

ASPECTOS CLÍNICOS Y DIAGNÓSTICOS

El TDAH corresponde a una triada sintomática caracterizada por hiperactividad (hipercinesia), impulsividad y dificultad para sostener la atención. Los síntomas se presentan de modo heterogéneo en uno u otro paciente, con mayor o menor intensidad para uno u otro componente de la triada. De esta heterogeneidad se desprenden los tres sub-tipos del TDAH descritos en el DSM-IV:

- 1.-TDAH de predominio inatentivo
- 2.-TDAH de predominio hiperactivo – impulsivo, y
- 3.-TDAH de tipo combinado (los síntomas de la triada se presentarían en forma más homogénea).

De cada 100 pacientes con TDAH, 55 a 60% corresponden al tipo combinado y 27 a 33% tendrían casi exclusivamente sintomatología inatentiva ^(24,25). Hay estudios clínicos que muestran cifras más estrechas para los subtipos, con valores del 43% (tipo inatentivo) versus 45% (tipo combinado) ⁽²⁶⁾ y del 52 versus 45% (a favor en este caso del inatentivo) ⁽²⁷⁾. Probablemente las cifras de prevalencia para uno u otro sub-tipo de TDAH varíen según la muestra de origen elegida. Así, no es lo mismo una muestra obtenida de la población general (p.ej., de una escuela) que de una clínica consultante. En la población consultante, como vemos en la práctica habitual, muchos padres llevan a sus hijos por lo molesto, riesgoso y perturbador que resulta su hiperactividad. En ellos, la mayoría será TDAH tipo combinado. En una muestra poblacional, se identificarán niños que jamás han consultado y que tienen un TDAH, entre ellos, habrá probablemente un porcentaje de TDAH inatentivo que – por lo general – no alteran la dinámica relacional.

Los estudios clínicos habitualmente surgen de muestras clínicas o consultantes, de ahí las cifras obtenidas.

Estudios de población general encuentran que de los tres subtipos el de mayor prevalencia es el inatento, con cifras que fructuan entre el 44% ⁽²⁸⁾ a 67% ⁽²⁹⁾.

En relación al sexo, en las mujeres predominaría el subtipo inatentivo y en hombres el subtipo combinado, pero como el TDAH afecta más a hombres que a mujeres - entre un grupo de personas con TDAH de tipo atencional -, la mayoría de los afectados igualmente serán estudiantes de sexo masculino ⁽³⁰⁾. Al respecto, la distribución por sexo orienta a una relación “hombre : mujer” de 4 a 7.4 : 1 para el DAH subtipo hiperactivo-impulsivo y de 2.7:1 para el tipo inatentivo ^(5,25).

Los criterios diagnósticos DSM-IV (1994) y de su versión revisada, a diferencia del DSM III y III-R (elaborados en base a la experiencia clínica de un grupo de expertos) se fundamentó en un estudio de campo con un total de 600 niños referidos a una unidad clínica especializada. Ver tabla 5:

Tabla 5. Criterios para el diagnóstico del TDAH (DSM-IV) ⁽³¹⁾.

A. (1) o (2):

- (1) seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

- (a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- (b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
- (c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- (d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- (e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- (f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- (g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p.ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- (h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- (i) a menudo es descuidado en las actividades diarias.

- (2) seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad/impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- (a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- (b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera permanezca sentado.
- (c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- (d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- (e) a menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
- (f) a menudo habla en exceso.

Impulsividad

- (g) a menudo precipita respuesta antes de haber sido completadas las preguntas.
- (h) a menudo tiene dificultades para guardar turno.
- (i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej., se entromete en conversaciones o juegos).

- B. Algunos síntomas de hiperactividad – impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p.ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).
- D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Subtipos:

1.- TDAH, tipo combinado: si durante los últimos 6 meses se encuentran presentes los criterios A1 y A2.

2.- TDAH, tipo predominantemente inatentivo: si durante los últimos 6 meses se encuentran presentes los criterios A1, sin la presencia de los criterios A2.

3.- TDAH, tipo predominantemente hiperactivo – impulsivo: si durante los últimos 6 meses se encuentran presentes los criterios A2, sin la presencia de los criterios A1.

- Para las personas (particularmente adolescentes y adultos) y que presenten en la actualidad sintomatología que no alcanza a reunir lo necesario para el diagnóstico se denomina “en remisión parcial”.

