

DIFERENCIAS EN EL DIAGNÓSTICO DE TDAH ¿ENTREVISTA CLÍNICA O SNAP-IV?

Esperanza Navarro Pardo; Juan Carlos Meléndez Moral.

Dpto. Psicología Evolutiva. Universidad de Valencia.

esperanza.navarro@uv.es

RESUMEN:

El TDAH es un trastorno con una incidencia creciente en la población infantil, esta entidad queda recogida en el DSM-IV y afecta al 3-8% de la población infantil, con una mayor afectación en varones. La relación varón/mujer según estudios varía desde 6/1 a 3/1. Estas diferencias pueden ser debidas a un infradiagnóstico del subtipo inatento más frecuente en el sexo femenino. En el presente trabajo, realizamos una comparación entre el diagnóstico establecido por su pediatra de atención primaria, mediante una entrevista clínica, y el realizado por los servicios especializados de Salud Mental mediante el SNAP-IV a una muestra de 65 pacientes. El cuestionario SNAP-IV (Versión abreviada y adaptada a los criterios del DSM-IV), puede ser contestada por padres o profesores. En nuestra muestra fue cumplimentada por los padres. Este cuestionario consta de 18 ítems, tipo Likert, con tres anclajes de respuesta (de 0 "no del todo" a 3 "sí, mucho"), divididos en dos escalas, la primera de ellas, compuesta por 9 ítems, mide la inatención, la segunda, formada por otros 9, la hiperactividad motora e impulsividad, y la suma de ambas puntuaciones muestra el nivel global de TDAH. Los puntos de corte del SNAP-IV para cuestionarios cumplimentados por padres son los siguientes:

DIFERENCIAS EN EL DIAGNÓSTICO DE TDAH ¿ENTREVISTA CLÍNICA O SNAP-IV?

- Inatención $\geq 1,78$
- Hiperactividad/Impulsividad $\geq 1,44$
- Combinado $\geq 1,67$.

Tras analizar los resultados, se observó que solo había correlación moderada entre el diagnóstico clínico del pediatra y el resultado del cuestionario para el subtipo combinado, pero no para los subtipos inatento e hiperactivo-impulsivo. Es por ello que se precisa de una mayor formación específica por parte de los profesionales de la Salud en el ámbito de la atención primaria y la elaboración de protocolos diagnósticos. Además es importante tener en cuenta la observación de los síntomas en otros ambientes relevantes como lo son el familiar y escolar.

Introducción.

Actualmente es innegable el peso específico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en la salud infantil y adolescente, tanto a nivel clínico como escolar y familiar, ya que es la patología neurocomportamental infantil y juvenil más frecuente [1], y tiene importantes repercusiones en el desempeño académico, laboral y social [2]. En relación a su prevalencia, ésta, se estima entre un 3 y un 8% de población infantil, con una mayor afectación en los varones, que según algunos trabajos varía desde 6/1 a 3/1.

Por lo que se refiere a su diagnóstico, existen dos clasificaciones utilizadas mundialmente, la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE-10) elaborada por la Organización Mundial de la Salud [3] y la *Disease Statistics Manual*, versión IV, texto revisado (DSM-IV-TR), de la Asociación Psiquiátrica Americana [4], siendo ésta última la utilizada en este trabajo.

De cara al establecimiento del diagnóstico, en primer lugar, y siguiendo los criterios de exclusión del DSM-IV-TR, se debe descartar que los síntomas no se expliquen mejor por la presencia de otro síndrome. Es decir, que no han de aparecer exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, retraso mental, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, o de cualquier otro trastorno mental.

En otro orden de cosas, y en relación a los diferentes modos de evaluación utilizados, entrevista clínica o pruebas estandarizadas, éstos también pueden ser una fuente de la disparidad de cifras comentada, ya que implica variabilidad entre profesionales y entre los distintos instrumentos existentes. Por lo que respecta a los instrumentos utilizados, existen diversas escalas tales como la Conners [5], la CBCL [6] o la SNAP-IV [7], que son las más utilizadas a nivel mundial [8-9].

En el presente trabajo planteamos una metodología que pudiese aunar las ventajas de estos dos modos de evaluación, tradicionalmente utilizados en los estudios sobre TDAH [10]. De este modo, y avanzando un paso más, intentamos contrastar los diagnósticos basados en la estrategia clínica, de entrevista semiestructurada por parte del profesional clínico con experiencia y, por otra parte, los diagnósticos resultado de la evaluación psicométrica mediante la aplicación de escalas

DIFERENCIAS EN EL DIAGNÓSTICO DE TDAH ¿ENTREVISTA CLÍNICA O SNAP-IV?

estandarizadas.

