



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,
Psicología y Salud Mental

LAS IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA COMORBILIDAD EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

THE DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC IMPLICATIONS OF COMORBIDITY IN ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

Maria Jesús Cutillas Poveda, Emilio Regli Rojas, Julia Mercedes Sánchez Prieto

mariajesuscutillaspsicologia@gmail.com

hiperactividad, déficit de atención, diagnóstico diferencial, comorbilidad, tics, trastorno de conducta

hyperactivity, attention deficit, differential diagnosis, comorbidity, tics, conduct disorder.

RESUMEN

En este trabajo tratamos de realizar una revisión bibliográfica exhaustiva sobre las comorbilidades más frecuentes en el Trastorno de la atención e hiperactividad, empleando para ello las conceptualizaciones de los sistemas de clasificación diagnóstica más reconocidos, el DSM-V y CIE-10, junto con estudios de investigadores reconocidos en el ámbito de la infancia y adolescencia.

Entre los trastornos comórbidos más frecuentes en la bibliografía consultada, se encuentra el trastorno de tics, trastorno negativista desafiante, el trastorno de conducta, el trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, trastorno obsesivo compulsivo y en menor medida trastornos afectivos y de ansiedad.

También se han descrito en la población adulta con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, la comorbilidad con trastorno por abuso de sustancias o con el trastorno de personalidad.

Otra cuestión importante que queremos señalar mediante esta revisión bibliográfica es la complejidad diagnóstica y las implicaciones en el trabajo terapéutico que conlleva la presencia de comorbilidad en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En los casos clínicos donde exista una elevada comorbilidad será muy importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial.

LAS IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA COMORBILIDAD EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

ABSTRACT

In this work we try to carry out an exhaustive bibliographic review on the most frequent comorbidities in Attention Disorder and hyperactivity, using for this the conceptualizations of the most recognized diagnostic classification systems, the DSM-V and ICD-10, together with studies recognized researchers in the field of childhood and adolescence. Among the most frequent comorbid disorders in the consulted bibliography are tic disorder, oppositional defiant disorder, conduct disorder, autism spectrum disorder, intellectual disability, obsessive compulsive disorder and, to a lesser extent, affective and anxiety disorders. They have also been described in the adult population with attention deficit hyperactivity disorder, comorbidity with substance abuse disorder or with personality disorder. Another important issue that we want to point out through this bibliographic review is the diagnostic complexity and the implications in the therapeutic work that the presence of comorbidity in attention deficit hyperactivity disorder entails. In clinical cases where there is a high comorbidity, it will be very important to carry out an adequate differential diagnosis

DESCRIPCIÓN Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo y es el trastorno neuropsicobiológico más frecuente en la infancia y adolescencia (Hidalgo y Sánchez, 2014). La característica principal del TDAH es un *“patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo”* (APA, 2014) y que comienza en la infancia, por lo general durante los cinco primeros años de vida. La prevalencia aproximada se estima en un 5% de los niños y el 2,5% de los adultos. Se presenta en varones con una frecuencia superior a la que se presentan en el sexo femenino.

Se trata de un comportamiento hiperactivo pobremente modulado, con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas. Se da una falta de persistencia en actividades que requieren la participación de procesos cognitivos. Muchas veces se observa una tendencia a cambiar de una actividad a otra sin finalizar ninguna, junto con una actividad desorganizada, excesiva y mal regulada. Suelen ser niños descuidados, con riesgo de sufrir accidentes, caídas o golpes, con un alto umbral para el dolor, y con una escasa anticipación de las consecuencias o del peligro.