4.- TDAH no especificado: se usa cuando existe prominente sintomatología de inatención, hiperactividad – impulsividad sin reunir los criterios exigidos.

Descripción sintomática

El hombre desde que nace se enfrenta a un sinnúmero de estímulos cuya importancia e intensidad pueden variar cuantitativa y cualitativamente según intereses personales.

Sería imposible atender a todo, por lo que constantemente seleccionamos y filtramos estímulos del medio. De ese modo, lo relevante merece atención y lo irrelevante se desplaza e ignora.

La capacidad “depuradora” o “filtro” permiten organizar y planificar nuestras vidas, priorizar las tareas y rendir en ellas de modo adecuado. Si ésta disminuye, tanto atención como conducta serán desorganizadas, caóticas, y nuestro funcionamiento poco eficiente: se “atenderá a todo”, pero “no se focalizará” ni permanecerá en (casi) nada.

Es claro entonces que el componente inatentivo no sólo se refiere a la dificultad de “enfocar” y “sostener” apropiadamente la atención, sino a la habilidad básica de “seleccionar y priorizar” las señales del entorno.

Al respecto, niños con TDAH presentan dificultad en redireccionar la atención acorde a las necesidades, y su habilidad para enfocar dependerá directamente de la motivación e interés del momento.

En la conducta, los adultos observarán que el niño con DAH (déficit atencional hiperactivo) presenta un patrón errático de comportamiento, pasando de una tarea a otra sin terminar los proyectos que comienzan [en este aspecto, no es claro si la hiperactividad (HA) e impulsividad, o la desatención es lo más importante y domina el patrón].

En el diálogo, la dificultad de concentración dejará en evidencia la dificultad para establecer una conversación, cambiando el tema con acotaciones fuera de contexto (porque en ese momento por distráctil pensaba en otra cosa); impresionando como ausente, soñador, desinteresado por los demás, poco empático y preocupado “sólo por su mundo”.

La hiperactividad más que una conducta aislada tiende a la estabilidad y caracteriza el modo de relación del niño con su entorno. Creemos que probablemente el concepto hiperkinesia sería más adecuado al referirse a lo físico o puramente motor, donde la hiperactividad (a diferencia del bipolar) no es “psico-motora” sino “motriz” pura. Su actuar – mientras menor sea el niño – consistirá en un ir y venir, un subir y bajar de un lugar, un abrir y cerrar de cajones, un tomar y tirar objetos, sin un sentido o planificación en el actuar. En ello, claramente el observador dará cuenta de la imposibilidad que el hiperactivo tiene para permanecer quieto en un lugar o actividad.

Si la hiperactividad no se expresa en la deambulación, puede expresarse en un sitio específico - el “asiento” de la sala de clases - como un acomodo constante en búsqueda de la postura adecuada que alivie la inquietud y necesidad de abandonar su puesto (movimiento); o bien, puede observarse en un juego de manos (retorcimiento de dedos, tamborileo, o juego con los lápices), en un “balancearse” en la silla, o en un mover la pierna rítmicamente para aliviar lo que describen como una “inquietud en la cintura”, que si se resiste va in-crescendo hasta liberarse en el movimiento.

La impulsividad, a menudo definida como un déficit de control inhibitorio puede ser físico y/o verbal, apareciendo como un “actuar sin pensar” que resulta en una amplia variedad de conductas disociales tales como agresión a pares o actitudes disruptivas en el lugar de estudios. Muchas veces los accidentes se deben al descuido que implica la inatención asociada al patrón hiperactivo/impulsivo, más que un acto deliberado con la intención de dañar. En cuanto a los errores en tareas y actividades generalmente, la “omisión” se explica desde la atención, mientras que la “comisión” desde la impulsividad.

Síntomas según la Edad Evolutiva

Referencia al TDAH en Adolescentes

Como señalamos, contrario a las creencias que relacionaban DAH con un retraso madurativo, existe cada vez más evidencia que confirman la no resolución del trastorno durante la pubertad, estimándose que a lo menos 65% continuará cumpliendo criterios para DAH en la adolescencia, requiriendo su mayoría de apoyo farmacológico^(32,33). Ya hemos visto que pese a la persistencia, la clínica sufre modificaciones acorde al desarrollo cognitivo, volitivo, emocional y moral; y la adolescencia no está ajeno a ello.

La adolescencia – como período - conlleva un segundo nacimiento - esta vez no al núcleo familiar - sino al mundo social, donde entre otras cosas influyen el desarrollo intelectual, la necesidad de independencia y la búsqueda de la propia identidad, que implica que probablemente los problemas con la autoridad y los pares se hagan más evidentes, intensos y frecuentes.