Se plantea, por tanto, como objetivo para este trabajo examinar si existe relación entre el diagnóstico establecido por los facultativos de atención primaria y el diagnóstico obtenido a partir de los resultados del SNAP-IV.

Sujetos y métodos.

Participantes.

Se partió de una muestra inicial de 65 pacientes de edad pediátrica, usuarios del sistema sanitario público español, de la cual se eliminó un subgrupo compuesto por 10 pacientes en los que el diagnóstico inicial por parte de la unidad de salud mental infanto-juvenil fue aplazado, al no coincidir el diagnóstico del pediatra y el obtenido con el cuestionario SNAP-IV. Estos pacientes siguieron en estudio hasta llegar a un diagnóstico definitivo pero no fueron incluidos en el presente trabajo.

En relación a los 55 pacientes seleccionados, sus edades estaban comprendidas entre los 3 y los 15 años en el momento de la evaluación, siendo la media de 10 años y la DT de 3,05. En relación a la edad de debut en el trastorno, el rango de edad fue entre los 2 y los 13, siendo la media de 6,56 y la DT de 3,22. Por lo que se refiere al género el 85,5% son chicos. El 85,1% vive en una familia de tipo nuclear, un 10,6% en familia monoparental y un 4,3% con padre o madre viudos. En cuanto al nivel de estudios, un 7,3% está escolarizado en infantil, un 58,2% se encuentra en primaria y un 34,5% en secundaria.

Procedimiento.

La selección de la muestra estuvo determinada por el pediatra de atención primaria que, a partir de entrevista clínica, establecía el posible diagnóstico de TDAH. Posteriormente derivaba los pacientes para asistencia especializada a la unidad de salud mental de infancia y adolescencia, donde se le aplicaba el SNAP-IV para la evaluación de la existencia o no del trastorno y del subtipo, y se establecía el tratamiento ya que, siguiendo la Guía Clínica de TDAH del *National Institute for Health and Clinical Excellence*, no se debe diagnosticar el TDAH ni iniciar su tratamiento farmacológico, en el caso de niños y adolescentes, en atención primaria [11]. Para el diagnóstico de

DIFERENCIAS EN EL DIAGNÓSTICO DE TDAH ¿ENTREVISTA CLÍNICA O SNAP-IV?

los pacientes, se utilizaron los criterios diagnósticos especificados en el DSM-IV-TR [4].

Instrumento.

Aunque el diagnóstico del TDAH es fundamentalmente clínico existen algunas escalas psicométricas que se utilizan como prueba complementaria. En el presente trabajo se ha utilizado la SNAP-IV, versión abreviada [7]. Esta escala consta de 18 ítems y puede ser cumplimentada por padres o profesores. Las preguntas recogen características de la conducta de los niños y se pregunta por la frecuencia de aparición de la misma, desde el valor 0 (no o no del todo), al 1 (sí, un poco), 2 (sí, bastante) o 3 (sí, mucho).

Este instrumento incluye los criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, organizados en dos subconjuntos de síntomas, el primero para inatención (ítems del 1 al 9) y el segundo para hiperactividad e impulsividad (ítems del 10 al 18).

Se pueden obtener tres tipos de puntuación, una para cada subtipo y otra total. La puntuación total se obtiene sumando los valores de todos los ítems y dividir entre 18. Para obtener la puntuación de inatención, se suman las puntuaciones de las nueve primeras preguntas y se divide entre 9, y en cuanto a la puntuación de hiperactividad/impulsividad, se suman las puntuaciones de las últimas nueve preguntas y se divide entre 9.

Al poder ser cumplimentado tanto por padres como profesores, esta prueba tiene distintos puntos de corte. En el presente trabajo, todos los cuestionarios fueron cumplimentados por los padres (padres 10,2%, madres 89,8%), siendo el punto de corte para la escala completa $<1,67$, para la subescala de inatención $<1,78$ y para la de hiperactividad/impulsividad $<1,44$.

Análisis.

Adicionalmente a la estadística descriptiva, se ha empleado chi-cuadrado y como medida del tamaño del efecto la V de Crámer para analizar la relación entre las variables. Para los análisis estadísticos se ha empleado el paquete estadístico SPSS, versión 17.

Resultados.

