



HABLEMOS SOBRE AQUELLO QUE PARECE TDAH Y NO ES TDAH (Reflexiones a propósito de una conferencia del profesor Peter Hill)

Josep Cornellà i Canals

Doctor en Medicina. Pediatra. Máster en Paidopsiquiatría.

Girona.

cornella@comg.cat

RESUMEN:

Se revisan los casos presuntamente diagnosticados de TDAH, y su ulterior orientación diagnóstica. Se plantea la diferenciación entre síntoma y trastorno, entre comorbilidad y diagnóstico diferencial.

HABLEMOS SOBRE AQUELLO QUE PARECE TDAH Y NO ES TDAH

Hace cinco años tuve ocasión de escuchar una conferencia del profesor Peter Hill, catedrático de psiquiatría infantil, y jefe de la unidad de TDAH en el Great Ormond Street Hospital for Children, de Londres. Se trataba de una conferencia de las que dan que pensar. ¿Qué entendemos por TDAH? ¿Cómo debe interpretarse el diagnóstico diferencial? ¿Cómo debe interpretarse la comorbilidad?

Es decir; ¿se trata de TDAH o se trata de otro posible trastorno?, ¿qué otras patologías se asocian a lo que parece un TDAH?, ¿Qué es lo primario y qué es lo secundario?

El profesor Hill, en su clínica hiperespecializada de Londres, atiende niños referidos por otros psiquiatras de Londres para confirmar el diagnóstico de TDAH.

El prof. Hill revisó los últimos 100 casos atendidos durante el año 2002, y que acudían a su consulta con el presunto diagnóstico de TDAH. Tras su estudio pormenorizado y superespecializado, llegó a la siguiente conclusión:

- En 18 casos se confirmó un TDAH.
- En 37 casos, existía un TDAH, pero no solamente un TDAH.
- En 45 casos la sintomatología podía parecer un TDAH, pero no se trataba de un TDAH.
-

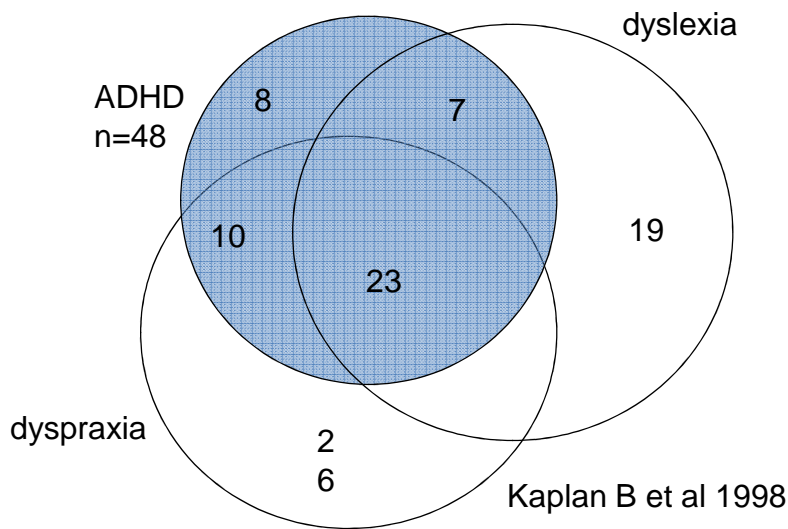
O sea que, casi la mitad de los casos ya diagnosticados por otros especialistas en psiquiatría del niño y del adolescente como TDAH no padecían el mencionado trastorno.

De estos 45 casos que no correspondían a un TDAH, los diagnósticos finales fueron:

- Trastornos del espectro autista: 10 casos
- Trastornos de ansiedad: 8 casos
- Trastornos del vínculo afectivo: 5 casos
- Trastornos globales del aprendizaje, con C.I.>50: 4 casos
- Trastornos de conducta aislados: 4 casos
- Trastorno de Tourette: 3 casos.
- Trastornos del desarrollo del lenguaje: 3 casos.
- Trastornos primarios del sueño: 3 casos.
- Trastornos aislados de la memoria auditiva: 2 casos
- Episodios de hiperactividad en un síndrome de Kleine Levin: 1 caso.
- Episodios de hiperactividad en un trastorno ciclotímico: 1 caso.
- Daño en el lóbulo frontal: 1 caso.