Si bien la hiperactividad tiende a extinguirse como exteriorización desorganizada de la conducta (propia del niño) su presencia distal⁽³⁴⁾ Tanto la hiperactividad como – fundamentalmente - la impulsividad pueden concretarse en conductas que busquen satisfacción inmediata de la emoción y los deseos. No se conforman con deportes “tranquilos” o “paseos familiares”, buscan sensaciones fuertes, intensas y placenteras, que puede traducirse en deportes extremos, promiscuidad, compras irrefrenables e irresponsables, desobediencia y consumo de sustancias.

Emocionalmente, los adolescentes con TDAH pueden ser inmaduros comparados con sus pares de la misma edad, Hoy ⁽³⁵⁾ interactuando a menudo con niños más jóvenes o en ambientes que toleran sus conductas; pudiendo desplegar afectos - sean positivos o negativos - de modo excesivo y exagerado respecto a la situación que los genera ⁽³⁶⁾. Los síntomas incluyen facilitación hacia la frustración y tener “mecha corta” con explosiones súbitas y exageradas de irritabilidad, que en el extremo – potenciado por la distorsión en la dinámica familiar - puede configurar un trastorno de oposición desafiante (condiciones comórbidas al TDAH).

Durante la enseñanza media y universitaria-, las demandas cognitivas se incrementan significativamente y los adolescentes esperan hacerse más independientes de la supervisión de los adultos ⁽³⁷⁾. Paralelamente, con la demanda del conocimiento, los estudiantes están expuestos a horarios más extensos y a exigencias cada vez más intensas. El incremento en el número de profesores (cada uno con un estilo diferente de enseñanza) y de asignaturas, como la cantidad de tareas asignadas, resultan un desafío adaptativo para el alumno, pudiendo evidenciarse problemas académicos como dificultad atencional o de aprendizaje que hasta la enseñanza básica habían sido compensadas por el nivel intelectual o por el apoyo externo de padres y profesores.

En asociación a lo anterior, habrá dificultad para conducir y completar sus proyectos, especialmente cuando las tareas requieran dedicación y esfuerzo ⁽³⁸⁾. Si bien, la clínica del TDAH cambia con el ritmo madurativo, las diferencias generales entre los subtipos de DAH en adolescentes serían similares a las observadas durante la infancia ⁽³⁹⁾. Así, los niños con el sub-tipo inatentivo son descritos por sus profesores como menos disruptivos conductualmente pero con mayor grado de dificultades de tipo social, menos alegres, ansiosos o depresivos, comparados con niños de tipo combinado ⁽⁴⁰⁾. Estas dificultades pueden producir significativas alteraciones en el adolescente más que en la infancia ya que - como hemos señalado - las demandas de independencia y la complejidad de la relación y funcionamiento social se incrementa de modo significativo durante ese período de la vida. Del mismo modo, y tal como ocurre en escolares, los adolescentes con TDAH de predominio inatentivo pueden pasar desapercibidos y obviarse el diagnóstico aludiendo el fracaso académico o universitario a una falta de capacidad, a dificultades de aprendizaje o a problemas vocacionales ⁽³¹⁾, siendo el reconocimiento más tardío respecto al paciente con un tipo combinado o hiperactivo-impulsivo ⁽³⁰⁾.

Independiente del sub-tipo de TDAH, el desarrollo hacia la adolescencia hace que la presentación del cuadro sea diferente según: maduración cognitiva, emocional, de enfrentamiento social, nivel de impulsividad, adaptación, contexto medioambiental / relacional, expectativas e intereses a corto y largo plazo, rasgos en el desarrollo de la personalidad, entre otros.

Por ejemplo, quién crece en ambientes difusos, sin normas o estructuras, la hiperactividad y la impulsividad, potenciado por la madurez y personalidad, pueden cristalizarse en conductas irresponsables y arriesgadas. De otra manera, pese a la hiperactividad y el déficit atencional, el sentido de responsabilidad y la motivación, pueden hacer del alumno un estudiante “esforzado”, en que se “estructura la conducta” en torno al estudio con largas horas dedicadas a compensar la dificultad atencional, luchando contra su distracción e hiperactividad por permanecer frente a los libros. Estos pacientes, relatan controlar la inquietud “caminado mientras estudian” o bien “meciendo el cuerpo y moviendo las piernas”.