En primer lugar y a nivel meramente descriptivo, se presentan las principales características de la

DIFERENCIAS EN EL DIAGNÓSTICO DE TDAH ¿ENTREVISTA CLÍNICA O SNAP-IV?

muestra en función de los subtipos diagnosticados tanto por la prueba SNAP-IV como por el pediatra en la Tabla 1.

Tabla 1. Principales descriptivos en función del diagnóstico según SNAP-IV y según pediatra

	Inatención SNAP-IV	Hiperactividad SNAP-IV	Combinado SNAP-IV	Inatención pediatra	Hiperactividad pediatra	Combinado pediatra
Edad actual (media)	11,5	8,7	9,8	7,4	10,3	10,3
Edad debut (media)	6,9	4,2	6,9	4,0	7,9	6,1
Curso escolar						
Infantil	0	28,6	5,2	40	5,3	3,2
Primaria	40	42,9	65,8	40	57,9	61,3
Secundaria	60	28,6	29	20	36,8	25,5
Repite curso	20	0	28,9	20	21,1	25,8
Situación familiar						
Casado	87,5	100	81,8	75	94,7	79,2
Viudo	0	0	6,1	25	0	4,2
Divorciado	12,5	0	12,1	0	5,3	16,7
Comorbilidad						
Trastorno de conducta	0	28,6	7,9	60	0	6,5
Otros trastornos	30	28,6	39,5	20	47,4	32,3
Ninguno	70	42,9	52,6	20	52,6	61,3
EEG						
No patológico	50	66,7	63,6	50	42,9	64,3
Patológico	50	33,3	36,4	50	57,1	35,7
Antecedentes familiares	33,3	42,9	57,6	60	57,1	46,7

Tal y como se puede observar en la Tabla 1, destaca en primer lugar, la diferencia entre la edad media de debut (entre los 4 y los 7,9 años) y la edad media de diagnóstico (entre los 7,4 y los 11,5), lo que implica una demora de 3/4 años, según el informador.

En segundo lugar destaca, la comorbilidad con otros trastornos, tanto de conducta como de otros tipos, que aparece con cifras elevadas, tanto a juicio de los pediatras como de los especialistas en salud mental de infancia y adolescencia, variando en función del subtipo de TDAH de que se trate., así como el alto índice de EEG patológico y el porcentaje de antecedentes familiares con algún síndrome neuropsiquiátrico.

Por lo que respecta al grado de coincidencia entre los diagnósticos establecidos por el facultativo y mediante el SNAP-IV, mediante la prueba de χ^2 y la V de Crámer, se observaron relaciones moderadas ($\chi^2= 21,99$, $p<0,01$, $V= 0,447$). De entre estas relaciones, tal y como se

DIFERENCIAS EN EL DIAGNÓSTICO DE TDAH ¿ENTREVISTA CLÍNICA O SNAP-IV?

observa en la Tabla 2, destacar dos aspectos, en el subtipo combinado es donde se produce mayor porcentaje de coincidencia, mientras que para los subtipos de inatención e hiperactividad existe una dificultad importante en la coincidencia de los diagnósticos.

Tabla 2. Relación entre el diagnóstico pediátrico y SNAP-IV

	Inatención	Hiperactividad	Combinado	Total
SNAP-IV Inatención	0%	80%	20%	100%
SNAP-IV Hiperactividad	42,9%	0%	57,1%	100%
SNAP-IV Combinado	5,3%	28,9%	65,8%	100%
Total	9,1	34,5	56,4	

Conclusiones.

Antes de centrarnos en las conclusiones, parece importante reseñar la demora existente entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico e inicio del tratamiento. Para cualquiera de los subgrupos descritos es un período temporal mayor de tres años, con lo que esto puede implicar en cuanto a problemas de índole personal, escolar, familiar, social, etc. Creemos que la gravedad de este hecho, por sí solo, justificaría el incremento de los esfuerzos sanitarios públicos en cuanto a formación de los profesionales y extensión de la red sanitaria pública, tanto en lo que se refiere a la atención primaria como a la especializada.