Llama la atención como los trastornos del espectro autista ocupan el primer lugar. Y es que el diagnóstico diferencial puede ser complejo, y la comorbilidad en los trastornos del desarrollo es amplia. Kaplan (1998) propone el siguiente esquema:

Co-morbidity for developmental disorders



Sabemos, y es cierto, que en el TDAH existen trastornos comórbidos, tales como:

- Trastorno negativista y desafiante: 40 – 70 %
- Trastornos de ansiedad: 30 – 40 %
- Trastornos del estado de ánimo: 30 %
- Trastornos por tics y trastornos por abuso de sustancia, en porcentajes no bien determinados.

Pero hay que tener en cuenta las situaciones concomitantes que pueden asociarse al niño que presenta un supuesto TDAH, y que no deben pasar desapercibidas en una correcta evaluación:

- Estrés familiar, crisis en la familia.
- Fracaso académico.
- Baja autoestima.
- Socialización pobre.
- TDAH en otros miembros de la familia.

Peter Hill insiste en que para diagnosticar un TDAH hay que hacer un exhaustivo estudio y observación del niño y de la familia. Con ello se puede afinar el diagnóstico diferencial, se pueden valorar debidamente las comorbilidades, y se pueden reconocer el perjuicio y los problemas asociados al TDAH. Por ello es del todo necesario que se analicen los hechos clínicos y las situaciones críticas a fin de poder evaluar la eficacia de un tratamiento.

Observaciones propias.

Con el fin de hacer un análisis clínico, hemos revisado en nuestra consulta los 158 casos derivados por pediatras, médicos de familia o psicólogos como posibles TDAH durante tres años. El 80,4 % son muchachos y el 19,6 % son muchachas. La edad de la muestra oscila entre los 4 y los 24 años, situándose la media en 11,7 +/- 3,2 años.

Los principales motivos de consulta fueron el déficit de atención y concentración, así como las dificultades en el rendimiento escolar. Seguían la inquietud motora y los trastornos de conducta.

Aplicando criterios clínicos estrictos, y evaluando sobre todo el seguimiento, solamente hemos podido afirmar que una tercera parte de nuestros pacientes presentaban un TDA, con o sin hiperactividad. En los demás casos los diagnósticos apuntaban principalmente hacia retrasos madurativos del Sistema Nervioso, trastornos emocionales, trastornos adaptativos, o déficits educativos. Ocupan también un destacado lugar los trastornos de la vinculación afectiva (niños adoptados).

Propuesta de un protocolo.

Hill propone un protocolo para evaluar a los niños que presentan síntomas compatibles con un TDAH. El protocolo permite extremar la minuciosidad, permite un examen de todos los parámetros en cada caso, y está destinado a facilitar el primer contacto con el especialista.

Dicho protocolo debe contener:

1.- Puntos básicos:

- Motivo de consulta y quejas.
- Síntomas de TDAH
- Rendimiento académico
- Relaciones sociales.
- Actitudes de los padres.

2.- Fuentes de información:

- Entrevista con los padres.
- Cuestionario a los padres.
- Entrevista con el niño.
- Cuestionario para el profesor.
- Informe del profesor.

3.- Datos de la anamnesis:

- Datos sobre el síntoma que presenta el niño.
- Historia del desarrollo.
- Antecedentes familiares.

- Historia médica.
- Historia farmacológica.

4.- Examen físico:

- Curvas de crecimiento.
- Perímetro craneal.
- Audición.
- Coordinación motora.

5.- Examen psicométrico:

- Verbal (WISC u otros)
- No verbal (WISC, Matrices, otros)
- Test de lectura y de comprensión lectora.

6.- Investigación de la comorbilidad.

- Problemas de conducta antisocial.
- Trastornos emocionales.
- Trastornos por tics.
- Trastorno generalizado del desarrollo.
- Trastornos específicos del aprendizaje.
- Trastornos en la motricidad.
- Trastornos en la autoestima.

7.- Indicaciones terapéuticas. Preámbulo.

- Información a los padres.
- Información al niño.
- Información a la escuela (si se considera conveniente)
- Información al pediatra o médico de familia.
- Plantear unas expectativas apropiadas.
- Orientación específica a los padres.
- Comunicación efectiva de los roles.
- Manejo de las situaciones.

8.- Condiciones para el uso de medicación:

- Diagnóstico correcto y revisado.
- Aceptación por parte de los padres.
- Cooperación de la escuela.
- Tensión arterail normal.
- Ausencia de convulsiones o epilepsia estable.
- Ausencia de trastorno de Tourette (¿?)
- Crecimiento satisfactorio.
- Ausencia en el hogar de personas con problemas de adicción o trastornos en la conducta alimentaria.

