desde hace más de un siglo, se ha prestado especial atención hacia aquellas personas que, con inteligencia normal, tienen dificultades en mantener su atención y concentración. Se han propuesto múltiples denominaciones. El DSM-IV (Manual Estadístico de Diagnóstico de la Academia Americana de Psiquiatría, 4ª edición) acepta el término “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad” (TDAH), mientras que la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS) habla de “Trastorno Hiperactivo”. ¿Está de “moda” el TDAH? Tendemos a “medicalizar” muchos de los conflictos del día a día. La triada sintomática del TDAH (hiperactividad, inatención e impulsividad) puede aparecer en niños normales y en distintos trastornos psiquiátricos. El diagnóstico debe ser clínico, hay que apurar un diagnóstico diferencial, hay que ser cauto con la comorbilidad y debe considerarse la globalidad de la persona y de su entorno, incluyendo el posible fracaso del sistema educativo actual. Reflexión sobre los límites del diagnóstico, en un momento en que abundan los diagnósticos en pacientes en pleno proceso de desarrollo.

Recibido: 26/01/2011 – Aceptado: 15/02/2011 – Publicado: 04/10/2011

* Correspondencia: cornella@comg.cat

¹ Doctor en Medicina. Pediatra. Paidopsiquiatra. Escuela EUSES – GARBÍ de la Universitat de Girona. Girona. España

Introducción

Desde hace más de un siglo, se ha prestado especial atención hacia aquellas personas que, con inteligencia normal, tienen dificultades en mantener su atención y concentración. Se han propuesto múltiples denominaciones. El DSM-IV (Manual Estadístico de Diagnóstico de la Academia Americana de Psiquiatría, 4ª edición) acepta el término “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad” (TDAH), mientras que la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS) habla de “Trastorno Hiperactivo”.

¿Está de “moda” el TDAH? Tendemos a “medicalizar” muchos de los conflictos del día a día. La triada sintomática del TDAH (hiperactividad, inatención e impulsividad) puede aparecer en niños normales y en distintos trastornos psiquiátricos. El diagnóstico debe ser clínico, hay que apurar un diagnóstico diferencial, hay que ser cauto con la comorbilidad y debe considerarse la globalidad de la persona y de su entorno, incluyendo el posible fracaso del sistema educativo actual.

Datos para la reflexión

- Existe una enorme disparidad en las tasas de prevalencia, oscilando entre el 1 y el 18 %. Con criterios DSM-IV las cifras pueden ser hasta cuatro veces más elevadas que con los criterios más estrictos de la CIE-10. Ha habido un interés en la utilización del modelo estadounidense por encima del de la OMS, mucho más restrictivo.
- Las tasas de prevalencia varían incluso con los mismos criterios DSM. Con encuestas cumplimentadas por profesores de primaria (1), se pasó de una tasa del 9,6 % (cuestionarios basados en criterios DSM-III) al 10,9 % (criterios DSM-III-R) y al 17,8 % (criterios DSM-IV). ¿Se trata únicamente de criterios científicos, o existen intereses económicos y políticos en la definición del trastorno?
- Un metaanálisis (2) que conjuga los criterios DSM con los CIE proporciona una prevalencia del 5,29 %. Nos queda la duda sobre la validez de la metodología de screening seguido.
- Los estudios de screening basados en la cumplimentación de un cuestionario dan tasas muy elevadas de TDAH. En muchos, falta la correspondiente entrevista y exploración psiquiátrica para confirmar o no la existencia del trastorno. En otros estudios, desde equipos de neuropediatría, falta el diagnóstico diferencial psiquiátrico.
- Sin negar la existencia de un grupo de niños y adolescentes que presentan dificultades en mantener la atención y la concentración, debemos reconocer también la presión existente sobre los profesionales de la salud (pediatras de atención primaria, psiquiatras, psicólogos, etc.) para el diagnóstico del TDAH.
- Los síntomas del TDAH pueden aparecer en muchos otros trastornos psiquiátricos infantiles, así como en niños normales con deficiencias educativas o en adolescentes que, simplemente, muestran su rebeldía (3). Julio Bobes (4) advierte sobre los peligros de “psiquiatrizarse” los problemas de la vida diaria.
- Existen algunas revisiones críticas. En un estudio retrospectivo, P. Hill (5) concluye que solamente la mitad de los pacientes previamente diagnosticados de TDAH podían ser considerados dentro de esta categoría diagnóstica. Datos semejantes encontramos en una revisión crítica que hicimos sobre 158 pacientes (6).

Las edades de mayor riesgo: preescolares y adolescentes

Con excesiva frecuencia se diagnostica un TDAH en niños menores de 6 años. La agenda para el DSM-V se plantea si es posible establecer un diagnóstico correcto de TDAH antes de los doce años. En el preescolar, muy a menudo, los síntomas de inatención obedecen mayormente a una evolución madurativa más lenta que el ritmo de aprendizajes que imponen los planes de estudio. La atención es una función cognitiva que va madurando a lo largo de estos años. La normalidad no debe confundirse con la media.