Por otra parte, la coincidencia entre los diagnósticos de los pediatras y los de la prueba estandarizada, es moderada sólo para el subtipo combinado de TDAH, mientras que es nula en los otros dos subtipos. Hay que señalar la especial dificultad de diagnosticar la inatención como síntoma, y el TDAH con predominio de déficit de atención, como síndrome, frente a los otros síntomas y subtipos del trastorno. Esto es debido, principalmente, a que se trata de un síntoma menos visible que otros, que puede pasar desapercibido con mayor probabilidad puesto que es internalizante, que provoca menor distorsión, tanto en el ámbito familiar como escolar, que el resto de síntomas externalizantes, que son más perturbadores y dan lugar a mayor número de quejas y de demandas de atención, tanto por parte de padres como de maestros. Es quizá por ello que el número de pacientes con diagnóstico por parte de su pediatra de TDAH con predominio de

DIFERENCIAS EN EL DIAGNÓSTICO DE TDAH ¿ENTREVISTA CLÍNICA O SNAP-IV?

inatención es menor que el obtenido a partir del SNAP-IV.

En relación a lo anterior, los manuales de clasificación no tienen en cuenta la variable género, lo cual puede también puede influir en el infradiagnóstico, ya que son varios los síndromes con síntomas principalmente internalizantes y con mayoría de población clínica femenina (los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de conducta alimentaria, etc.). Hay que señalar que, por el contrario, algunos estudios sí tienen en cuenta los efectos de género [12]. En este sentido en algunos trabajos se señala que el hecho de no utilizar criterios diferenciales por género favorece un infradiagnóstico de las niñas [13-14].

No es necesario incidir en que el coste familiar, social e incluso, económico, en estos casos es altísimo, por lo que es necesario potenciar en la medida de lo posible la inversión en prevención primaria y en todas las políticas de intervención precoz, incluyendo diagnóstico y tratamiento, así como la extensión de la formación especializada para los profesionales implicados, tanto pediatras, como psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, educadores, etc. [15]

En cuanto al fracaso escolar en términos de repetición de curso, tal y como se indicaba, hasta un 28,9% de los pacientes ya habían repetido curso en el momento de la evaluación, por lo que el pronóstico puede ser mayor para el momento de finalizar la escolarización de estos pacientes. Estos datos son congruentes con los encontrados en otros trabajos [16] en los que, efectivamente, hay una sobrerrepresentación de niños con TDAH en todas las etapas escolares.

Finalmente y a la vista de estos resultados, incidir en la importancia y necesidad de la búsqueda de protocolos de consenso para el diagnóstico de TDAH.

Bibliografía.

1. Cardo E, Servera M. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. Rev Neurol 2008; 46: 365-72.
2. Barkley RA, Fisher P, Medelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: An 9-year prospective follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1990; 29: 546-57.

DIFERENCIAS EN EL DIAGNÓSTICO DE TDAH ¿ENTREVISTA CLÍNICA O SNAP-IV?

3. Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª revisión. Washington, D.C.: OPS; 1995.
4. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4 ed., texto revisado, DSM-IV-TR. Barcelona: Masson; 2002.
5. Conners CK. Conners' Rating Scales revised. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems; 1997.
6. Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1991.
7. Swanson J. The SNAP-IV Rating Scale. URL: <http://www.adhd.net>. [14.11.2009]
8. Bussing R, Fernandez M, Harwood M, Hou W, Wilson-Garvan C, Eyberg SM, et al. Parent and teacher SNAP-IV Ratings of attention deficit/hyperactivity disorder symptoms: Psychometric properties and normative ratings from a school district sample. *Assessment* 2008; 15: 317-28.
9. Farré-Riba A, Narbona J. Escala de Conners en la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: nuevo estudio factorial en niños españoles. *Rev Neurol* 1997; 25: 200-4.
10. Cardo E, Servera-Barceló M. Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Rev Neurol* 2005; 40(Supl. 1): 11-25.
11. National Institute for Health and Clinical Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. London: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists; 2008.
12. Biederman J, Mick E, Faraone SV, Braaten E, Doyle A, Spencer T, et al. Influence of gender on attention deficit/hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 36-42.
13. DuPaul G, Power JT, Anastopoulos AD, Reid R. ADHD-Rating Scales DSM-IV for parents and teachers. New York: Guilford Press; 1998.
14. Gershon J. A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *J Atten Disord* 2002; 5: 143-54.

DIFERENCIAS EN EL DIAGNÓSTICO DE TDAH ¿ENTREVISTA CLÍNICA O SNAP-IV?

15. Faraone SV, Wilens TE. Effect of stimulant medications for attention-deficit/hyperactivity disorder on later substance use and the potential for stimulant misuse, abuse, and diversion. *J Clin Psychiatry*. 2007; 68(Suppl. 11): 15-22.
16. Cornejo JW, Osío O, Sánchez Y, Carrizosa J, Sánchez G, Grisales H, et al. Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Rev Neurol* 2005; 40: 716-22.