LAS IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA COMORBILIDAD EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

A nivel neuropsicológico, en el TDAH se podemos observar una alteración de las funciones ejecutivas encargadas de facilitar que podamos prestar atención a un estímulo determinado, planificar y organizar una acción, anticipar y reflexionar sobre las posibles consecuencias de nuestras acciones, inhibir conductas automáticas, y valorar la elección de otras conductas alternativas más adaptativas. Las funciones cognitivas que se han descrito más alteradas en los pacientes con TDAH son la memoria de trabajo, la inhibición motora, cognitiva y emocional, la atención selectiva y sostenida, la fluidez verbal, la planificación, la flexibilidad cognitiva y el control de las interferencias (Hidalgo y Sánchez, 2014). Se ha comprobado que los niños con TDAH tienen un rendimiento ligeramente menor en los test de inteligencia general comparados con los sujetos normales de un grupo control (Wicks-Nelson, 2008).

La sintomatología varía desde más leve a más grave, presentándose de manera distinta (Pérez, 2003 y Wicks-Nelson, 2008) en función de:

- La edad. Con la edad suelen disminuir todos los síntomas, sobre todo la hiperactividad y la impulsividad, mientras que la inatención es el síntoma que más persiste en el tiempo.
- El sexo. Las niñas suelen manifestar menor hiperactividad e impulsividad, y agresividad que los niños.
- El contexto. Los síntomas se reducen a medida que aumenta la estructuración y la organización del entorno, y si la situación es novedosa y resulta de interés; mientras que los síntomas aumentan en situaciones monótonas que requieren mayor atención, esfuerzo mental sostenido y que no resultan atractivas.
- Rasgos temperamentales de la propia persona.
- Presencia o ausencia de comorbilidad .

Además de la manifestación clínica nuclear del TDAH, que serían los denominados *síntomas primarios* del trastorno (inatención, hiperactividad y/o impulsividad), también es frecuente la aparición de otros *síntomas secundarios* que interfieren con su desarrollo psicológico y social (Hidalgo y Sánchez, 2014 y Portollano, 2007):

- Trastornos de conducta*. Los padres, cuando consultan con un profesional, suelen plantear en primer plano problemas de conducta por no cumplir las normas, conductas negativistas o de desobediencia, e incluso a veces conductas agresivas y disruptivas.

LAS IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA COMORBILIDAD EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

- *Dificultades de relación.* En sus relaciones con los adultos suelen ser desinhibidos, con una ausencia de reserva o de prudencia. Con sus iguales suelen ser niños o niñas impopulares y a veces pueden llegar a convertirse en niños rechazados o marginados. En muchas ocasiones si no se aborda terapéuticamente puede que aparezcan complicaciones secundarias como el comportamiento disocial, y una baja estimación de sí mismo.

-*Problemas en el aprendizaje.* El TDAH se acompaña frecuentemente de problemas del aprendizaje. Muchas veces se da un deterioro del rendimiento académico, incluso ante la ausencia de un trastorno específico del aprendizaje. Se atribuye a la dificultad para organizarse y a la escasa memoria de trabajo que se manifiesta mediante dificultades en el lenguaje, lectura, escritura y cálculo que interfieren en su rendimiento escolar y en la adquisición de los contenidos académicos.

-*Rendimiento académico por debajo de su capacidad.* Los niños o niñas con TDAH a pesar de que tengan con CI normal o alto, pueden tener un rendimiento muy bajo y como consecuencia obtener notas bajas, suspender, necesitar refuerzos escolares o adaptaciones curriculares, o incluso repetir curso.

-*Dificultad para la expresión verbal.* Aunque los retrasos leves del desarrollo lingüístico no son específicos del TDAH, en muchas ocasiones tienen dificultades para expresarse debido a su dificultad para ordenar sus ideas y planificar su discurso para transmitir su mensaje.

-*Torpeza motora, tanto fina como gruesa.* Suelen tener mala caligrafía, no se le dan bien los deportes, tienen caídas y golpes frecuentes, y tienen mayor riesgo de accidentes.