Los síntomas diana del cuadro pueden aparecer en niños normales, con falta de límites educativos, o con otras alteraciones. Es imprescindible la evaluación exhaustiva de todas las áreas psicopatológicas. Siempre hay que considerar el síntoma por encima del trastorno.

En la adolescencia pueden aparecer otros trastornos emocionales o conductuales que dificultan el diagnóstico y pueden crear confusiones diagnósticas. Por lo tanto, no nos queda más remedio que volver a los principios, a los elementos básicos del ejercicio de la medicina.

El diagnóstico, el diagnóstico diferencial y la comorbilidad

El diagnóstico del TDAH es un acto médico, y como tal, requiere obtener todos los datos posibles para hacer una aproximación diagnóstica, teniendo en cuenta todos los factores posibles, y libres de influencias y prejuicios externos. Todo diagnóstico en psiquiatría es un acto médico, al igual que ocurre en las demás especialidades médicas. Nunca puede obedecer un diagnóstico al cumplimiento de unos cuestionarios. Los psiquiatras, como médicos, debemos repasar los conceptos básicos ligados al diagnóstico.

1.- El diagnóstico

Diagnosticar supone entender con la máxima precisión científica la dinámica del proceso morboso, y nombrarle nosográfica e individualmente con expresividad y concisión. Diagnosticar supone “conocer, aparte del cuadro sintomático y el curso del proceso morboso en cuestión, **los** factores patogenéticos o causales “strictu sensu” y **los** factores patoplásticos o configuradores de tal proceso.”(K Birnbaum, 1923).

Tres son las metas del diagnóstico (P. Laín Entralgo, 1970): el diagnóstico genérico (conocer el estado de enfermedad), el diagnóstico específico (conocer cuál es la enfermedad, la especie morbosa) y el diagnóstico individual.

Éste último tiene gran importancia en salud mental del niño y del adolescente, pues supone un conocimiento individualizado del individuo enfermo, y su valoración cuantitativa (forma clínica, intensidad de los síntomas), cualitativa, y desde la individualidad personal.

Un mismo trastorno puede tener distintas formas de expresión en cada individuo. En todo enfermo pueden aparecer síntomas que no aparecen en los restantes casos del mismo trastorno.

“Cada caso clínico *puede* expresarse por síntomas que no corresponden a lo que los esquemas de los libros le asignan. Y este *puede* se cierne, como una amenaza implacable, sobre cada diagnóstico... La experiencia clínica se crea en gran parte con enfermos que presentaban

precisamente los síntomas que, según el catedrático y el texto, no se debieran presentar” (G. Marañón).

Diagnosticar supone individualizar. Los niños y adolescentes elaboran y manifiestan de tal o cual manera el cuadro patológico. Sin conocer el entorno difícilmente podrá interpretarse una sintomatología.

La individualización (Lain Entralgo, 1970) tiene un eje descriptivo y un eje etiológico.

Descriptivamente interesa conocer cuál es la oportunidad biográfica del trastorno que pretendemos estudiar. Y, descriptivamente, hay que contar con la originalidad imprevisible del cuadro clínico: el niño o el adolescente es quien es, y, por ser quien es, manifiesta de tal o cual manera el cuadro patológico.

Y etiológicamente debemos insistir una y otra vez en recordar que el trastorno afecta a personas, individuos distintos (afección personal) de manera que el “paciente” (*y su entorno*) participa en la elaboración del cuadro clínico. Existe una elaboración personal de los síntomas; el paciente es coautor y coactor de su trastorno (Figura 1)

2.- El diagnóstico diferencial

En psiquiatría no podemos olvidar este aspecto tan importante, más aun en el niño, cuando los factores de maduración pueden dificultar el correcto diagnóstico. El diagnóstico intuitivo basado en la experiencia clínica se ha mostrado insuficiente y el diagnóstico ex - iuvantibus tiene marcadas limitaciones. Por lo tanto, debemos incrementar todo esfuerzo en el correcto diagnóstico diferencial.

El diagnóstico diferencial consiste en destacar del cuadro sintomático el **síntoma más llamativo** y recordar todos los trastornos a los que este síntoma puede pertenecer, e indagar ordenadamente si las restantes manifestaciones clínicas del caso estudiado son o no son compatibles con los distintos trastornos que el síntoma inicialmente destacado mostró posibles. Se trata, por lo tanto, de una operación mental repetida, como tanteo o comprobación, ante cada síntoma o signo.

Puede conducir a conclusiones afirmativas (de inclusión) o negativas (de exclusión). No en vano Lain Entralgo (1970) subraya que, en orden a la identificación nosográfica de un caso cualquiera, nada más formativo para el médico que el doble ejercicio de convertir metódicamente en diagnósticos intuitivos los diagnósticos diferenciales y de transformar confirmativamente éstos en aquellos.