9.- Valoración del efecto terapéutico:

- Según la evolución de los síntomas.
- Según la evolución académica y social.
- Valorar los efectos secundarios.

Reflexiones y conclusiones finales.

- El TDAH existe y ha existido desde siempre.
- Su frecuencia oscila entre el 3 y el 5 % de la población. Y se mantiene.
- El aumento de diagnóstico en la actualidad se debe al sistema educativo (mayor dispersión en las materias), al aumento de estímulos capaces de causar distracción, y a las presiones mediáticas, de las que algunas casas comerciales no están ausentes.
- Existe una paradoja: hay un exceso de casos diagnosticados de TDAH y que no tienen un TDAH; y, a la vez, existen niños con TDAH sin diagnosticar.
- Pero hemos observado muchos niños falsamente diagnosticados de TDAH y, por lo tanto, recibiendo un tratamiento no adecuado y, en ocasiones, perjudicial (caso del trastorno límite de personalidad).
- Hay que extremar el diagnóstico diferencial. Cuanto más se avanza en el diagnóstico diferencial, menos son los trastornos cómorbidos que se asocian al TDAH.
- No todo niño que se mueve tiene un TDAH.
- No todo niño distraído tiene un TDAH.
- Una vez descartados los posibles trastornos neurológicos, el niño con sospecha de TDAH debe ser evaluado por un psiquiatra de niños y adolescentes, o paidopsiquiatra (por cierto, una especialidad que, vergonzosamente, no existe en España).
- Hay que prestar una especial atención a los niños que han sido adoptados y que han estado un largo tiempo en situación de falta de vínculo afectivo. En muchos casos aparecen síntomas de TDAH, pero no se trata de TDAH.
- Hay que ser muy cauto a la hora de utilizar las escalas y de valorar sus resultados.
- Y hay que ser muy crítico ante los diagnósticos que pueden parecer fáciles y pueden esconder otras patologías.

Si los médicos no somos estrictos en el diagnóstico del TDAH, y somos cautos a la hora de diagnosticar (el diagnóstico, a veces, solo se conseguirá tras años de seguimiento y observación), contribuiremos al descrédito que tiene el TDAH entre algunos profesionales de la educación, pues aparece como "cajón de sastre" para colocar al niño que no sigue el ritmo adecuado.

En resumen.

Se ha escrito mucho sobre la comorbilidad del TDA. Pero no se ha resuelto el problema de que es lo primario y que es lo secundario. Ya que el tratamiento con metilfenidato suele ayudar a mejorar la atención y concentración en muchos casos (independientemente del diagnóstico), muchos niños y adolescentes van a quedar sin diagnosticar de forma adecuada, con las consecuencias que ello pueda tener para el futuro de su salud mental. Es necesario plantearse siempre si el déficit de atención es un síntoma de otras patologías o constituye una entidad genuina por sí misma, por lo que debe apurarse el diagnóstico diferencial.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- Cornellà J, Llusent A. evaluación psicoeducativa del niño y del adolescente con un trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad. En Tomàs J, Casas M, editores. TDAH: hiperactividad. Niños movidos e inquietos. Barcelona: Editorial Laertes; 2004.p. 344-51
- Hill P. Attention-deficit hyperactivity disorder: a UK perspective. Nat Clin Pract Neurol. 2008 Mar;4(3):120-1.
- Hill P, Taylor E. An auditable protocol for treating attention deficit/hyperactivity disorder. Arch Dis Child. 2001 May;84(5):404-9.
- Hill P. Attention deficit hyperactivity disorder. Arch Dis Child. 1998 Nov;79(5):381-4.
- Hill P. Hyperactivity and its primary disorders in the childhood population. Epidemiol Psychiatr Soc. 1998 Sep-Dec;7(3):167-72.
- Kaplan BJ, Dewey D, Crawford SG, Fisher GC. Deficits in long-term memory are not characteristic of ADHD. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. J Clin Exp Neuropsychol. 1998 Aug;20(4):518-28.
- Nutt DJ, Fone K, Asherson P, Bramble D, Hill P, Matthews K, Morris KA, Santosh P, Sonuga-Barke E, Taylor E, Weiss M, Young S; British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for management of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents in transition to adult services and in adults: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol. 2007 Jan;21(1):10-41.
- Williams J, Hill P. Attention deficit hyperactivity disorder. Practitioner. 2005 Jul;249(1672):516, 519-20, 522-6.