-*Baja tolerancia a la frustración.* En gran parte de los casos el TDAH se acompaña de baja tolerancia a la frustración, irritabilidad y labilidad del estado de ánimo, debido a las repercusiones de estos síntomas sobre sus áreas vitales, social, académica, familiar, emocional, etc., con la consecuente tendencia a tener una autoestima y autoconceptos bajos.

-*Tendencia a involucrarse en conductas de riesgo,* debido sobre todo al componente de la impulsividad, como por ejemplo, consumo de drogas, conducción a gran velocidad, sexualidad precoz, conflictos y violencia.

En la adolescencia y juventud existe un mayor riesgo de suicidio, especialmente si hay trastorno comórbidos como trastornos del estado de ánimo o trastorno por consumo de sustancias (APA, 2014).

LAS IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA COMORBILIDAD EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Con el paso de los años y conforme se inicia la adultez se observa frecuentemente una mejoría gradual de la sintomatología.

EVALUACIÓN Y PROCESO DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es exclusivamente clínico y no existe ningún marcador psicológico o biológico, prueba o test patognomónico del trastorno (Hidalgo y Sánchez, 2014). Ningún marcador biológico es diagnóstico para el TDAH. Los menores con TDAH muestran electroencefalogramas con aumento de las ondas lentas, un volumen cerebral total reducido en las imágenes de resonancia magnética y posiblemente un retraso en la maduración del córtex desde la zona posterior a la anterior, aunque estos hallazgos no son diagnósticos (APA, 2014). ¿Cómo podemos entonces realizar el diagnóstico del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad?

La evaluación del TDAH es un proceso complejo debido a que como ya hemos dicho anteriormente, "no existe ningún marcador biológico ni psicológico". Habría que establecer qué aspectos son patológicos y si existe comorbilidades, teniendo en cuenta a su vez múltiples variables influyentes y los factores de buen o mal pronóstico. El diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes es exclusivamente clínico, y debe ser realizado por un facultativo con entrenamiento y experiencia en el diagnóstico del TDAH y sus comorbilidades más frecuentes. Además, es importante recordar que no existe prueba única que por sí sola permita un diagnóstico exclusivo y fiable (Guía de Práctica Clínica del SNS sobre TDAH, 2010).

Según la evidencia científica y la opinión de los expertos recogida en la Guía de Práctica Clínica del SNS sobre TDAH (2010) "el diagnóstico debe hacerse basándose en la información obtenida a través de la entrevista clínica del niño o del adolescente, y de los padres. Debe valorarse la información obtenida del ámbito escolar, y la exploración física del niño descartando así otros problemas (visión, audición, tiroides, desnutrición...). Han de evaluarse también los antecedentes familiares (dadas las influencias genéticas del trastorno) y el funcionamiento familiar. Debe obtenerse información acerca del embarazo, parto y período perinatal, del desarrollo psicomotor, antecedentes patológicos e historia de salud mental del niño (especialmente tratamientos psiquiátricos previos).

LAS IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA COMORBILIDAD EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Aunque la mayoría de los niños con TDAH no tienen una historia médica destacable y la exploración física es normal, tanto la anamnesis como la exploración física pueden servir para descartar procesos neurológicos asociados u otras causas que pudieran justificar la sintomatología.”

En la evaluación del TDAH es frecuente que se vean implicados otros profesionales además del psicólogo clínico, como pueden ser psiquiatras, y pediatras, o psicólogos educativos y pedagogos si la sospecha surge en el centro escolar.

Cuando la sospecha surge de los profesores o maestros del niño, será el *Equipo de Orientación Educativa* del centro escolar quienes soliciten a los padres el consentimiento para iniciar una valoración del alumno y ponga en marcha el protocolo de derivación si precisara. La evaluación psicopedagógica es útil para valorar las dificultades y el estilo de aprendizaje, y establecer los objetivos de la intervención reeducativa (Guía de Práctica Clínica del SNS sobre TDAH, 2010). Tras esta valoración psicopedagógica, y la obtención de los resultados del proceso de evaluación se determinarán las posibles necesidades y apoyos que pueda precisar el alumno en el centro escolar. En este nivel se podrá recomendar a los padres acudir a su pediatra para valorar una derivación a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, en el caso de sospecha de un trastorno o síntomas de intensidad grave.