Al aplicar estos conceptos al TDAH, observamos muchos cuadros psicopatológicos presentan síntomas propios del mismo, que la evaluación transversal tiene un grave riesgo de visión fragmentada de lo que le pasa al niño/a, que es importante seguir la biografía del paciente y anotar su evolución, que no hay que tener prisas y que es imprescindible evitar el diagnóstico precipitado.

Se recogen en sendas tablas los posibles diagnósticos diferenciales, tanto médicos (tabla 1) como psiquiátricos (tabla 2).

3.- La comorbilidad

La comorbilidad, término médico acuñado por AR Feinstein (1970), y se refiere a dos conceptos:

- La *presencia* de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.
- El *efecto* de éstos trastornos o enfermedades adicionales.

Posiblemente se abuse actualmente del término “comorbilidad”. El estudio de la patogenia nos lleva a recordar que el pensamiento médico se aclararía enormemente si el singular de las palabras “etiología” y “causa” se borrara de nuestros vocabularios. *La causalidad no es nunca singular.* (Stieglitz). Deberíamos hablar más del concepto de “*constelación patogénica*” (A. Balcells Gorina), recordando que *toda enfermedad produce enfermedad* (Siebeck)

Se habla mucho de comorbilidad en el TDAH. ¿Debemos entenderla como una condición médica que existe simultáneamente pero *con independencia* de otra en un paciente (concepto más clásico y más correcto?). ¿O estamos hablando de condiciones en un paciente que *son causa, están causadas o están relacionadas* de cualquier modo con otra condición en el mismo paciente (concepto más nuevo y no siempre aceptado?)

La comorbilidad psiquiátrica consiste en la presencia de más de un diagnóstico que se da en un individuo simultáneamente. No siempre supone la presencia de múltiples enfermedades, pero, en ocasiones, hablar de comorbilidad de un determinado trastorno *puede reflejar la incapacidad en este momento para asignar un único diagnóstico para todos los síntomas* (7). Tal puede ocurrir al considerar la comorbilidad en el TDAH; no quedando claro si los diagnósticos concomitantes reflejan la presencia de distintas entidades clínicas, o si hacen referencia a las múltiples manifestaciones de una misma entidad clínica. El lenguaje es impreciso y confuso(8).

La comorbilidad psiquiátrica puede ser consecuencia de algunas características de los actuales sistemas de diagnóstico. Fragmentar artificialmente una situación clínica compleja impide un enfoque holístico de cada paciente. Deriva de la norma (no explícita) del DSM: un mismo síntoma no puede aparecer en más de un trastorno. (9)

Se han encontrado cinco veces más diagnósticos comórbidos cuando el proceso diagnóstico se basa en entrevistas semi-estructuradas que si se basa en evaluaciones clínicas. Estos datos exigen un uso responsable y equilibrado del DSM de turno, así como de los cuestionarios o inventarios de síntomas que de ellos se derivan (10).

Algunos casos de supuesta comorbilidad

1.- TDAH o Trastorno de la vinculación afectiva

Muchos niños procedentes de adopciones internacionales (y también nacionales) pueden ser etiquetados de TDAH atendiendo a la expresividad de su sintomatología. Se ha llegado a publicar que la mayoría de niños procedentes de adopciones tienen un TDAH. Pero se olvida que la falta de vinculación afectiva durante los primeros meses de la vida supone un grave

trauma para el desarrollo de la personalidad. Conviene diferenciar ambos trastornos. Si bien el Metilfenidato puede ser útil en el tratamiento de los síntomas, el enfoque psicoterapéutico y la orientación familiar son muy distintos. Suficientes estudios subrayan la necesidad de diferenciar ambos trastornos (11, 12,13)

En nuestra experiencia personal, hemos podido objetivar como, a menudo, los síntomas de déficit de atención y de hiperactividad se corresponden con los síntomas propios de una vinculación afectiva no construida en el primer año de vida (14).

2.- TDAH o Trastorno por estrés postraumático (TEP)

Se hace patente una preocupación por la interpretación de los síntomas de TDAH y de TEP. Existe algún solapamiento entre los dos síndromes. Pero no queda clara la comorbilidad: hacen falta más estudios que incidan el correcto diagnóstico diferencial entre los dos trastornos (15). Existe, posiblemente, una vulnerabilidad para los dos trastornos.

3.- TDAH y Trastorno bipolar (TB) en niños

Se calcula que el diagnóstico (y el oportuno tratamiento) del trastorno bipolar en niños sufre un retraso medio de un año y medio. La edad media de diagnóstico de TB se sitúa alrededor de los 14 años. Puede existir comorbilidad con el TDAH en más del 20 % de casos. Uno de los síntomas clave, que habría que tener muy en cuenta y que pueden predecir un TB, es la irritabilidad severa. ¿Se pueden identificar síntomas premórbidos de trastorno bipolar en niños con supuesto diagnóstico de TDAH? Y, en estos casos, ¿cuál sería el mejor tratamiento a seguir? ¿Se piensa suficientemente en el trastorno bipolar ante un niño que presenta sintomatología compatible con TDAH? Se trata de preguntas abiertas, donde nos faltan aun muchas respuestas, pero en las que hay que pensar para seguir investigando y delimitando el diagnóstico (16).