Otro síntoma observado en adolescentes son los problemas de sueño, sin relación con la medicación, caracterizado por disomnias, parasomnias, y movimientos involuntarios durante el dormir ⁽⁴¹⁾. Los problemas de sueño en adolescentes con TDAH no han sido profundamente estudiados, y lo anterior se complica toda vez que la adolescencia es un período del desarrollo que a menudo incluye trastornos del sueño ⁽⁴²⁾. Al alterar los psicoestimulantes el dormir del adolescente hiperactivo ⁽⁴²⁾ es importante establecer las características basales del sueño previo los psicoestimulantes para proveer una comparación válida que permita determinar el impacto del tratamiento en estos aspectos.

La valoración del TDAH entre los adolescentes es a menudo más cambiante que lo observado en los niños más pequeños. Los estudiantes preescolares y quienes cursan enseñanza básica son usualmente supervisados estrechamente por sus padres y, la mayoría de la jornada escolar, por un profesor, quién tiene la posibilidad de observar más de cerca las situaciones académicas y la interacción social del niño en cuestión. La observación de los padres y el profesor pueden aportar información importante para el manejo del paciente TDAH infantil. En contraste, los adolescentes usualmente tienen 5 a 7 profesores diferentes, cada uno de los cuales son responsables de 100 a 150 estudiantes y ven a cada uno de los alumnos sólo durante una parte de a jornada habitual.

Fuera del colegio, los adolescentes a menudo se desenvuelven en varias actividades donde sus padres tienen un contacto directo reducido para observar las fortalezas y debilidades. Los padres pueden aportar información relacionada con las actividades realizadas en casa tanto de recreación como de tipo académicas y observar conductas relacionadas con la rutina diaria de sus hijos, pero en menor grado podrán aportar información relacionada con el colegio, con la interacción social y con la relación entre sus pares.

Los adolescentes necesitan independencia y privacidad, por lo que resulta difícil obtener de los padres en cuanto a que hacen sus hijos en el colegio, en las actividades extracurriculares, y en la relación social. A menudo, es posible obtener información de los profesores; sin embargo, estos no logran aportar información de la conducta manifiesta en ambientes menos estructurados como la cafetería o el autobús ⁽⁴³⁾.

De hecho, un estudio realizado por Mistis y cols. ⁽⁴⁴⁾, reporta un acuerdo padre / profesores en el diagnóstico del TDAH sólo moderado (74%). Los profesores tienden a reportar un número significativo de síntomas escolares por sobre los padres, y los padres reportan un número significativo de conductas escolares que podrían influir en la observación del comportamiento dentro del hogar. Los autores concluyen que los padres reportan conductas de TDAH relacionadas con el setting escolar no son reemplazables por la opinión dada por el profesor.

Dado las limitaciones de los reportes del profesorado y de los apoderados, lo ideal sería que el adolescente pudiera reportar su sintomatología y sus deficiencias, sin embargo, esto no parece ser el caso. Consistente con estudios en niños pequeños, los adolescentes con TDAH tienden a sub-reportar dramáticamente su sintomatología y nivel de disfuncionalidad ^(45,46,47).

En adolescentes la evaluación y el tratamiento debe ser orientado no sólo a los síntomas centrales del TDAH sino además a las secuelas asociadas, incluyendo problemas académicos, alteración en la relación con sus pares, conductas delictivas, conducción temeraria, uso de sustancias, actividad sexual impulsiva, y actitudes desafiantes ^(37,48).

Los adolescentes con TDAH pueden requerir educación especial. Pueden tener un riesgo elevado de desórdenes del lenguaje relacionado con la lectura, matemáticas y expresión escrita ⁽⁴⁹⁾. Puede ser de utilidad para el clínico solicitar por escrito a los padres una evaluación multidisciplinaria si los problemas se centran a nivel escolar.

Una adecuada evaluación del adolescente TDAH requiere un screening acabado de otros desórdenes psiquiátricos. Estos pacientes tienen un riesgo entre 2 a 5 veces para desarrollar un trastorno psiquiátrico adicional en algún momento de su vida, con inicio en varios puntos del ciclo biográfico⁽³⁹⁾. En la tabla 6 se consigna la clínica y la variabilidad etaria del TDAH.