Cuando las señales de alarma surgen en el entorno familiar, los padres acudirán a su *pediatra de Atención Primaria*, y se procederá del mismo modo, valorando la derivación a la *Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil*, en el caso de sospecha de un trastorno o sintomatología de intensidad moderada o grave.

Una vez derivado a los servicios especializados en salud mental infanto-juvenil, el equipo formado por *Psicólogos Clínicos y Psiquiatras*, mediante una exploración psicopatológica, la elaboración de la historia clínica mediante la entrevista clínica y la observación directa del niño, establecerán o no el juicio diagnóstico en base a los criterios recogidos en el DSM-5 (APA, 2014) o la CIE-10 (OMS, 1992).

Criterios diagnósticos según DSM V

Según el DSM V, se deben cumplir los siguientes criterios para realizar el diagnóstico clínico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (APA, 2014).

LAS IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA COMORBILIDAD EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. **Inatención:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).

c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).

LAS IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA COMORBILIDAD EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar).

c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.).

d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas

e. Con frecuencia está "ocupado", actuando como si "lo impulsara un motor" (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

f. Con frecuencia habla excesivamente.

g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación)

h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola).

i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen los otros).

LAS IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA COMORBILIDAD EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en el colegio o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Especificar si:

Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Especificar si:

En remisión parcial: cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.

Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre leve y grave.

Severo: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

LAS IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA COMORBILIDAD EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Criterios diagnósticos según CIE-10

El sistema de clasificación diagnóstica CIE-10 incluye el TDAH dentro de los Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, y los denomina Trastornos hiperkinéticos (F90), situándolos junto con los Trastornos disociales y los Trastornos disociales y de las emociones mixtos. A continuación se describen los criterios diagnósticos para el Trastorno hiperkinético:

El diagnóstico del trastorno hiperkinético según el CIE-10 (1994) requiere la presencia clara de déficit de atención, hiperactividad o impulsividad, que deben ser mantenidos en el tiempo, en diferentes situaciones y que además no pueden estar causados por otros trastornos como el autismo o trastornos del estado de ánimo.

G1. Déficit de atención. Por lo menos seis de los siguientes síntomas de déficit de atención persisten al menos seis meses, en un grado que es maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.
5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas como los deberes escolares, que requieren un esfuerzo mental mantenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, como material escolar, libros, etc.
8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

G2. Hiperactividad. Al menos tres de los siguientes síntomas de hiperactividad persisten durante, al menos, seis meses, en un grado maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:

LAS IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA COMORBILIDAD EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en su asiento.
2. Abandona el asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
4. Es, por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

G3. Impulsividad. Al menos uno de los siguientes síntomas de impulsividad persisten durante, al menos, seis meses, en un grado maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.
3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.
4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

G4. El inicio del trastorno no se produce después de los siete años.

G5. Carácter generalizado. Los criterios deben cumplirse para más de una situación, es decir, la combinación de déficit de atención e hiperactividad deben estar presentes tanto en el hogar, como en el colegio, o en el colegio y otros ambientes donde el niño puede ser observado, como pudiera ser la consulta médica (la evidencia de esta generalización requiere, por lo general, información suministrada por varias fuentes. La información de los padres acerca de la conducta en el colegio del niño no es normalmente suficiente)

G6. Los síntomas de G1 a G3 ocasionan un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico, o laboral.

G7. El trastorno no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo, episodio maníaco, episodio depresivo o trastornos de ansiedad.

En Europa se ha aceptado el concepto del TDAH descrito en el DSM 5, y el trastorno hiperactivo se entiende como una forma más grave de TDAH.