4.- TDAH y Trastorno negativista desafiante (TND)

Se trata, sin duda, de una de las comorbilidades sobre la que más se ha publicado, dando la impresión, a menudo, de que se trata de dos entidades clínicas que están íntimamente unidas. Pero debemos distinguir tres dimensiones en el TND: la irritabilidad, la terquedad y la intención de dañar. La irritabilidad se relaciona con alteraciones emocionales. Es un dato a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial. Solamente la dimensión “terquedad” estaría más fuertemente asociada con el TDAH (17).

5.- TDAH Y disarmonías madurativas

Este es uno de los capítulos que pueden aclarar bastantes conceptos en la comprensión global del TDAH, al que entendemos más como síndrome o grupo de síntomas que como trastorno específico. Muchos niños con síntomas de TDAH presentan, a su vez, una disarmonía en su maduración neurobiológica.

Los datos longitudinales sugieren que el TDAH en la infancia puede ser caracterizado por un retraso en la maduración cortical, y que los diferentes resultados clínicos pueden estar asociados

con diferentes trayectorias del desarrollo en la adolescencia y más allá de la misma (18).

Se hace necesario disponer de más estudios longitudinales a partir del perfil neuroconductual desde la edad preescolar, siguiendo en la adolescencia y en la adultez, con identificación de las posibles diferencias según el sexo que se puedan identificar en el desarrollo del TDAH (19).

Evidenciamos que existe un grupo de niños con síntomas de TDAH que tienen un retraso en la maduración biológica y que muestran una disminución de sus síntomas de TDAH cuando, con el crecimiento y una adecuada programación pedagógica, van sincronizando su edad cronológica y académica con la edad madurativa (20).

Planteo la hipótesis del retraso madurativo en niños con TDAH. No se trata de un tema nuevo. Se trata de una hipótesis que debe ser retomada y exige una mayor investigación para ajustar el diagnóstico diferencial, y entender cuanto existe de sintomático en el TDAH. Ello tiene importantes consecuencias a la hora de plantear el tratamiento. Sigue la pregunta clave: ¿dónde está el límite entre lo normal y lo patológico? Por lo tanto, ¿se trata de una variante de la conducta infantil de maduración con trayectorias que se están quedando atrás pero que se pondrá al día? (21).

Ya en el pasado siglo, María Montessori, pediatra y pedagoga, insistía en la necesidad de respetar los ritmos madurativos de los niños a fin de ajustar los aprendizajes a los mismos; es indispensable observar al niño en su entorno como base para iniciar el desarrollo curricular, presentando los ejercicios subsecuentes para el nivel de desarrollo y según la acumulación de información.

Actualmente, hablaríamos de individualizar el programa pedagógico a las características neuromadurativas (en definitiva, conexiones interneuronales) de cada niño. En una polémica editorial de la revista *Pediatrics* (22), se abogaba por el derecho del niño a no aprender a leer hasta los siete años.

La sociedad actual, por el contrario, nos muestra:

- El cambio de paradigma en las guarderías, que han pasado a ser consideradas como “escuelas para bebés”, con programas pedagógicos específicos.
- Obligatoriedad “social” de comenzar la escolarización durante el año en que se cumplen los tres de edad.
- Disminución del tiempo y de la consideración que merece el juego imaginativo en la vida del niño, elemento estimulante de su maduración.
- Aprendizaje precoz (y muchas veces deficitario) de las materias instrumentales (lengua y matemáticas). ¿Existe suficiente madurez neurobiológica para que estos aprendizajes tengan un fundamento firme?
- Dispersión de aprendizajes. Se instruye en la lengua materna (que, en algunas autonomías, pueden ser dos), en una lengua extranjera (en el caso del inglés con ninguna relación con las lenguas románicas maternas), y en un sinnúmero de materias. Añadamos la música, aprendizaje de otro lenguaje simbólico. ¿Existe suficiente estructura madurativa cerebral para estos aprendizajes?

Una hipótesis es que el modelo de aprendizajes actual y la precocidad de los mismos, pueden ser clave en la instauración de estas disarmonías madurativas que aparecerán, sintomáticamente, como casos de TDAH.

Recomendaciones para el diagnóstico

A partir de las propuestas de P. Hill y de la propia experiencia (23, 24), propongo este esquema para la orientación diagnóstica del TDAH. Más que un protocolo, se trata de un esquema orientativo que cada profesional deberá completar desde su experiencia y sus conocimientos.

La historia clínica exhaustiva es fundamental, recogiendo todos los síntomas psiquiátricos, más allá de los propios del TDAH, y teniendo en cuenta todo el entorno del niño. Asimismo, deben valorarse aquellas alteraciones funcionales que pueden ser debidas o asociadas al TDAH.