Tabla 6. Clínica del TDAH según Etapa del Desarrollo

Etapa del Desarrollo	Características del TDAH
Lactancia	Llantos frecuentes, dificultad para tranquilizarle, alteraciones del ciclo de sueño, dificultad para alimentarlo. Puede llorar de una forma que altera su patrón de nutrición, puede estar excesivamente soñoliento o dormir mal dado su exceso de actividad o inquietud motora.
Preescolar	Inquietud motora, curiosidad excesiva, juego vigoroso y/o destructivo, demandante con los padres, desobediente, disruptivo conductualmente (rabieta frecuentes, agresión hacia los pares), sueño disminuido e inquieto, retraso en los hitos del desarrollo neuro/psico-motor o del lenguaje, conflictos intrafamiliares. Los fenómenos expuestos pueden ser difíciles de diferenciar de los comportamientos normales en niños de esta edad, sin embargo, tanto la actividad motriz como las rabieta son excesivas, de mayor frecuencia e intensidad que lo habitual, y resultan disruptivas para el funcionamiento relacional y para el espectador.
Edad escolar	Síntomas relacionados principalmente con la escolaridad y la integración con los pares (interrumpir la clase, pobre capacidad atencional, bajo rendimiento académico, escaso cumplimiento de las tareas escolares y del hogar, dificultades para participar en actividades grupales, baja tolerancia a la frustración, dificultad para iniciar y completar consignas, resistencia tanto a las gratificaciones como a las penitencias, etc.). Las conductas son inconstantes e impredecibles. Los síntomas afectan su funcionamiento tanto académico como social, y los fracasos reiterados pueden comprometer el autoconcepto y la autoestima.
Adolescentes	La actividad motora excesiva (como correr, trepar, abandonar el asiento) tiende a disminuir, aunque puede permanecer la inquietud interna. Aparecen como desorganizado, "vagos" y "aburridos", rendimiento escolar inconstante y bajo lo esperado para el nivel intelectual, tienen dificultad para trabajar de modo independiente, dificultad para distinguir lo relevante de lo irrelevante, dificultad en mantener relaciones afectivas con pares, impulsividad verbal, conductas de riesgo (tabaquismo, sexualidad precoz, conductas disociales, conducción irresponsable a altas velocidades, actos delictivos, robo y abuso de sustancias), baja autoestima, desesperanza, fatiga, falta de motivación o alta dependencia de la motivación. Importante destacar que la impulsividad del adolescente puede llevarle a romper reglas y a tener conflictos con la autoridad o la justicia.
Adultos	Dificultad para concentrarse y la realizar tareas sedentarias, desorganización, olvidos, extravía objetos, incapacidad o dificultad para planificar, dependen de otros para mantener el orden, dificultad para seguir varias cosas a la vez, problemas o dificultad para empezar o terminar una actividad, cambio de actividades, planes o trabajo a "mitad de camino" (no concluye muchas veces lo que comienzan), mal manejo del tiempo, inquietud, impulsividad, "mente ausente" o "parecen no escucha, desinteresados o poco considerados" a causa de su dificultad de concentración.

*Modificado de Popper y cols. (2004)⁽⁵⁰⁾.

En resumen, el número y severidad de los síntomas del TDAH se presentan en un amplio espectro y puede variar con: 1.- la edad (los más jóvenes tienden a ser más hiperactivos que los adolescentes); 2.- el encuadre (contexto estructurado vs no estructurado); 3.- el sexo (los varones tienden a presentar el subtipo hiperactivo/impulsivo) y; 4.- la presencia o ausencia de comorbilidad psiquiátrica.

Estudios actuales confirman la persistencia del DAH en la adolescencia y la adultez, aunque con matices diferentes. Lo habitual es que con los años tienda a desaparecer la hiperactividad con el característico desplazamiento del niño pequeño, pasando a la referida “sensación de inquietud interna”, que obliga al acomodo en el asiento, a pararse frente a cualquier pretexto, a jugar con los dedos o a mover las piernas y los pies.

Del mismo modo, en lo atencional, hemos visto cómo los adolescentes y adultos buscan (los más inquietos) actividades o trabajos activos; y los menos inquietos (predominio inatentivo) compensan su dificultad adoptando una actitud “obsesiva” hacia el trabajo y el estudio, con dedicación y esfuerzo, que no se compensa en un rendimiento proporcional a lo “invertido” considerando el nivel intelectual y las horas dedicadas a dichas labores.