LAS IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA COMORBILIDAD EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Además de la presencia del trastorno, se debe explorar la posible existencia de comorbilidad psicológica-psiquiátrica que según la literatura está presente en el 30-50% de los niños con TDAH.

Evaluaciones complementarias

Respecto a la necesidad o no de realizar una evaluación neuropsicológica o exploraciones complementarias, la Guía de Práctica Clínica del SNS sobre TDAH (2010) establece que no es imprescindible la evaluación neuropsicológica para el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes. La exploración neuropsicológica del TDAH en niños y adolescentes resultaría útil para conocer el perfil de habilidades y dificultades en el funcionamiento cognitivo y la comorbilidad con trastornos específicos del aprendizaje. Por tanto, no es imprescindible para el diagnóstico del TDAH que exista una alteración en los resultados de los test neuropsicológicos que evalúan las funciones ejecutivas. La evaluación neuropsicológica no puede usarse para basar el diagnóstico del TDAH en los resultados, pero sí que sirve para apoyar la evaluación clínica, y obtener información sobre la capacidad cognitiva, de lectura-escritura, de atención, de planificación, de flexibilidad cognitiva, etc, de manera que ayuda a determinar el apoyo terapéutico.

En cuanto a las exploraciones complementarias para el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes no están indicadas las pruebas complementarias de laboratorio, de neuroimagen o neurofisiológicas, a menos que la valoración clínica lo justifique.

Tras el proceso exhaustivo de valoración y el estudio de comorbilidad, se iniciará el tratamiento combinado en función de las necesidades, y se determinará el tipo de apoyos que puedan beneficiarle (logopedia, pedagogía, etc).

COMORBILIDAD EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Los síntomas principales (inatención, hiperactividad e impulsividad) no son patognomónicos del TDAH. A veces, es difícil realizar el diagnóstico debido al solapamiento con otros síntomas y a que, hasta en el 70% de los casos, el TDAH se asocia a otro trastorno, y requieren un tratamiento simultáneo. Por eso es tan importante realizar una buena evaluación clínica. Según la literatura revisada, la comorbilidad es la norma y no la excepción. Esto condiciona que se complique el proceso diagnóstico, la evolución clínica y que el tratamiento sea más complejo (Hidalgo y Sánchez, 2014).

LAS IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA COMORBILIDAD EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

El tratamiento del TDAH y sus comorbilidades debe abordarse desde una perspectiva multidisciplinar basándose en la intervención con la familia, intervención en el centro escolar, intervención psicoterapéutica con el menor e intervención médica y/o farmacológica (en los casos que sea preciso).

TRASTORNOS DE CONDUCTA

Es muy frecuente la existencia de problemas de comportamiento, y de problemas sociales en un alto porcentaje de casos de niños con TDAH. Estas dificultades pueden llevar a los padres a consultar con un profesional de salud mental, incluso más que por los problemas principales del trastorno.

Existe un estudio realizado por Whalen, Henker y cols. (1992) que ha estudiado la variabilidad entre los niños que padecen TDAH intentando dar respuesta a la pregunta de ¿cómo se comportan los niños con TDAH que tanto molesta a los demás? Estos autores indican que pueden describirse cuatro categorías.

En la primera categoría se describen a estos niños como molestos, intratables, difíciles, perturbadores, desobedientes y antipáticos. Estas cualidades parecen ser no intencionadas y las reacciones negativas de los demás toman al niño por sorpresa. En una segunda categoría, los niños con TDAH tienen un gran efecto social. Son habladores y socialmente activos. A menudo inician intercambios sociales. Algunas interacciones son claramente prosociales, ya que el TDAH no está relacionado con un comportamiento prosocial disminuido. Sin embargo una gran actividad social puede aumentar el riesgo de sufrir experiencias interpersonales negativas. En una tercera categoría, los niños con TDAH tienden a ser más ruidosos, rápidos, y enérgicos que sus iguales. Con frecuencia, su vigor e intensidad no están en armonía con la situación social, con las expectativas sociales y con las necesidades de los demás. En una cuarta categoría, niños y adolescentes son muy agresivos, tanto física como verbalmente. Esto les pone en una situación de riesgo de resultar antipáticos y ser excluidos del grupo teniendo menos oportunidades de aprendizaje social.