Para establecer la comorbilidad, es indispensable una combinación de anamnesis, exploración individual, y recogida de toda la información posible, siempre de primera mano. En orden a los principios de bioética, ***debe recordarse que cualquier contacto del profesional sanitario con la escuela deberá contar con el oportuno y expreso consentimiento de los padres.***

No debe recurrirse a la comorbilidad como explicación de aquello que no podemos entender y sin apurar el diagnóstico diferencial.

Fuentes de información:

- Entrevista con los padres y el niño.
- Entrevista con el profesor (previo permiso de los padres). Es más efectiva la entrevista directa que la cumplimentación de unos cuestionarios.

Datos concretos:

- Lista de problemas que presenta el niño y que preocupan a padres y profesores.
- Documentación concreta sobre el rendimiento académico.
- Registro sobre las relaciones sociales del niño con los padres, profesores y compañeros.
- Registro sobre las actitudes de los padres hacia el hijo: anamnesis y observación en la consulta.

Aspectos de la anamnesis:

- Revisión sintomática actual. Anotar aquellos síntomas que son distintos a los principales del TDAH.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales (embarazo, parto, neonatal, enfermedades,...)
- Antecedentes del desarrollo psicomotor del niño.

- Antecedentes farmacológicos (respuestas, efectos adversos).

Exploración física (no hay que olvidarla nunca y debe ser completa):

- Peso y estatura y su correlación.
- Exploración facial, oídos, piel, perímetro craneal.
- Comprobación de la visión y audición.
- Evaluación neurológica básica y de la coordinación motora.
- Exploración cardiovascular, con control de la tensión arterial.

Evaluación psicométrica:

- Capacidad intelectual. Evaluación de las capacidades verbales y no verbales. Utilizamos habitualmente el test de Weschler (TEA Ediciones).
- Exploración de las habilidades en lectura y escritura.
- Exploración de las capacidades de atención y concentración. Interesa la capacidad que el niño tiene para estar atento y cuál es la calidad de la atención. Utilizamos el test EMAY (Ediciones Grupo Albor – Cohs).

Revisión de posible **comorbilidad** y ajuste del **diagnóstico diferencial** (25).

- ¿Existen problemas de conducta antisocial? ¿En qué grado?
- ¿Existen trastornos emocionales?.
- ¿Existen tics?
- Evaluar un posible trastorno del espectro autista (TEA).
- Evaluar las posibles dificultades en el aprendizaje: capacidades para la lectura, el deletreo y la aritmética en relación con la inteligencia estimada y el nivel académico.
- Evaluar el lenguaje.
- Evaluar posibles trastornos o alteraciones en la planificación motora (calidad de la escritura a mano).
- Evaluar la autoestima.
- Evaluar las reacciones del niño ante las frustraciones.
- Evaluar las posibles alteraciones en el desarrollo del vínculo afectivo.

Información:

- Informar sobre el trastorno a los padres y al niño, según la edad.
- Evaluar la conveniencia de informar a la escuela desde el respeto a la intimidad del niño. Hay que evitar “psicologizar” o estigmatizar al niño.

Manejar el entorno:

- Aconsejar a los padres sobre la estructuración del día y las rutinas.
- Aconsejar sobre la importancia de la distribución de los distintos roles en el núcleo familiar para reducir enfrentamientos.
- Aconsejar y orientar a los padres sobre la atención positiva hacia el niño, la comunicación efectiva y la política de premios y castigos.

Antes de iniciar un tratamiento farmacológico:

- Tener una orientación diagnóstica lo más aproximada posible.
- Recordar el carácter sintomático de la medicación.
- Asegurar la aceptación por parte de los padres.
- Descartar epilepsia, trastorno de la Tourette y trastorno del espectro autista.
- Tener claro que en el entorno del niño no existen personas que puedan utilizar la medicación para otros fines.
- Obtener datos iniciales de peso, talla y tensión arterial para hacer un seguimiento.

Sobre el tratamiento

Poco hay que añadir a lo que ya se conoce sobre el tratamiento del TDAH. Cabe recordar que el tratamiento farmacológico sin un buen tratamiento de reeducación psicopedagógica y de orientación a la familia, a la escuela y, según la edad, al propio paciente, tiene muy escasa eficacia. Asimismo, no se puede olvidar la valoración de las expectativas familiares y escolares sobre el niño con TDAH. Con respecto a la familia, antes de poner un tratamiento, hay que preguntarse por el nivel de tolerancia de los padres, su nivel de salud emocional, o el grado de conflictividad conyugal que pueda existir (26). Y por lo que respecta a la escuela, conocer su nivel de tolerancia y no dejarse llevar por las exigencias y prisas en obtener un diagnóstico.