Referencia al TDAH en Adultos

Existe cierta controversia respecto al TDAH en adultos y respecto al creciente número de personas diagnosticadas y tratadas por este diagnóstico, sugiriéndose desde que esta situación fuese una moda psiquiátrica pasajera hasta el interés por parte de médicos y la industria farmacéutica por incrementar el número de “pacientes”, “patologizando” condiciones normales⁽⁵¹⁾. Sin embargo, existe cada vez más consenso en que personas afectadas por esta condición, presentan un importante sufrimiento, al verse dificultados en múltiples ámbitos de la vida, con menores éxitos alcanzados respecto de sus pares, o muy frecuentemente, un igual nivel de éxito respecto a notable mayor sacrificio para alcanzarlo. Por otra parte, pacientes que reciben tratamiento para esta condición, con frecuencia describen mejorías dramáticas en sus dificultades, mejorando múltiples funciones deterioradas, a veces ni siquiera sospechadas.

Estudios relativamente recientes, demuestran que el TDAH en adultos es un trastorno válido, que podía diagnosticarse en forma fiable y que presenta un curso clínico previsible⁽⁵²⁾.

Se ha demostrado que tanto los hallazgos genéticos como las alteraciones observadas en neuroimágenes cerebrales son consistentes con las encontradas en los casos en la infancia y que los índices de remisión, obedecen más a criterios diagnósticos y a la definición de tal remisión, más que a la evolución del trastorno⁽⁵³⁾.

Parte la controversia suscitada en torno a la validez diagnóstica del cuadro, se debe a la ausencia de criterios diagnósticos específicos para edades posteriores a la adolescencia y a que en la actualidad coexisten dos sistemas diagnósticos ampliamente utilizados. Uno de ellos, propuestos por el grupo de la Universidad de Utah, con Paul Wender a la cabeza, y el otro, basado en la modificación de los criterios del DSM IV. Ambos sistemas diagnósticos, presentan grandes diferencias e identifican grupos de pacientes muy disímiles entre sí⁽⁵³⁾.

El grupo liderado por Wender, publica a mediados de la década de los setenta, los primeros estudios que sugieren la persistencia en la adultez de síntomas del TDAH. Al constatarse, que los criterios diagnósticos en ese entonces imperantes (DSM III), no se ajustaban a los hallazgos realizados en estos grupos de adultos, se desarrolla un sistema diagnóstico específico, basado en trabajos empíricos. Dicho sistema utiliza la evaluación retrospectiva de la presencia de TDAH infantil a través de entrevistas realizadas al sujeto y a otro informante (preferentemente los padres). Se propusieron siete grupos de síntomas para identificar el trastorno: 1) Inatención 2) Hiperactividad 3) Inestabilidad Afectiva 4) Irritabilidad 5) Baja tolerancia al estrés y la frustración 6) Desorganización y 7) Impulsividad⁽⁵⁴⁾.

El sistema basado en la Adaptación de Criterios DSM, también presenta importantes limitaciones, los criterios utilizados, fueron derivados de diseños originalmente ideados para población pediátrica predominantemente (y casi exclusivamente) masculina. No existen por el momento datos consistentes que demuestren que dichas adaptaciones definen con precisión la fenomenología adulta. Tampoco existen bases científicas sólidas que determinen la cantidad umbral de síntomas que permita considerar la existencia del trastorno en la adultez, de hecho, los criterios utilizados en la infancia, serían muy restrictivos, respecto al grupo de sujetos que se ven beneficiados por la instauración de un tratamiento ⁽⁵³⁾.

También se ha observado que los adultos frecuentemente olvidan sintomatología muy relevante en la niñez, siendo por tanto, poco confiable la valoración retrospectiva de síntomas en la infancia, con sólo el informe del paciente ⁽⁵⁵⁾.

Las perturbaciones además definidas por los criterios DSM, están marcadamente relacionadas con los ámbitos de funcionamiento de la población infantil (familia, pares y escuela), mientras que el contexto de interacciones del adulto es muchísimo más amplio, lo que entraña múltiples otras áreas de disfunción no definidas para esta población específica (Ej. Interacción con leyes, sistema judicial, conducción de vehículos, administración económica, sistema financiero, etc.) ⁽⁵⁶⁾.