En general, los problemas sociales de los niños con TDAH están relacionados con la forma en que otras personas los juzgan e interactúan con ellos. Otros niños y adolescentes los perciben como niños molestos, ruidosos e infelices y tienden a ser antipáticos y a rechazarles.

LAS IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA COMORBILIDAD EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Los padres y profesores tienden a ser más directivos, controladores e invasivos con los niños con TDAH en comparación con otros grupos de niños (Wicks-Nelson, 2008).

Dadas estas consideraciones, es frecuente que los niños con TDAH se describan como perturbadores y con comportamientos disociales. Según Wicks-Nelson (2008) puede que el 65% de los niños con TDAH cumplen criterios para el diagnóstico de trastorno negativista desafiante, convirtiéndose en uno de los motivos principales de consulta.

La comorbilidad entre los trastornos de comportamientos perturbadores es muy elevada en muestras clínicas, estimándose del 20 al 60% la presencia del Trastorno disocial (TD) y del Trastorno negativista desafiante (TND) en niños con TDAH, y del 90% la presencia de TDAH en niños remitidos por TD. La investigación actual se plantea si el TDAH y el TD (del que el TND es una variante menos severa o un precursor) son trastornos distintos, o bien subtipos de un mismo trastorno, es decir, si los factores de inatención-hiperactividad son independientes o no de los problemas de comportamiento-agresión (Belloch, 2009).

La investigación indica que estos trastornos a pesar de su gran solapamiento, son trastornos diferentes aunque estén altamente correlacionados. Si se compara con el TDAH, la combinación del TDAH con otros comportamientos perturbadores normalmente está relacionada más estrechamente con conductas antisociales de los padres, con conflictos matrimoniales, con estrés materno, y con el conflicto y la comunicación negativa entre el adolescente y el padre (Wicks-Nelson, 2008).

Por este motivo es muy importante realizar una exhaustiva evaluación de todas las variables que puedan estar influyendo en la evolución del trastorno para contribuir a un buen pronóstico. La autorregulación emocional y el trabajo familiar como objetivos terapéuticos son fundamentales para conseguir desarrollar formas adaptativas para expresar y autogestionar las emociones negativas, y facilitar conductas de autocontrol.

TRASTORNO POR TICS

Es uno de los trastornos asociados al TDAH que aparecen con más frecuencia en la infancia. Se presenta de una forma muy variada y en general, son benignos. Lo normal es que sean transitorios y desaparezcan sin precisar medicación. Sin embargo, en ocasiones, pueden cronificarse en el tiempo e interferir en la actividad habitual del niño, repercutiendo en su dinámica familiar, relacional y escolar. Pero lo esperable es que desaparezcan tras la adolescencia.

LAS IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA COMORBILIDAD EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Los tics pueden ser motores (cabeza, cuello y hombros), vocales (sonidos como carraspeo o sonidos guturales) o fónicos (palabras o frases).

Según la etiología podemos diferenciar dos tipos: etiología no neurofisiológica (se generan a partir de movimientos que en un principio se repetían de forma voluntaria) o de etiología neurofisiológica, como el síndrome de Tourette. El Síndrome de Tourette se caracteriza por la presencia de tics, movimientos o producciones vocales, bruscos, repetitivos y estereotipados y de carácter involuntario. La aparición de estos trastornos de tics en niños TDAH es de un 25-50%. Alrededor del 70% de las personas que presentan el trastorno de Tourette padecen TDAH (APA, 2014).

TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES

La prevalencia de síndromes y trastornos de ansiedad en niños y adolescentes con TDAH es del 25-30%. Este colectivo presenta un riesgo tres veces mayor que la población infantil sin TDAH. Entre el 20-45% de los niños con TDAH cumple criterios diagnósticos de al menos un trastorno de ansiedad. Los trastornos de ansiedad más frecuentes en el TDAH son el trastorno de ansiedad generalizada (alrededor del 45%) y el trastorno de ansiedad por separación (aproximadamente el 30%) y son más frecuentes en niñas y en el TDAH de predominio inatento (APA, 2014).

Tras el tratamiento del TDAH, la clínica ansiosa suele disminuir posiblemente porque el niño o niña percibe una mejoría en su rendimiento personal y en su capacidad para relacionarse, desarrollando una autoimagen y autoconcepto más positivo.

TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

Es muy frecuente la presencia de trastornos específicos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia) en niños y niñas con diagnóstico de TDAH. Aproximadamente un 20-40% de los pacientes con TDAH tienen asociado un trastorno del aprendizaje. Según la literatura parece que no hay acuerdo sobre una etiología común pero existe coincidencia en que las dificultades específicas de cada trastorno favorecen el desarrollo del otro (Aguilera, Mosquera, y Bereña, 2014). Ambos trastornos son causa frecuente de bajo rendimiento escolar.

LAS IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA COMORBILIDAD EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

TRASTORNO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

Los adolescentes con TDAH tienen una mayor probabilidad de desarrollar un trastorno por uso de sustancias, debido a las características intrínsecas al TDAH y a su tendencia a desarrollar conductas de riesgo. Según APA (2014) aunque los trastornos por consumo de sustancias son relativamente más frecuentes entre los adultos con TDAH que en la población general, están presentes solamente en una minoría de adultos con TDAH.

CONCLUSIONES

El TDAH representa el problema del neurodesarrollo más frecuente en la infancia y tiene un gran impacto en todas las áreas del funcionamiento (cognitivo, académico, familiar, conductual y social). Por ello, es muy importante un diagnóstico precoz, y un tratamiento integrado y multidisciplinar requiriendo un esfuerzo de trabajo en red y de coordinación entre profesionales y muchas veces entre diferentes instituciones. Además del complejo proceso de evaluación dada la ausencia de marcadores biológicos o psicológicos, debemos tener en cuenta que la comorbilidad es la norma y no la excepción, y debemos estar alerta ya que la mayoría de niños y niñas tienen el riesgo de desarrollar problemas de tipo socioemocional. El tratamiento debe centrarse conjuntamente en el niño, en los padres y en la escuela. La intervención psicoterapéutica no debe limitarse a trabajar los aspectos ejecutivos y cognitivos, sino también los aspectos socio-emocionales y familiares para disminuir el efecto de posibles factores de mal pronóstico y potenciar aquellos que puedan mejorar el pronóstico.

LAS IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA COMORBILIDAD EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
2. CIE-10 (1994). Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Médica Panamericana.
3. Hidalgo, H.I., y Sánchez, L. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Manifestaciones clínicas y evaluación. Diagnóstico desde la evidencia científica. *Pediatría Integral* 2014, XVIII (9), 609-623.
4. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Guías de Práctica Clínica del SNS. (2010). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
5. Portollano, J.A. (2007). Neuropsicología infantil. Editorial Síntesis.
6. Pérez, M. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia. Ediciones Pirámide.
7. Wicks-Nelson, R. (2008). Psicopatología del Niño y del Adolescente. Pearson.
8. Belloch, A., Sadín, B., y Ramos, F. (2009). Manual de psicopatología, vol. II. MacGrawHill.
9. Aguilera, A., Mosquera, A., y Blanco, M. (2014) Trastornos de aprendizaje y TDAH. Diagnóstico y tratamiento. *Pediatría integral*. XVIII (9): 655-667