Para recordar

La evaluación clínica, con especial énfasis en la entrevista intensiva, por parte del psiquiatra de niños y adolescentes, es la única forma adecuada de diferenciar aquellos sujetos que cumplen los criterios de TDAH de los que no los cumplen (27). Lo mismo podemos decir sobre los

diagnósticos de otras entidades clínicas.

Existe un continuum entre normalidad y patología en todos los trastornos de la salud mental. Siguiendo el paradigma del TDAH, podemos afirmar que todas las personas a veces sufren alteraciones del tipo TDAH, pero solo aquellos que tienen alteraciones crónicas significativas de los síntomas de TDAH pueden recibir el diagnóstico de TDAH (28). Lo mismo se puede decir sobre el síndrome de Asperger, tan de actualidad.

En lugar de considerar que el TDAH es solo un trastorno independiente de los demás, este síndrome podría considerarse un grupo de deterioros que se cruzan con otras categorías diagnósticas...Los sujetos que tienen una debilidad de sus funciones ejecutivas son, probablemente, *más vulnerables* a muchos otros tipos de deterioros psiquiátricos (29). ¿Será esta vulnerabilidad la ya mencionada disarmonía madurativa, de la cual el déficit de atención no es más que un síntoma?

La realidad de los problemas derivados del déficit de atención debe mover a los profesionales de la salud hacia una reflexión sobre las particularidades de su diagnóstico, del diagnóstico diferencial, y la evaluación siempre crítica de la comorbilidad (30). No se puede considerar aisladamente el TDAH sin tener en cuenta los factores familiares, demográficos, académicos, sociales, etc. Los trastornos relacionados con el déficit de atención precisan una especial atención para evitar el reduccionismo a un trastorno etiquetado y que tiene fácil solución con un fármaco.

Hay que insistir en la revisión de los programas pedagógicos actuales y su adecuación al nivel madurativo del niño, hay que plantearse mecanismos que incidan en la educación de los padres sobre la educación infantil (especialmente, los límites y la autoridad) y hay que prestar especial atención al niño adoptado, recuperando los conceptos de la vinculación afectiva, descritos en su momento por Spitz y Bowlby.

Y se impone la figura del psiquiatra de niños y adolescentes (“paidopsiquiatra”), especialidad no existente todavía en nuestro país, ya que es el profesional clave para la correcta orientación diagnóstica y terapéutica de los niños y niñas que presentan trastornos de atención y concentración.

Y hay que colocar en su debido lugar el DSM, en la edición que sea. Se trata de un manual que ayuda al diagnóstico desde la estadística. Pero no es un instrumento para el diagnóstico. Tiene gran utilidad para el sistema de salud norteamericano, pero hay que evitar que su influencia influya en el quehacer médico y, específicamente, psiquiátrico de nuestras consultas.

Si partimos de la reflexión y de la recuperación de los conceptos básicos por lo que se refiere a la psicopatología clínica, podremos hacer realidad el deseo que nos expresó poco antes de dejarnos el Prof. Castilla del Pino: “La psiquiatría infantil salvará la psiquiatría general si es capaz de entender al niño y al adolescente en su entorno y como un ser en proceso madurativo”.

TABLAS Y FIGURAS

FIGURA 1

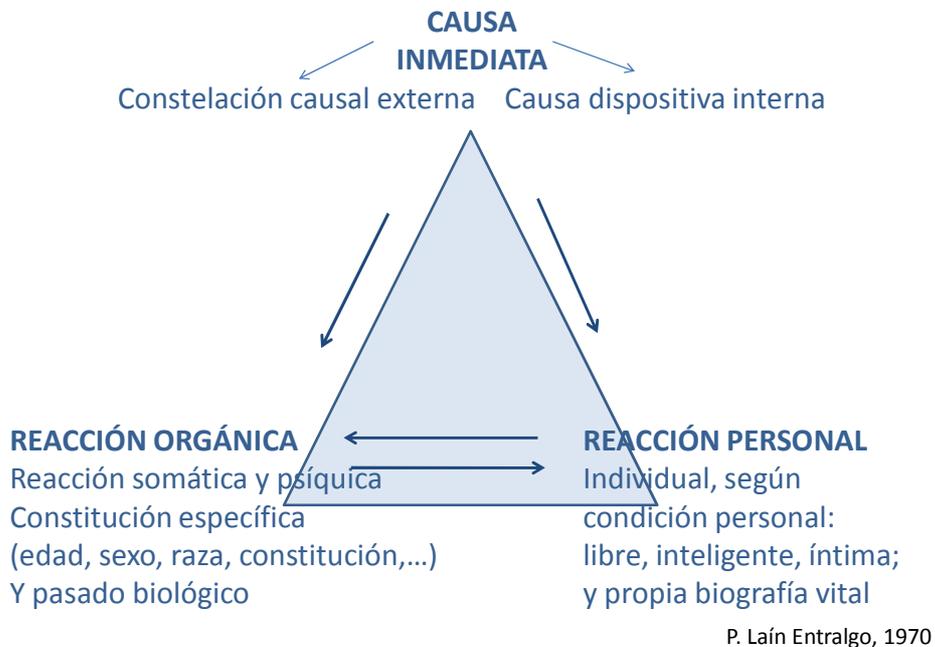


TABLA 1

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: TRASTORNOS MÉDICOS

Déficits sensoriales

- Déficits auditivos
- Déficits visuales

Efectos secundarios farmacológicos:

- Anticonvulsivantes
- Antihistamínicos
- Benzodiacepinas
- Betabloqueantes
- Fenotiacinas

- Teofilinas
- Fenobarbital

Enfermedades neurológicas

- Epilepsias
- Trastornos del movimiento: Corea de Sydenham, PANDAS
- Trastornos neurocutáneos: Neurofibromatosis tipo I
- Trastornos neuromusculares: Miotonía Distrófica
- Enfermedades neurodegenerativas: Leucodistrofia metacromática
- Enfermedades metabólicas: Adrenoleucodistrofia

Enfermedades endocrinas:

- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Resistencia a la hormona tiroidea

Trastornos genéticos

- Síndrome del X Frágil
- Síndrome de Klinefelter
- Síndrome de Turner
- Síndrome 47 XYY
- Síndrome velo-cardio-facial
- Síndrome Williams
- Trisomía 8

TABLA 2

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Trast. disocial/negativista desafiante

- Delimitar si los síntomas comportamentales en intensidad, frecuencia y gravedad cumplen criterios de Trastorno Disocial.

T. Aprendizaje Escolar: lectura, ortografía y cálculo, etc.

- Delimitar si existe un T. Aprendizaje o es un fracaso/retraso escolar como consecuencia de los problemas cognitivos del trastorno.

Trast. Afectivo: Depresión

- Delimitar si los síntomas afectivos son consecuencia/resultado de los problemas del trastorno, y si realmente cumplen criterios de alguna categoría diagnóstica de T. Afectivos (los criterios son excluyentes)

Trast. Afectivo: Manía

- Delimitar si los síntomas considerados como maníacos son síntomas acentuados del propio TDAH.
- Cuidado con solapamiento de síntomas en criterios, ver cronicidad, etc. (en criterios son excluyentes)

Otros trastornos

- **Trastornos de Ansiedad, Trastornos generalizados del desarrollo (TGDs), Esquizofrenia, etc.**
- Delimitar si los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad cumplen las características del TDAH o son síntomas asociados a estos otros trastornos (cuidado con los TGDs en años preescolares)

Referencias

1. Baumgaertel A, Wolraich ML, Dietrich M. Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995; 34(5): 629-38 (EPI)
2. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164:942-948. (MET)
3. Jara M. La rebeldía es la penúltima enfermedad inventada [monografía en Internet]. Madrid: Miguel Jara; 7 de mayo de 2009 [acceso 6 de agosto de 2010]. Disponible en <http://www.migueljara.com/2009/05/07/la-rebeldia-es-la-penultima-enfermedad-inventada/>
4. Gori F. Tratamiento de la mente. La santísima trinidad de la psiquiatría. *Diario Médico* [revista en Internet] 20 de julio de 2009. [acceso 6 de agosto de 2010]. Disponible en <http://www.diariomedico.com/2009/07/20/area-profesional/profesion/santisima-trinidad-psiquiatra>
5. Hill P. Tratamiento multimodal de los desórdenes de la hiperactividad [disertación]. Barcelona: Hospital de la Vall d'Hebrón; Universitat Autònoma de Barcelona; enero 2004. (EPI)
6. Cornellà J, Llusent A. TDAH: ¿síntoma o trastorno?. Comunicación Oral. 40 Reunión de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-juvenil. Lleida; 3-5 de junio de 2003. Madrid: Asociación Española de Psiquiatría Infanto-juvenil; 2004. (EPI)
7. First MB. Mutually exclusive versus co-occurring diagnostic categories: the challenge of diagnostic comorbidity. *Psychopathology*. 2005; 38 (4): 206-10
8. Lilinfeld SO, Wladman ID, Israel AC. A critical examination of the use of the term and concept of comorbidity in psychopathology research. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 1994;1,71-83
9. Maj M. "Psychiatric comorbidity": an artefact of current diagnostic systems?. *Br J Psychiatry*. 2005; 186:182-4
10. Pincus HA, Tew JD, First MB. Psychiatric comorbidity: is more less?. *World Psychiatry*. 2004; 3(1): 18-23.
11. Schore AN. Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment and Human Development*. 2000; 2(1): 23-47
12. Schore AN. Back to basis: attachment, affect regulation, and the developing right brain: linking developmental neuroscience to pediatrics? *Pediatrics Review*. 2005; 26(6): 204 - 17
13. Rutter ML, Kreppner JM, O'Connor TG. Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *Br J Psychiatry*. 2001; 179: 97 - 103 (EPI)
14. Cornellà J. El vínculo afectivo y el déficit de atención. Póster. 44 Reunión de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Pamplona; 4-6 de junio de 2009. Madrid: Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente; 2009. (EPI)
15. Daud A, Rydelius PA. Comorbidity/overlapping between ADHD and PTSD in relation to IQ among children of traumatized/non-traumatized parents. *J Atten Disord*. 2009; 13(2):188-96. (EPI)
16. Soutullo CA, Escamilla-Canales I, Wozniak J, Gamazo-Garrán P, Figueroa-Quintana A, Biederman J. Pediatric bipolar disorder in a Spanish sample: features before and at the time of diagnosis. *J Affect Disord*. 2009;118(1-3):39-47. (EPI)