Por último, los subtipos definidos por el DSM (Déficit de atención, Hiperactivo-Impulsivo o Combinado) presentan un patrón desconcertante en los adultos, debido a los cambios que se producen en el paso desde la infancia a la adultez, los niños con el trastorno tienden a presentar un predominio de síntomas combinados, con importante reducción del dominio Hiperactividad-impulsividad (por lo menos según criterios DSM) hacia la adultez, mientras que niños con patrón predominantemente desatento continúan con síntomas similares. El predominio de cada subtipo de síntomas presenta notables diferencias según la edad de la población estudiada. Por otra parte, cabe preguntarse si los hallazgos neurobiológicos encontrados, asociados a un determinado subtipo en la infancia, tienen validez al cambiar el subtipo en la adultez. Más desconcertante aún, es el constatar la escasa validez pronóstica y la poca predictibilidad terapéutica hallada con la actual subtipología, resultados recientes demuestran mayor utilidad en la prescripción terapéutica, de subtipos basados en comorbilidades u otro tipo de variables clínicas, más que en el hallazgo de predominio de un determinado tipo de síntomas.

DECLINACIÓN DE LOS SÍNTOMAS CON LA EDAD

Se ha señalado, que con los actuales criterios DSM, el porcentaje de persistencia de sintomatología a la adultez bordearía el 50%, con una mayor persistencia de síntomas de desatención, respecto a los síntomas de Hiperactividad y los De Inatención, que tenderían a remitir en el tiempo. Sin embargo, esta supuesta remisión de los síntomas Hiperactivo-impulsivos, estaría más dada por la modificación de la presentación de los síntomas a lo largo de la vida, más que por reales cambios evolutivos del trastorno. Esto se ha podido determinar a través de la observación de que si bien, el síndrome específico tiende a decrecer en su prevalencia a lo largo de los años, síntomas aislados o mayor aún, la alteración funcional por ellos provocada, tiende a remitir en porcentajes muy inferiores. Los criterios definidos para varones en edad infantil, deben ser modificados, no sólo de forma de describir más cercanamente las conductas observadas en adultos, deben ojalá representar, también las distintas áreas en que se desenvuelve un sujeto adulto ⁽⁵⁷⁾.

ESCALAS Y EVALUACIÓN.

En la evaluación de un niño con TDAH, pueden intervenir psiquiatras, neurólogos, psicólogos, psicopedagogos y el pediatra, pudiendo ser este último el primero en alertar respecto al problema que afecta al menor.

A la fecha no existe un test o examen específico para detectar con certeza un TDAH, más bien el diagnóstico se basa en una evaluación clínica que incluye (ver tabla 7) ⁽⁴⁾:

- Historia de los problemas:
 - Comienzo, tipo y severidad de los síntomas.
 - Síntomas asociados.
 - Conductas descritas en diferentes contextos y por distintos observadores (escuela, hogar, situaciones sociales).
 - Intentos previos y actuales del manejo conductual.
- Evaluación de las condiciones comórbidas.
 - Depresión
 - Ansiedad (incluyendo ansiedad de separación, fobia social, etc)
 - Conductas oposicionistas desafiantes
 - Presencia de tics motores/vocales
- Historia escolar
 - Evaluar la existencia de trastornos específicos del aprendizaje, pues su prevalencia en niños asciende al 35% en niños con TDAH
- Historia familiar
 - Otros miembros con TDAH
 - Historia de trastornos del aprendizaje
 - Historia de drogadicción y alcoholismo
 - Trastornos de ansiedad y depresión
- Historia social:
 - Nivel de educación de los padres
 - Constelación familiar
 - Historia de violación doméstica o abuso físico/sexual
 - Presencia de "adversidades" coyunturales.
- Historia madurativa del niño
- Examen físico, dismorfológico y neurológico
- Características del sueño
- Observación libre del niño: juego, vinculación con los padres
- Uso de cuestionarios estandar: Conners para padres y profesores. CBCL. Perfil de Atención del Niño (CAP).

*A veces estas comorbilidades conductuales pueden ser el diagnóstico primario en algunos casos y tener un gran impacto en el rendimiento académico y en el funcionamiento social, más que el TDAH propiamente dicho.

En la tabla 8, se observa la escala diagnóstica “Perfil de Atención del Niño” (CAP).

Perfil de Atención del Niño (CAP)				
		Falso	Ocasionalmente	Frecuentemente
1	No concluye las tareas o actividades que comienza	[]	[]	[]
2	No puede concentrarse o prestar atención por tiempo prolongado	[]	[]	[]
3	No puede estar sentado, está desasegado o hiperactivo	[]	[]	[]
4	Está inquieto	[]	[]	[]
5	Sueña despierto o se queda como ausente	[]	[]	[]
6	Impulsivo o actúa sin pensar	[]	[]	[]
7	Dificultad para seguir instrucciones	[]	[]	[]
8	Habla sin respetar los turnos	[]	[]	[]
9	Es desorganizado	[]	[]	[]
10	No está atento, se distrae fácilmente	[]	[]	[]
11	Habla en exceso o demasiado	[]	[]	[]
12	No hace lo que se le pide (tareas, actividades)	[]	[]	[]

Modificado de Cpzza y cols. (2004) ⁽⁵⁸⁾.

