

Trastorno deficitario de atención e hiperactividad un diagnóstico muy frecuente

Attention-deficit hyperactivity disorder in children: a common entity

Eugenia Espinosa

El trastorno deficitario de atención con hiperactividad (TDAH) es el diagnóstico neuropsiquiátrico más común en niños, el cual se manifiesta con dificultades en la regulación de la atención, asociadas a impulsividad y aumento de la actividad motora. Representan un grupo heterogéneo con gran variedad en la intensidad de los síntomas (1,2). La clasificación actual en el DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, IV Edition) permite definir los subtipos como predominantemente inatento, hiperactivo o mixto (1,3). Existe controversia sobre la frecuencia con la que ocurre el TDAH. Una muestra de estudios revela una prevalencia de 5 a 10% en población de edad escolar primaria (2,4).

Los estudios han mostrado mayor prevalencia en poblaciones urbanas y aumenta a medida que disminuye la clase socioeconómica; la prevalencia en Colombia se estima en 15.8%. Los estudios demuestran mayor prevalencia en niños con una proporción de 3:1 hasta 5:1 (2, 4,5).

A pesar de la ausencia de un marcador biológico, cada vez aumentan informes de cambios neurobiológicos en el sistema nervioso central en pacientes con TDAH; dado que el TDAH es un trastorno heterogéneo, se plantea la posible interacción de factores psicosociales y biológicos (2,5).

La sintomatología del TDAH es variada. En la mayoría de casos, las quejas se derivan de profesores,

padres o cuidadores. Las presentaciones incluyen referencia del colegio por mal desempeño escolar, falta de atención, problemas en relaciones sociales, pobre autoestima. Los niños en quienes predominan la impulsividad e hiperactividad son identificados por los profesores porque generan dificultades en el aula. En contraste, el subtipo inatento sin hiperactividad puede no ser detectados por el profesor y se presenta como fracaso escolar (2-4, 6-8).

Para el diagnóstico el evaluador debe estar familiarizado con el desarrollo y comportamiento normal del niño a determinada edad y evaluar los síntomas en diferentes ambientes; y realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías (8,9).

El trabajo realizado por el grupo de investigación de la Universidad de Antioquia sobre el desempeño diagnóstico del cuestionario de listas de síntomas del DSM IV para el tamizaje del trastorno de hiperactividad con déficit de atención en niños y adolescentes escolares es un trabajo de rigor metodológico notable.

Los bajos valores de la sensibilidad de los criterios del DSM IV para las pruebas de tamizaje en padres y maestros, evidencia las dificultades que se presentan en ocasiones para interpretar las múltiples escalas que existen, pudiendo llegar a ser contradictorias cuando se realizan varias escalas al mismo paciente.

El diagnóstico de TDAH primario se realiza cuando no hay evidencia por historia clínica, examen

Recibido: 17/08/10. Revisado: 17/08/10. Aceptado: 18/08/10.

Eugenia Espinosa García. Pediatra, Neurólogo Pediatra. Profesor Titular Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá, Colombia

Correo electrónico: eugeniaespinosa@gmail.com

físico o hallazgos de laboratorio de otra condición asociada que ocasiona el cuadro clínico (2, 4, 6-8). El diagnóstico es clínico, las pruebas sicométricas ampliamente utilizadas y las escalas no son específicas para la identificación del trastorno (7). Las listas de chequeo o escalas reflejan una impresión subjetiva y comparación de los pacientes con niños de su misma edad; además las alteraciones del TDAH pueden coexistir con otras condiciones mentales y conductuales (6, 7, 9, 10,11).

El enfoque diagnóstico debe incluir:

1. Entrevista con los adultos que cuidan al niño
2. Valoración del estado mental
3. Evaluación médica del estado de salud general y neurológico
4. Uso de escalas para padres, cuidadores y profesores
5. Reportes escolares y otras valoraciones adicionales de acuerdo a los hallazgos clínicos (1, 4,6,12,13)

La Academia Americana de Pediatría en el año 2000 recomendó utilizar los criterios del DSM IV para el diagnóstico del TDAH.

En la intervención del TDAH no se ha adoptado un modelo único de tratamiento sino que se ha enfocado desde diferentes perspectivas. Los procedimientos disponibles en la actualidad son farmacológico, técnicas conductuales, cognitivas y cognitivo conductuales. La elección del tipo de tratamiento dependerá de la gravedad de los síntomas esenciales, subtipo y trastornos comórbidos (11, 13,14).

REFERENCIAS

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. rev.: DSM-IV-R. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2000: 78-85.
2. **CONNOR D.** Preschool Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a review of prevalence, diagnosis, neurobiology and stimulant treatment. *Journal of developmental and behavioral pediatrics* 2002; 23: s1-s9
3. **GUEVARA J, STEIN M.** Evidence based management of attention deficit hyperactivity disorder. *BMJ* 2001; 323:1232-5.
4. **ZUI M.** Parent Training interventions in attention deficit hyperactivity disorder. The Cochrane database of systematic reviews. *Issue* 2002:2.
5. **CASTELLANOS FX.** El síndrome de déficit de atención con hiperactividad como expresión de un trastorno funcional orgánico. *Rev Neurol* 2002; 35: 1-11.
6. **RAPPLEY M.** Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *New England Journal of Medicine* 2005; 352:165-173.
7. American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Committee on Quality Improvement. Clinical practice guideline: treatment of the school-age child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2001; 108:1033-44.
8. **AHMAD G.** Psychiatric Comorbidity Differences in Clinic-Referred Children and Adolescents with ADHD According to the Subtypes and Gender. *J Child Neurol* 2009; 24; 679.
9. **KALBFLEISCH T, LOBOSCHEFSKI A, KOVATCHEV B.** Calibration of ADHD Assessments across Studies: A Meta-Analysis Tool. *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 2005; 30: 2172-80.
10. **STEER CR.** Managing attention deficit/hyperactivity disorder: unmet needs and future directions. *Arch Dis Child* 2005; 90: i19-i25.
11. MTA Cooperative Group. National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2004; 113:754-61.
12. **PENBERTHY JK, COX D, BRETON M, ROBEVA R, ET AL.** Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Does New Research Support Old Concepts?. *J Child Neurol* 2008; 23; 775-86.
13. **BERGER I, FELSENTHAL-BERGER N.** Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Birth Order. *Child Neurol* 2009; 24: 692-8.
14. **POLANCZYK G, CASPI A, HOUTS R, KOLLINS S, ET AL.** Implications of Extending the ADHD Age-of-Onset Criterion to Age 12: Results from a Prospectively Studied Birth Cohort. *J Am Acad of Child & Adolescent Psychiatry* 2010; 49:205-7.