17. Stringaris A, Goodman R. Three dimensions of oppositionality in youth. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009; 50(3): 216-23. (EPI)
18. Shaw P, Rabin C. New insights into attention-deficit/hyperactivity disorder using structural neuroimaging. *Curr Psychiatry Rep*. 2009;11(5):393-8. (EPI)
19. Mahone EM, Wodka EL. The neurobiological profile of girls with ADHD. *Dev Disabil Res Rev*. 2008;14(4):276-84. (EPI)
20. Gustafsson P, Thernlund G, Besjakov J, Karlsson MK, Ericsson I, Svedin CG. ADHD symptoms and maturity - a follow up study in primary school children. *Acta Paediatr*. 2008; 97 (2): 233-8 (EPI)
21. El-Sayed E, Larsson JO, Persson HE, Santosh PJ, Rydelius PA. "Maturational lag" hypothesis of attention deficit hyperactivity disorder: an update. *Acta Paediatr*. 2003; 92(7):776-84.
22. Russell D, Snyder M.D. The Right Not To Read. *Pediatrics*. 1979; 63(5) 791-4
23. Hill P, Taylor E. An auditable protocol for treating attention deficit / hyperactivity disorder. *Arch Dis Child*. 2001;84(5):404-9.
24. Hill P. Tratamiento multimodal de los trastornos de la hiperactividad. En: Tomas J y Casas M, coordinadores. TDAH: hiperactividad. Niños movidos e inquietos. Barcelona: Laertes; 2004. p. 296 – 309
25. Cornellà J. Comorbilidad versus diagnóstico diferencial del paciente con TDAH. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 2010; 2: 88-90.
26. Toro J. Psiquiatría de la infancia y adolescencia. En: Vallejo-Ruiloba J, coordinador. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Masson; 2006. p. 825-48
27. Brown TE. Trastorno por Déficit de Atención. Una mente desenfocada en niños y adultos. Barcelona: Masson ; 2006. p. 191.
28. Brown TE. Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos. Barcelona: Masson; 2003. p. 23-4.
29. Brown TE. Trastorno por Déficit de Atención. Una mente desenfocada en niños y adultos. Barcelona: Masson; 2006. p. 237-8.
30. Álvarez – Fernández AJ. TDAH: Reflexiones y Desafíos. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. 2008; 8 (2): 185-92.

Bibliografía recomendada

1. Trastorno por Déficit de Atención. Una mente desenfocada en niños y adultos. Barcelona: Masson; 2006. p. 237-8. Un libro de autor, muy actualizado, que propone una serie de reflexiones sobre el TDAH, su concepto, y la necesidad de establecer límites entre normalidad y patología.
2. Jara M. La rebeldía es la penúltima enfermedad inventada. Disponible en <http://www.migueljara.com/2009/05/07/la-rebeldia-es-la-penultima-enfermedad-inventada/>. Artículo de opinión, pero de lectura obligada. ¿Hasta qué punto se está medicalizando aquello que pertenece a la normalidad de la persona? Plantea los retos de una sociedad que se vuelve intolerante hacia la imperfección.
3. Soutullo CA, Escamilla-Canales I, Wozniak J, Gamazo-Garrán P, Figueroa-Quintana A, Biederman J. Pediatric bipolar disorder in a Spanish sample: features before and at the time of diagnosis. *J Affect Disord.* 2009;118(1-3):39-47. El trastorno bipolar existe también en niños y adolescentes aunque tiene distintas formas de presentación. La sospecha diagnóstica evitaría el retraso diagnóstico.
4. Gustafsson P, Thernlund G, Besjakov J, Karlsson MK, Ericsson I, Svedin CG. ADHD symptoms and maturity - a follow up study in primary school children. *Acta Paediatr.* 2008; 97 (2): 233-8. Marca las líneas guía que se debería seguir en la investigación de las disarmonías madurativas y su relación con el TDAH.



Trabajo seleccionado para su publicación en la revista *Psiquiatria.com*, de entre los presentados al **XII Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2011**.

Cite este artículo de la siguiente forma (estilo de Vancouver):

Cornellà i Canals, Josep. Dilemas e imprecisiones en el diagnóstico en salud mental del adolescente: el paradigma del TDAH. *Psiquiatria.com* [Internet]. 2011 [citado 04 Oct 2011];15:45. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/4564>