*Los 12 ítems se puntúan 0, 1, 2. La puntuación total es la suma de todos los ítems.

*Sub-puntuaciones: Falta de atención (suma de los puntajes de los ítems 1,2,5,7,9,10 y 12); Hiperactividad (suma de los puntajes de los ítems 3,4,6,8,11).

Puntuaciones recomendadas como límite superior de la normalidad (percentil 93)

	Niños	Niñas
Falta de Atención	9	7
Hiperactividad	6	5
Puntaje total	15	11

La ADHD Rating Scale (ADHD-RS) es una entrevista semi-estructurada que evalúa 18 ítems diferentes correspondientes a cada uno de los 18 criterios diagnósticos DSM – IV para TDAH (en inglés ADHD). Los puntajes asignados a cada ítem son 0 (nunca o rara vez), 1 (a veces), 2 (a menudo), 3 (muy a menudo o severo); con puntuaciones totales que fluctúan entre 0 y 54. Los estudios clínicos utilizan esta escala para evaluar respuesta a tratamiento, siendo especialmente útiles cuando se comparan un fármaco contra placebo o dos o más moléculas entre sí. Habitualmente la metodología considera como respuesta a tratamiento la reducción del 25% del puntaje basal (inicial); siendo importante comparar no sólo el número de pacientes que logran respuesta sino el tiempo que demoran en alcanzar dicha condición [p.ej., si el puntaje base era 50, se considera respuesta disminuye a 37 o menos puntos].

Otra escala utilizada en los estudios de fármacos es la Daily Parent Ratings of Evening and Morning Behavior-Revised [DPREMB-R]), que en algunas metodologías se aplica desde 5 días antes hasta 4 semanas después de haberse iniciado el medicamento. El objetivo es determinar la intensidad de los síntomas en diferentes actividades del día y su respuesta a tratamiento. Se evalúan 11 actividades diferentes con 2 sub-escalas (de la noche y la mañana) y puntajes del 0 (sin dificultad) al 3 (muy difícil) aplicable a cada uno de los ítems: 1.-Subescala del atardecer y la noche: problemas con tareas, dificultad para mantenerse sentado durante cena, dificultad para jugar silenciosamente durante PM, inatento y distractil en PM, discute o pelea en PM, dificultad para ir a la cama, dificultad para dormirse. 2.-Sub-escala de la mañana (temprano): dificultad para salir de la cama, dificultad para estar listo, discute o pelea en AM.

En la Tabla 9 se observa el Cuestionario “Conners abreviado”.

		Nunca o rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Mucha frecuencia
1	Inquieto, hiperactivo				
2	Excitable, impulsivo				
3	Perturba a otros niños				
4	No termina lo que empieza				
5	Constantemente moviéndose en la silla				
6	Desatento, fácilmente distráctil				
7	Debe satisfacerse pedidos de inmediato, fácilmente frustrable				
8	Llora fácil y frecuentemente				
9	Cambios de humor rápidos y drásticos				
10	Pataletas, conducta explosiva e impredecible				

Cuestionario de conductas de Conners para padres, es una pauta de registro de las conductas hiperactivas más relevantes que se evidencian en posibles trastornos atencionales, que debe ser completada por los padres permitiéndoles así tener algún grado de claridad frente a la problemática menor. Consta de 10 ítems los cuales deben ser completados con una valoración de 0 a 3 puntos; siendo el valor 0 el correspondiente a la ausencia del ítem observado en la persona evaluada, y el valor 3 para la presencia constante y habitual. La puntuación máxima es de 30. Entre 0 a 10 puntos: normoactivo, no presenta problemas; de 10 a 20 puntos: hiperactivo situacional o normoactivo pero inmaduro de temperamento; de 20 a 30 puntos: muy hiperactivo o disruptivo. En términos generales, para los varones entre 6 y 11 años, una puntuación mayor a 16 es sospecha de un TDA. Para las damas entre 6 y 11 años una puntuación mayor a 12 puntos es sospecha de un TDA.